

П.В. Кузик¹, В.А. Діброва²¹Львівське обласне патологоанатомічне бюро²Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Особливості формулювання патологоанатомічного діагнозу при ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ-інфекція/СНІД

У статті наведено дані про особливості формулювання та оформлення патологоанатомічного діагнозу при різних формах ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ-інфекція/СНІД.

Ключові слова

Патологоанатомічний діагноз, принципи формулювання, ко-інфекція туберкульоз/ВІЛ-інфекція/СНІД.

Діагноз — короткий лікарський висновок про патологічний стан, захворювання (травму) або причину смерті, оформлений відповідно до чинних стандартів і висловлений у термінах, передбачених чинними класифікаціями та номенклатурою хвороб [1, 3]. Принципи формулювання і кодування за Міжнародною статистичною класифікацією хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) клінічного і патологоанатомічного діагнозів єдині. Діагноз формулюють за нозологічним принципом, розширено в патогенетичній послідовності, з виділенням таких уніфікованих рубрик:

1. Основне захворювання — одне або кілька захворювань (нозологічних одиниць), які, відповідно до класифікації та номенклатури хвороб, самі по собі чи внаслідок їхніх ускладнень призвели до смерті хворого. Основне захворювання є першопричиною смерті пацієнта.

2. Ускладнення основного захворювання — патологічні процеси, синдроми і стани, пов'язані з основним захворюванням етіологічно і/або патогенетично (безпосередньо чи опосередковано), що погіршили його перебіг. Ускладнення в діагнозі вказують у хронологічній послідовності з урахуванням їхнього взаємного патогенетичного зв'язку. Ускладнення є критерієм тяжкості перебігу основного захворювання.

3. Супутні захворювання — нозологічні одиниці та їхні ускладнення, які етіологічно та патогенетично не пов'язані з основним захворюванням, не впливають на його перебіг та не відіграли ролі у танатогенезі. Супутні захворювання не мають смертельних ускладнень.

Безпосередньою причиною смерті є патологічна реакція, процес, синдром, нозологічна одиниця, що призвели до необоротних змін функцій життєво важливих органів (гостра крововтрата, шок, дихальна, серцева недостатність, інтоксикація, прогресування туберкульозу та ін.). Безпосередньою причиною смерті може бути як основне захворювання, так і його ускладнення.

Клінічний і патологоанатомічний діагнози повинні бути фактично і логічно обґрунтованими, комплексними, рубрифікованими, уніфікованими, відповідати вимогам міжнародних і вітчизняних класифікацій та номенклатури хвороб і містити всі встановлені в кожному конкретному випадку клініко-лабораторні, патоморфологічні та інші дані [1, 3, 7].

Поєднання туберкульозу (ТБ) та ВІЛ-інфекції, що визначається як ко-інфекція ТБ/ВІЛ-інфекція/СНІД, — це активний ТБ, котрий розвивається у ВІЛ-інфікованих осіб. ТБ/ВІЛ діагностують у разі захворювання на ТБ ВІЛ-інфікованої особи, виявлення ВІЛ-інфекції у хворого на ТБ або коли під час проходження профілактичного чи діагностичного обстеження у па-

цієнта виявляють обидва захворювання одночасно [8].

Патологоанатомічні дослідження померлих від ко-інфекції ТБ/ВІЛ-інфекція/СНІД проводять у окремих інфекційних секційних залах, обладнаних відповідно до санітарно-технічних норм [7] та згідно із правилами інфекційного контролю з метою запобігання професійного зараження медичних працівників.

Патологоанатомічний діагноз ВІЛ-інфекції повинен обов'язково містити [1, 9, 11]:

- 1) стадію ВІЛ-інфекції (за класифікацією ВООЗ, 2006 р.) (таблиця);
- 2) результат лабораторного підтвердження ВІЛ-інфекції з номером і датою дослідження;
- 3) дані обліку в регіональному центрі СНІДу і з якого року;
- 4) імунний статус: кількість CD4, CD8, CD4/CD8 з датою дослідження;
- 5) морфологічні зміни лімфоїдної тканини селезінки, лімфатичних вузлів, лімфоїдного апарату травного каналу і бронхів;
- 6) ураження центральної нервової системи: ВІЛ-енцефаломієліт або ВІЛ-асоційована енцефалопатія.

