

УДК 616.215.4+616.322-002.2-053.2+535

Г.В. Бекетова¹, В.І. Попович²

Міжнародна класифікація хвороб — 11: що потрібно знати стосовно уражень верхніх дихальних шляхів? Запитання та відповіді

¹Національний медичний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ²ВПНЗ «Львівський медичний університет», Україна

Modern Pediatrics. Ukraine. (2023). 8(136): 7-13. doi 10.15574/SP.2023.136.7

For citation: Beketova HV, Popovych VI. (2023). International classification of diseases-11: What's you need to know regarding upper respiratory tract injuries? Questions and answers. Modern Pediatrics. Ukraine. 8(136): 7-13. doi 10.15574/SP.2023.136.7.**Мета** — на прикладі нозологічних форм тонзиліту привернути увагу лікарів до структури Міжнародної класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11) для використання у клінічній діяльності.

У форматі «запитання-відповідь» надано сучасну інформацію щодо основних положень МКХ-11, впровадженої у світі з 01.01.2022. Акцентовано увагу лікарів на нозологічному підході в її структурі. На прикладі гострого та рекурентного тонзиліту показано, як правильно користуватися новою статистичною класифікацією хвороб, надано відповіді на запитання, які найчастіше ставлять практичні лікарі, встановлюючи діагноз згідно з цією класифікацією.

Висновки. МКХ-11, крім потреб статистики, додає клінічні потреби та інше, переносячи МКХ із простої статистичної бази на клінічну класифікацію для статистичного використання. Грунтуючись на найсучасніших клініко-епідеміологічних даних і результатах подвійних сліпих, рандомізованих, плацебо контрольованих дослідженнях МКХ-11 синхронізована із сучасними клінічними настановами для прийняття лікарями обґрунтованих рішень.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: Міжнародна класифікація хвороб 11-го перегляду, діти, верхні дихальні шляхи, гострий тонзиліт, рекурентний тонзиліт.

International classification of diseases-11: What's you need to know regarding upper respiratory tract injuries?

Questions and answers

H. V. Beketova¹, V. I. Popovych²¹Shupyk National University of Healthcare of Ukraine, Kyiv²Higher Private Educational Institution Lviv Medical University, Ukraine**Purpose** — to draw the attention of physicians to the structure of the International Classification of Diseases, the 11th Revision (ICD-11) for use in clinical practice using the example of nosological forms of tonsillitis.

The question-and-answer format provides up-to-date information on the main provisions of ICD-11, which was implemented worldwide from 01.01.2022. The attention of doctors is focused on the nosological approach in its structure. Using the example of acute and recurrent tonsillitis, it is shown how to use the new statistical classification of diseases correctly, and answers are given to the questions most often asked by practitioners when making a diagnosis according to this classification.

Conclusions. ICD-11, in addition to statistical needs, adds clinical needs and more, moving the ICD from a simple statistical database to a clinical classification for statistical use. Based on the most up-to-date clinical and epidemiological data and the results of double-blind, randomised, placebo-controlled trials, ICD-11 is synchronized with current clinical guidelines to help clinicians make informed decisions.

No conflict of interests was declared by the authors.

Keywords: the International Classification of Diseases of the 11th Revision, children, upper respiratory tract, acute tonsillitis, recurrent tonsillitis.

Міжнародна класифікація хвороб 11-го перегляду (МКХ-11) — це глобальний стандарт щодо збору медичних даних, ведення клінічної документації та статистичного обліку. МКХ-11 може застосовуватися в тому числі лікувально-профілактичними закладами первинної медико-санітарної допомоги. Ця класифікація детально перероблена і доповнена з урахуванням найновіших наукових даних. Нова її версія призначена для використання в цифровому середовищі. Саме застосування передових інформаційних технологій сприяє зниженню витрат на впровадження МКХ-11 та навчання персоналу. Багатомовна структура МКХ-11 полегшує її використання в загальносвітових масштабах, а наявність платформи для внесення пропозицій і зауважень

дає змогу зацікавленим сторонам брати участь у процесі постійного оновлення МКХ-11. У багатьох країнах світу розпочате впровадження МКХ-11, а її англо- та іспаномовна версії вже доступні в режимі онлайн [<https://icd.who.int>]. В Україні класифікація буде впроваджена після розроблення україномовної версії.

Мета — на прикладі нозологічних форм тонзиліту привернути увагу лікарів до структури МКХ-11 для використання в клінічній діяльності.

Що нового в МКХ-11?