Окремою підрубрикою діагнозу «ВІЛ-інфекція» вказують вторинні захворювання (СНІД-асоційовані) — нозологічні одиниці, які розвинулися внаслідок імунодефіцитного стану [1, 9]. До переліку вторинних захворювань входять: опортуністичні інфекції, ВІЛ-асоційований туберкульоз та пухлини. У діагнозі після зазначення нозологічної форми вторинного захворювання потрібно перерахувати його найбільш виразні патоморфологічні вияви, форму та стадію розвитку. Фатальне вторинне захворювання визначає код ВІЛ-інфекції за МКХ-10.

Опортуністичні інфекції — захворювання, спричинені умовно-патогенними мікроорганізмами (найпростішими, грибами, вірусами, бактеріями). Розвиваються в умовах імунодефіциту, характеризуються тяжким рецидивним перебігом, схильністю до генералізації. Не можуть розвиватися за нормального імунного статусу. Туберкульоз не належить до опортуністичних інфекцій, оскільки може розвинути й за нормального імунного статусу.

Офіційно зареєстровані випадки захворювання на ВІЛ-інфекцію на момент взяття ВІЛ-інфікованих осіб під диспансерний нагляд та випадки смерті ВІЛ-інфікованих хворих кодують відповідно до МКХ-10.

Розрізняють дві форми ко-інфекції ТБ/ВІЛ-інфекція/СНІД, які мають характерні клініко-морфологічні особливості та різницю в розвитку і перебігу [8, 10]. Перша форма характеризуєть-

ся розвитком туберкульозу внаслідок СНІДу. У цих випадках ТБ — СНІД-асоційоване, вторинне захворювання, а клініко-морфологічний перебіг ТБ подібний до клініки первинних форм ТБ. ТБ у пацієнтів з ВІЛ-інфекцією є вторинним у разі таких чинників [4, 5, 10, 11]:

- 1) виразний набутий імунодефіцит, підтверджений лабораторними методами (рівень CD4 < 200 кл/мл) та клінічними даними (кандидоз, герпес та ін.);
- 2) лімфогематогенна дисемінація і генералізація туберкульозного процесу з поліорганным ураженням лімфатичних вузлів і внутрішніх органів;
- 3) значне зниження імунологічної реактивності, що виявляється під час патоморфологічного дослідження уражених туберкульозом тканин (виразні альтеративно-ексудативні процеси, немає гранулом, формування мономорфних казеозно-гнійних осередків).

Інша форма ко-інфекції ТБ/ВІЛ-інфекція/СНІД — коли хворі з хронічними формами ТБ із різними термінами заразилися ВІЛ-інфекцією на тлі активного ТБ. Перебіг ТБ у них визначається стадією ВІЛ-інфекції. Зазвичай ТБ-процес перебігає повільно, а СНІД розвивається в міру прогресування імунодефіциту. У термінальний період ВІЛ-інфекції внаслідок розвитку СНІДу виникає лімфогематогенна генералізація туберкульозного процесу з тривалим перебігом.

У патологоанатомічному діагнозі ВІЛ-інфекція може бути основним, комбінованим основним, фоновим, супутнім захворюванням — залежно від її стадії і ролі в танатогенезі.

ВІЛ-інфекцію формулюють як «Основне захворювання» у разі розвитку синдрому набутого імунодефіциту (СНІД), тотального пригнічення імунної системи, III–IV стадії за класифікацією ВООЗ, тяжких фатальних вторинних захворювань і/або загального виснаження, що спричинили смерть пацієнтів [1, 9, 11]. У цьому разі вторинні захворювання та їхні морфологічні вияви формулюють як окрему підрубрику «Основного захворювання». У разі наркоманії потрібно вказувати її як фонове захворювання з уточненням форми і особливостей. Основним захворюванням є фатальні ятрогенні форми ВІЛ-інфекції у реципієнтів крові ВІЛ-інфікованого донора і її компонентів під час трансплантації органів і тканин.