- характеризується простотою і точністю кодування;
- готова до використання в умовах цифрової охорони здоров'я;
- сумісна з багатьма системами інформаційно-комп'ютерних технологій (ІКТ-системами)

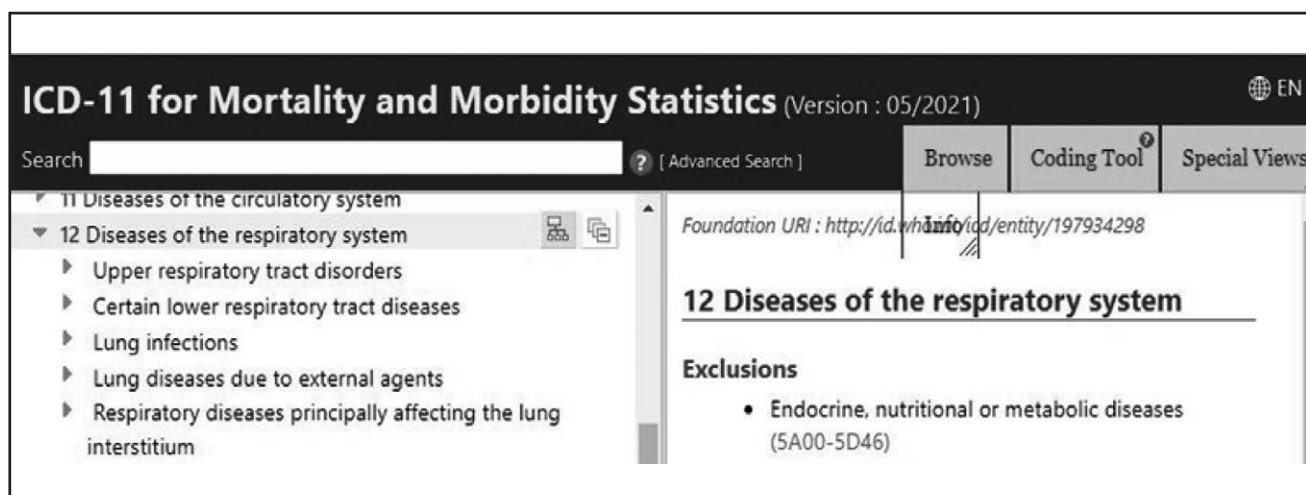


Рис. 1. МКХ-11: рубрика 12 «Захворювання респіраторної системи»

і має новий інтерфейс прикладного програмування;

- поставляється в пакеті з набором вебсервісів, включаючи багатомовні функції підтримки та вбудованого керівництва для користувачів;

- має платформу для внесення пропозицій і зауважень, що дасть змогу всім пропонувати зміни або доповнення, які будуть проглядатися та обговорюватися у відкритому режимі;

- має вбудовану функцію перекладу для узгодженості термінів різними мовами і можливості додавання термінів, що вживаються на місцях;

- введені нові основні класи захворювань і станів: «хвороби імунної системи», «розлади циклу сон-неспанья» і «стани, пов'язані з сексуальним здоров'ям»;

- добавлені ГЛАСС-коди (GLASS – Global Antimicrobial Resistance Surveillance System) для:

- ✓ типів стійкості до протимікробних препаратів;

- ✓ повного відображення питань безпеки пацієнтів відповідно до Класифікації ВООЗ в області безпеки пацієнтів;

- ✓ клінічних стадій ВІЛ-інфекції;

- ✓ ускладнень цукрового діабету;

- ✓ поширених видів раку шкіри – базаліоми і підтипів меланоми;

- ✓ дорожньо-транспортного травматизму і причин травм відповідно до міжнародної практики документування та аналізу даних;

- наведена класифікація хвороб клапанів серця і легеневої гіпертензії відповідно до сучасних діагностичних і терапевтичних можливостей;

- повністю інтегрована класифікація онкологічних захворювань на належному рівні деталізації;

- коди розширення гнучко підвищують ступінь деталізації даних для ведення медичної документації і тих, що стосуються безпечності медичних виробів або препаратів;

- коди можуть використовуватися для обліку ліків або медичних виробів із застосуванням Міжнародного непатентованого найменування лікарського засобу (МНН ВОЗ2) чи ВООЗ, а також для реєстрації ступеня тяжкості патологічних станів і внесення анатомічних уточнень та гістопатологічної інформації.

Вказані інновації, надані в МКХ-11, розширюють можливості збору медичних даних, ведення клінічної документації і статистичного обліку в лікувально-профілактичних закладах охорони здоров'я.

Запитання: Які принципи класифікації гострих уражень респіраторної системи наведені в МКХ-11?

Відповідь: МКХ-11 містить категорії хвороб, розладів, синдромів, ознак, симптомів і принципів локалізації (рис. 1).

Запитання: Чи узгоджуються принципи МКХ-11 із клінічними настановами, заснованими на доказах, та уніфікованими клінічними протоколами МОЗ України?

Відповідь: Так, у розділі гострих захворювань респіраторного тракту МКХ-11 узгоджується з клінічною настановою, заснованою на доказах, «Грип та гострі респіраторні інфекції» (оновлена у 2018 р.), а також із настановами «Гострі риносинусити» (2016 р.), «Тонзиліт» (2021 р.) (рис. 2, 3, 4).

Лікарю до уваги. З практичної точки зору важливо зауважити, що діагнозу «тонзилофарингіт» не існує.

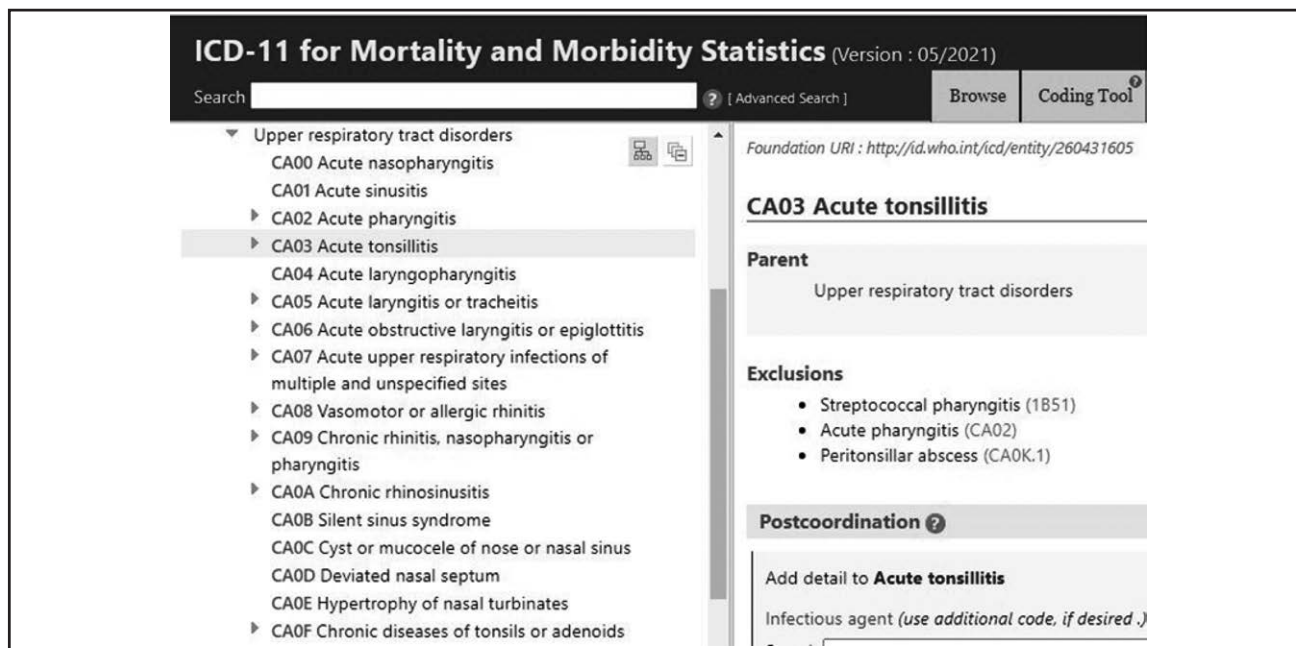


Рис. 2. МКХ-11: хвороби лімфоїдного апарату глотки

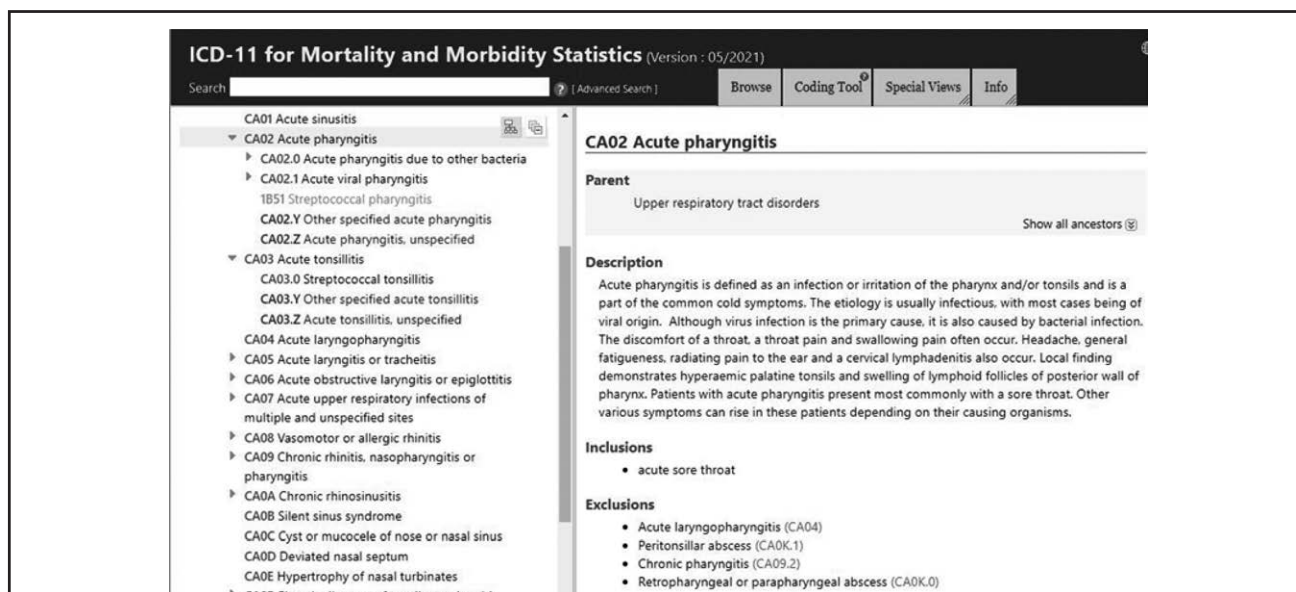


Рис. 3. МКХ-11: гострі запальні захворювання верхніх дихальних шляхів (тонзиліт, фарингіт)