За поєднання тяжких форм ВІЛ-інфекції із іншими, не пов'язаними з ВІЛ-інфекцією тяжкими хворобами, потрібно формулювати «Комбіноване основне захворювання» (конкурентні, поєднані захворювання, поліпатії). У цих випад-

Таблиця. Переглянута клінічна класифікація стадій ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків [8]

Клінічна класифікація стадій ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків	Код за МКХ-10
<i>Гостра ВІЛ-інфекція</i>	
Безсимптомна	Z.21
Гострий ретровірусний синдром	B.23.0
<i>Клінічна стадія I</i>	
Безсимптомний перебіг	Z.21
Персистуюча генералізована лімфаденопатія	B.23.1
<i>Клінічна стадія II</i>	
Рецидивуючі бактеріальні інфекції верхніх дихальних шляхів (синусит, середній отит, тонзиліт, фарингіт — два або більше епізодів протягом 6 міс)	B.20.1
Оперізувальний лишай	B.20.3
Ангулярний хейліт	B.23.8
Рецидивуючий афтозний стоматит (два або більше епізодів протягом 6 міс)	B.23.8
Папульозний сверблячий дерматит	B.23.8
Себорейний дерматит	B.23.8
Грибкові ураження нігтів	B.20.5
<i>Клінічна стадія III</i>	
Немотивована хронічна діарея тривалістю понад 1 міс	B.22.7
Рецидивуючий кандидоз (молочниця) ротової порожнини (два або більше епізодів протягом 6 міс)	B.20.4
Волосяна лейкоплакія язика	B.23.8
Тяжкі бактеріальні інфекції (пневмонія, менінгіт, емпієма, гнійний міозит, артрит або остеомієліт, бактеріємія, тяжкі запальні захворювання малого таза та ін.)	B.20.1
Гострий некротизуючий виразковий стоматит, гінгівіт або некротизуючий виразковий періодонтит	B.22.7
<i>Клінічна стадія IV</i>	
Легеневий туберкульоз	B.20.0
Позалегеневий туберкульоз (зокрема лімфатичних вузлів)	B.20.0
Нетуберкульозна мікобактеріальна інфекція або дисемінований нетуберкульозний мікобактеріоз	B.20.0
Пневмоцистна пневмонія	B.20.6
Рецидивуючі бактеріальні пневмонії (два або більше епізодів протягом одного року)	B.20.1
Рецидивуюча сальмонельозна бактеріємія, спричинена нетифоїдними сальмонелами	B.20.1
Цитомегаловірусний ретиніт (\pm коліт)	B.20.2
Хронічна або персистуюча інфекція, зумовлена вірусом простого герпесу тривалістю понад 1 міс	B.20.3
Прогресуюча множинна лейкоенцефалопатія (ПМЛ)	B.20.3
Токсоплазмоз	B.20.8
Вісцеральний лейшманіоз	B.20.8
Криптоспоридіоз (з діареєю тривалістю понад 1 міс)	B.20.8
Хронічний ізоспоров	B.20.8
Дисеміновані мікози (кандидоз, кокцидіомікоз, гістоплазмоз)	B.20.4
	B.20.5
Криптококовий менінгіт	B.20.5
Саркома Капоші і ВІЛ-асоційовані злоякісні новоутворення (лімфома головного мозку, інвазивний рак шийки матки, карцинома прямої кишки)	B.21.0
	B.21.8
Т-клітинна лімфома Ходжкіна	B.21.3
ВІЛ-асоційована енцефалопатія	B.22.0
ВІЛ-асоційована кардіоміопатія	B.23.8
ВІЛ-асоційована нефропатія	B.23.8
Синдром виснаження (ВІЛ-кахексія)	B.22.2
Немотивована втрата маси тіла (понад 10 % протягом 6 міс)	B.22.2