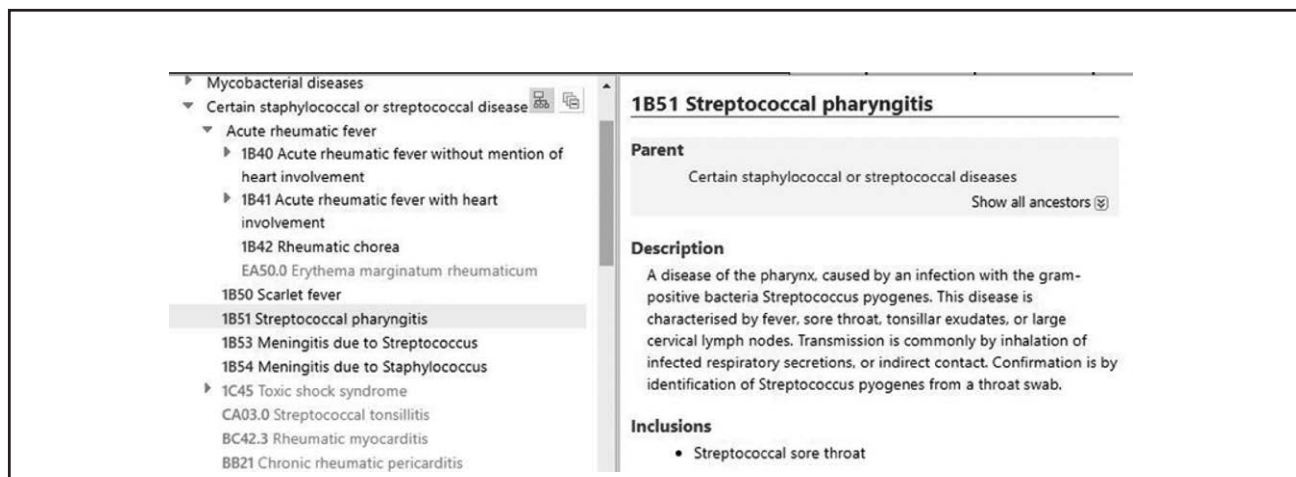


Рис. 4. МКХ-11: гострі запальні захворювання верхніх дихальних шляхів (тонзиліт, фарингіт)

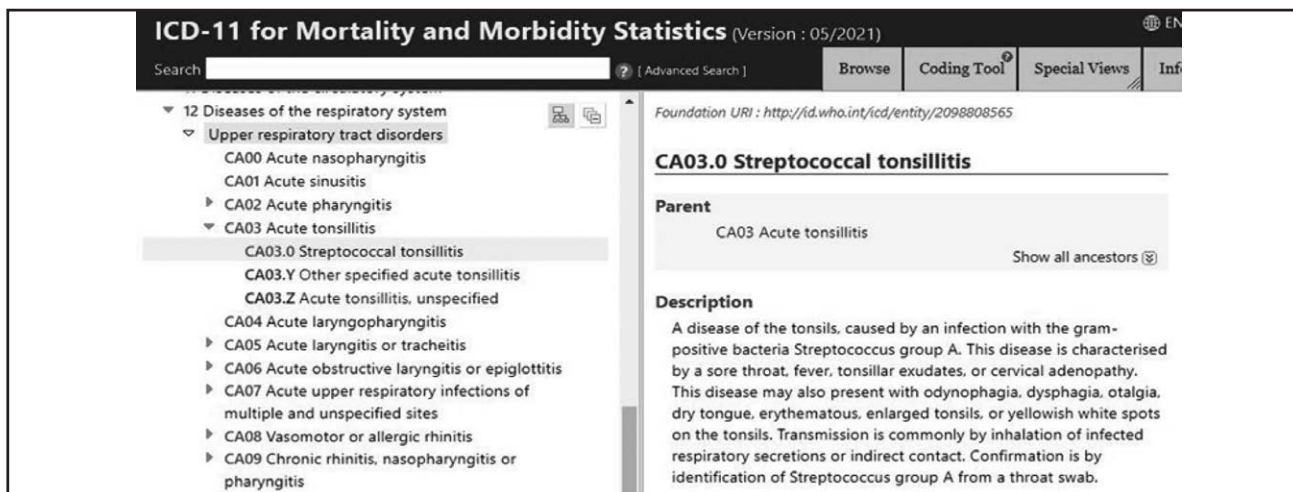


Рис. 5. МКХ-11: рівень деталізації діагнозу та антибіотикотерапія

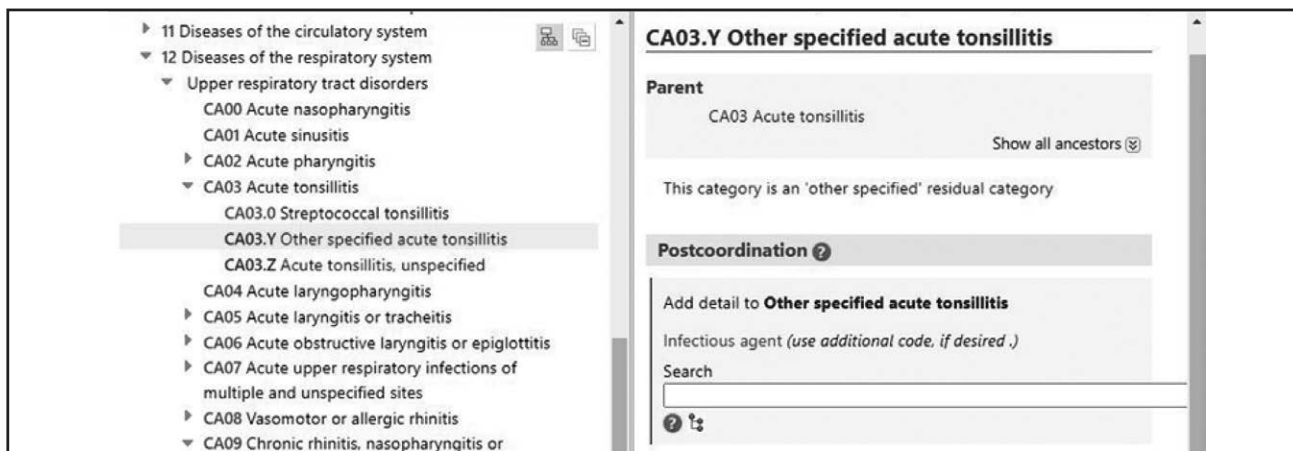


Рис. 6. МКХ-11: рівень деталізації діагнозу та антибіотикотерапія

Запитання: Чи передбачається в МКХ-11 кодування етіологічного фактора, що викликає запальний процес?

Відповідь: МКХ-11 широко спирається на метод поєднання кількох кодів для опису клінічного стану до бажаного рівня деталізації. Так, під час встановлення діагнозу «гострий тонзиліт» завжди актуальне питання щодо необхідності антибактеріальної терапії (рис. 5).

Як видно з рис. 5, в МКХ-11 є достатній рівень деталізації діагнозу, тобто виділений діагноз «стрептококовий тонзиліт», за якого потреба призначення антибактеріального препарату є очевидною.

Окрім цього, в МКХ-11 виділені інші уточнені варіанти гострого тонзиліту (ГТ), викликані людськими аденовірусами, вірусами Епштейна–Барра, парагрипу, грипу, риновірусами, вірусами Коксаки-А (ентеровірус, що викликає хворобу, відому як «герпангіна Загорського», яку можна сплутати з гострим бактеріальним тонзилітом), за яких антибак-

теріальна терапія не доцільна. Крім того, також виділений бактеріальний симбіоз *Fusobacterium nucleatum* і *Borrelia Vincentii*, що спричиняє картину хвороби, відому як ангіна Сімановського–Плаута–Венса (рис. 6).

Запитання: У сучасній клінічній практиці в Україні введена нова дефініція «рекурентний тонзиліт», чи відображається вона в МКХ-11?

Відповідь: Так, звісно. У розділі CA0F «Хронічні хвороби мигдаликів і аденоїдів» гострий рекурентний тонзиліт як варіант перебігу, тобто те, що ми раніше називали «загострення хронічного тонзиліту», є у категорії виключень, тобто цей стан не розглядається в рубриці хронічних захворювань глоткового кільця (рис. 7).

Сам діагноз «рекурентний тонзиліт» входить у підрозділ CA0F.Y «Інші верифіковані або визначені гострі тонзиліти» (рис. 8).

Запитання: У чому суть поняття «верифікований рекурентний тонзиліт»?

Відповідь: Насамперед потрібно усвідомити, що «рекурентний тонзиліт» не є си-

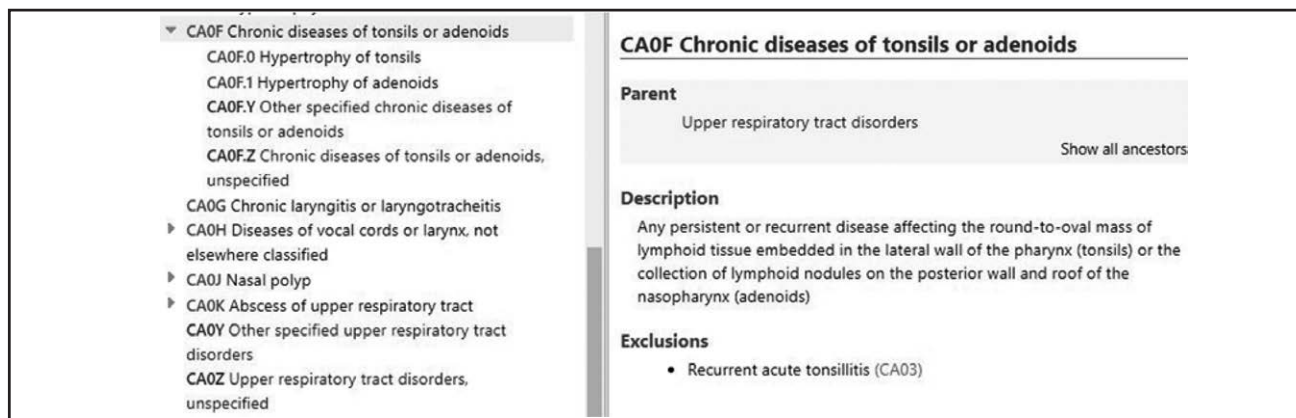


Рис. 7. МКХ-11: деталізація шляхом виключення

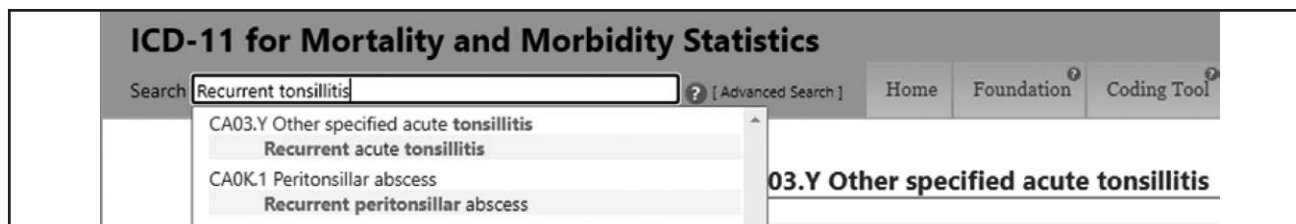


Рис. 8. МКХ-11: деталізація рекурентного тонзиліту

нонімом застарілого поняття «хронічний неспецифічний тонзиліт», яке взагалі вилучене з МКХ-11. Це пов'язано з новим, сучасним розумінням фізіології та патофізіології лімфоїдного глоткового кільця, наведеним у клінічній настанові «Тонзиліт»: мигдалики в рамках свого основного завдання — формування імунітету — постійно знаходяться у «фізіологічному» запальному процесі, який гістопатологічно визначається в анамнестично здорового пацієнта. Термін «хронічний тонзиліт» створює хибне уявлення про відсутність запалення мигдаликів у клінічно здорових пацієнтів, особливо в дітей [2].

Гострий рекурентний тонзиліт — повторна поява ГТ з інтервалами без істотних скарг. Однак у цьому плані конкретне число тонзилітів, які виправдовують діагноз, не визначене, але критичним є відповідність критеріям Paradise:

- щонайменше 7 епізодів за останні 12 місяців або
- щонайменше 5 епізодів на рік за останні 2 роки або
- щонайменше 3 епізоди на рік за останні 3 роки.

Критичність критеріїв Paradise полягає в тому, що за їх наявності варіант оперативного лікування, тобто тозилектомія, у такого пацієнта набуває статусу абсолютних показань, тобто операція стає безальтернативним методом

лікування. Тому, відповідно до чинної клінічної настанови «Тонзиліт», у встановленні діагнозу «рекурентний тонзиліт» вирішальне значення має анамнез, інформація про пацієнта в сімейного лікаря, а також адекватність кодування захворювання згідно з вимогами МКХ-11, а не клінічний огляд мигдаликів [2]. Повертаючись до вимог настанови «Тонзиліт», доцільно навести таку цитату зі сторінки 20: «Мигдалики не можна визначати як «хворі» або «інфіковані» шляхом клінічного огляду».

Запитання: Чи можна за клінічними ознаками визначити показання до антибактеріальної терапії?

Відповідь: Необхідно провести диференційний діагноз між бактеріальним (CA03.0 «Стрептококовий тонзиліт») і небактеріальним ГТ (CA03.Y), іншими уточненими гострими тонзилітами та ГТ не уточненим (CA03.Z), при цьому пам'ятаючи, що рекурентний тонзиліт не означає бактеріальний. Для цього доцільно використовувати бальну шкалу McIsaac або модифіковану шкалу Centor, які передбачають оцінювання типових симптомів тонзиліту (табл. 1).

У разі оцінки до 3 балів за вказаною шкалою існує висока ймовірність вірусного тонзиліту, додаткове обстеження не потрібне, а питання антибактеріальної терапії не розглядається. Це пов'язано з дослідженнями вірогідності

Таблиця 1

Шкала McIsaac (модифікована шкала Centor)

Симптом	Бал
Температура тіла >38°C	1
Відсутність кашлю	1
Збільшення шийних лімфатичних вузлів	1
Збільшення або наліт на мигдаликах	1
Вік:	
3–14 років	1
15–44 роки	0
≥45 років	-1

Таблиця 2

Вірогідність верифікації стрептококу залежно від суми балів за шкалою McIsaac (модифікована шкала Centor)

Шкала McIsaac (модифікована шкала Centor) сума балів	Імовірність виявлення БГСГА у мазку з ротоглотки, %
-1 або 0	1
1	10
2	17
3	35
4–5	50

верифікації стрептококу залежно від бальної оцінки (табл. 2).

У разі оцінки від 3 до 5 балів за шкалою McIsaac показана верифікація бета-гемолітичного стрептококу групи А (БГСГА) за допомогою бактеріоскопічного дослідження або експрес-тестування. За верифікації стрептококу показане призначення антибіотика; за відсутності верифікації – відкладене призначення антибіотика (стратегія «wait and see»). Перевага відкладеного призначення антибіотика полягає в тому, що передбачається їх призначення для пацієнтів, у яких можуть розвинути ускладнення, оскільки пацієнти, які очікують призначення антибіотиків, можуть бути більш схильними погодитися з таким курсом лікування, ніж з повною відмовою від їх застосування. Саме тому відкладене призначення є важливою стратегією лікування для зменшення кількості недоречних призначень антибактеріальних лікарських засобів [8].

Запитання: Зважаючи на те, що в шкалі McIsaac навіть у разі великої суми балів відсоток верифікації стрептококу не перевищує 50%, то виходить, що кожний другий курс антибактеріальної терапії призначають без показань? Який вихід із цього становища?

Відповідь: Основною умовою є верифікація стрептококу. У разі верифікації антибактеріальна терапія показана з моменту верифікації, за відсутності верифікації рекомендована стратегія відкладеного призначення антибіотиків, а її основною умовою, своєю чергою, є ефективне лікування ГТ. Актуальність ГТ зумовлена насамперед наявністю болю в горлі, що призводить до вираженого зниження якості життя пацієнтів. У симптоматичному лікуванні основний акцент – на знеболюванні, насамперед місцевому. Недооцінка раннього знеболювання приводить до стійкості больової реакції і тривалого дискомфорту. Одним із провідних симптомів ГТ, крім болю в горлі, є підвищен-

ня температури тіла. У разі їхнього поєднання, для полегшення симптомів, відповідно до сучасних рекомендацій, показаний парацетамол або ібупрофен [2]. Однак нестероїдні протизапальні препарати не охоплюють усього спектра механізмів формування ГТ, що є основною причиною рецидивування, незважаючи на непоганий безпосередній симптоматичний ефект. З точки зору впливу на основні компоненти етіопатогенезу ГТ, необхідне додаткове використання препаратів комплексної дії. Очікування призначення додаткового лікування найбільш високі в пацієнтів із гострим болем у горлі на тлі підвищення температури, що є однією з основних причин необґрунтованого призначення антибіотиків [2]. У світлі цільового комплексного впливу на основні ланки патогенезу доцільне застосування фітопрепаратів із доведеною ефективністю, зокрема, фітонірингового екстракту ВНО 1030, відомого як Імупрет, що складається зі стандартизованих за вмістом ключових біологічно активних речовин, компонентів семи лікарських рослин: Marshmallow root (Radix Althaeae), Camomile flowers (Flores Chamomillae), Horstail herb (Herba Equiseti), Walnut leaves (Foliar Jungla Millefolii), Oak bark (Cortex Quercus), Dandelion herb (Herba Taraxaci). Компоненти препарату забезпечують протівірусну, антибактеріальну, протизапальну та імуномодулювальну дію. Імуномодулювальний ефект препарату реалізується через активацію фагоцитозу та підвищення його ефективності за рахунок активації вироблення кисневих радикалів фагоцитуючими клітинами та Т-лімфоцитами/кілерами, а також забезпечення елімінації патогенів із вогнища запалення. На тлі застосування препарату в пацієнтів із ГТ вірогідно зменшуються симптоми захворювання вже з другої доби лікування. У результаті вираженої регресії такого симптому, як біль у горлі, неухильно зменшується кількість застосовуваних антипіретиків вже з другої доби ліку-

вання. Після швидкого поліпшення загального стану, зменшення споживання антипіретиків, на тлі застосування Імупрету спостерігається «терапевтичний вигреш» 4 доби, тобто протягом 10-добового спостереження одужання настає на 4 доби раніше [5]. Високий терапевтичний ефект застосування препарату дає змогу на 43,7%, або в 2,3 рази, зменшити частоту призначень в умовах контрольованого дослідження і з 72% до 11% порівняно з рутинним їх призначенням, за даними статистики [3,7].

Запитання: Оскільки в сучасній клінічній настанові є дефініція «рекурентний тонзиліт», то що ще, крім антибіотиків, можна рекомендувати для таких пацієнтів, ґрунтуючись на даних доказової медицини?

Відповідь: Насамперед потрібно усвідомити, що рекурентний тонзиліт в умовах рутинної клінічної практики — це насамперед тип перебігу, який передбачає рецидиви гострих епізодів тонзиліту. Основною метою лікування таких пацієнтів у «холодний період» є профілактика рецидивів, звісно, за умови відсутності критеріїв Paradise, коли таким пацієнтам показане хірургічне лікування. Важливим концептуальним положенням є розуміння того, що рецидивний не значить бактеріальний. Тому призначення антибіотиків для профілактики рецидивів тонзиліту абсолютно не показане. Важливим фактором попередження рецидивів тонзиліту є утримання контролю над запаленням у рамках «фізіологічного», що в клінічних умовах прояв-

ляється відсутністю або мінімальними ознаками локальної симптоматики, що об'єктивно визначається, особливо в «холодний період». Дослідженнями показано, що застосування фітонірингового препарату Імупрет має доведений віддалений терапевтичний ефект: спостерігаються достовірно нижчі показники оцінки вираженості гіперемії задньої стінки глотки, гіперемії, набрякості та наявності нальоту на піднебінних мигдаликах протягом року спостереження. У вказаних пацієнтів протягом року значно знизилася частота рецидивів тонзиліту. Протягом тримісячного спостереження кількість рецидивів зменшилася з 25,28% до 2,28%, шестимісячного — з 38,71% до 13,68%, дванадцятимісячного — з 33,97% до 17,48%. Отже, протягом року кількість рецидивів зменшилася до 33,44%, або на 66,56% порівняно з контрольною групою [6].

Висновки

Отже, МКХ-11, крім потреб статистики, додає клінічні потреби та інше, переносячи МКХ із простої статистичної бази на клінічну класифікацію для статистичного використання. Ґрунтуючись на найсучасніших клініко-епідеміологічних даних і результатах подвійних сліпих, рандомізованих, плацебо контрольованих досліджень, МКХ-11 синхронізована із сучасними клінічними настановами для прийняття лікарями обґрунтованих рішень.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

REFERENCES/ЛІТЕРАТУРА

1. Derzhavnyi ekspertnyi tsentr MOZ Ukrainy. (2021). Hryp ta hostri respiratorni infektsii. [Державний експертний центр МОЗ України. (2021). Грип та гострі респіраторні інфекції]. URL: <https://www.dec.gov.ua/mtd/gryp-ta-gostri-respiratorni-infektsiyi/>.
2. Derzhavnyi ekspertnyi tsentr MOZ Ukrainy. (2021). Tonzylyt. Klinichna nastanova, zasnovana na dokazakh. [Державний експертний центр МОЗ України. (2021). Тонзиліт. Клінічна настанова, заснована на доказах]. URL: <https://www.dec.gov.ua/mtd/tonzylyt/>.
3. National Library of Medicine. (2013). Tonsillitis: Overview. Last Update: January 17, 2019; Next update: 2022. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0090038/>.
4. Popovych VI, Koshel IV. (2018). Pain control in acute tonsillitis as a strategy of delayed antibiotics administration. *Otolaryngology*. 8; 4: 442–454
5. Popovych V, Koshel I, Malofiihuk A, Pyletska L et al. (2019). A randomized, open-label, multicenter. Comparative study of therapeutic efficacy, safety and tolerability of BNO 1030 extract. Containing marshmallow root, chamomile flowers, horsetail herb, walnut leaves, yarrow herb, oak bark, dandelion herb in the treatment of acute non-bacterial tonsillitis in children aged 6 to 18 years. *American Journal of Otolaryngology*. 40(2): 265–273 doi: 10.1016/j.amjoto.2018.10.012.
6. Popovych VI, Koshel IV, Malofiihuk OM, Pyletska LI et al. (2021). A randomized, open-label, multicentre, comparative study of therapeutic efficacy, preventive potential and tolerability of BNO 1030 extract, containing Althea root, Chamomile flowers, horsetail herb, walnut leaves, yarrow herb, oak bark, dandelion herb in the treatment of acute nonbacterial tonsillitis in children aged 6 to 18 years. *Clin Phytosci*. 7. Article: 15(2021). <https://doi.org/10.1186/s40816-020-00240-6>.
7. Popovych VI, Koshel IV, Malofiihuk OM, Pyletska LI. et al. (2021). Multicenter, Randomized, Open-Label, Comparative Study of Therapeutic Efficacy, Safety and Tolerability of BNO 1030 Application in the Technology of Delayed Prescription of Antibiotics in Patients with Severe Acute Tonsillitis. *Ann Clin Otolaryngol*. 6; 1: Article: 1049: 1–9. URL: <http://www.remedypublications.com/open-access/multicenter-randomized-open-label-comparative-study-of-therapeutic-efficacy-safety-and-6845.pdf>.
8. WHO. (2022). International Classification of Diseases 11th Revision. The global standard for diagnostic health information. URL: <https://icd.who.int>.

Відомості про авторів:

Бекетова Галина Володимирівна — д.мед.н., проф., чл.-кор. НАМН України, проф. каф. педіатрії, дитячої неврології та медичної реабілітації НУОЗ України імені П.Л. Шуплика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9. <https://orcid.org/0000-0002-8400-4580>.

Попович Василь Іванович — д.мед.н., проф., зав. каф. хірургічних дисциплін №1 ВПНЗ «Львівський медичний університет» Адреса: м. Львів, вул. В.Поліщука, 78. <https://orcid.org/0000-0002-2898-8474>.

Стаття надійшла до редакції 01.09.2023 р., прийнята до друку 12.12.2023 р.