ках пріоритетне місце посідає захворювання, яке мало найбільше значення для танатогенезу. Критерієм тяжкості необоротних змін, що призвели до смерті, є ускладнення пріоритетного основного захворювання. Якщо неможливо вирішити

питання про переважання одного з захворювань у танатогенезі, то на пріоритетне місце слід поставити ту хворобу, яка розвинулася найгостріше або пізніше. За рівних умов на перше місце виставляють те захворювання, яке має

найбільше значення в соціальному або епідеміологічному аспекті.

Якщо ВІЛ-інфекція відіграла істотне роль у виникненні чи несприятливому перебігові основного захворювання, яке стало першопричиною смерті, ВІЛ-інфекцію вказують як фонову хворобу.

Не допускається формулювання ВІЛ-інфекції і/або вторинних захворювань у рубриці «Ускладнення основного захворювання».

Коли немає фатальних вторинних СНІД-асоційованих захворювань, фатального загального виснаження та за умови I–II стадії ВІЛ-інфекції, за класифікацією ВООЗ, ВІЛ-інфекцію формулюють у рубриці «Супутні захворювання» за наявності інших тяжких фатальних, не пов'язаних із ВІЛ-інфекцією хвороб (цироз печінки, вірусні гепатити, гострий панкреатит, інфекційний ендокардит, грип та ін.). Якщо у хворого із ВІЛ-інфекцією I–II стадії не спостерігається будь-яких клінічних симптомів або лабораторних виявів імунodefіциту, діагностують обмежений туберкульозний процес. ТБ не можна розглядати як вторинне захворювання. У такому разі в діагнозі основним захворюванням вказують ТБ, а ВІЛ-інфекцію позначають як супутню патологію.

Щодо конфіденційності даних про причини смерті, то свідоцтво про смерть із причиною смерті видає лікар лише родичам або близьким померлого для реєстрації смерті в органах цивільного стану, і це не суперечить порядку правового регулювання діяльності в сфері ВІЛ/СНІДу, відповідно до норм міжнародного права. На підставі лікарського свідоцтва про смерть реєструють випадки смерті та видають свідоцтва про смерть у органах реєстрації актів цивільного стану. Бланки свідоцтв про смерть не містять даних про причини смерті. Також Законом України від 12.12.1991 р. № 1972-ХІІ «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» передбачено можливість розкриття медичним працівником відомостей про позитивний ВІЛ-статус особи партнеру (партнерам), якщо людина, яка жила з ВІЛ, померла [2].

Приклад формулювання діагнозу при ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ-інфекція/СНІД: «ВІЛ-інфекція» у рубриці «Основне захворювання», «ТБ – вторинне захворювання».

I. Основне захворювання: ВІЛ-інфекція, стадія IV (серологічно: позитивна серологічна реакція на наявність анти-НІВ № ..., дата; імунний статус (дата): CD4..., CD8..., CD4/CD8...): лім-

фоїдне виснаження тканини лімфатичних вузлів, селезінки і травного каналу; ВІЛ-асоційована енцефалопатія.

Вторинне захворювання: генералізований туберкульоз, фаза прогресування із ураженням обох легень (множинні міліарні, ацинозно-нодозні казеозно-гнійні вогнища); бронхопульмональних, парааортальних, брижових лімфатичних вузлів, лімфатичних вузлів воріт печінки і селезінки (тотальний і субтотальний казеозно-гнійний лімфаденіт), печінки, селезінки, обох нирок, надниркових залоз (множинні міліарні казеозно-гнійні вогнища); МБТ+ (бактеріологічний метод).

Фонове захворювання: опійна наркоманія.

II. Ускладнення основного захворювання: Кахексія. Гостре загальне венозне повнокрів'я внутрішніх органів. набряк легень та головного мозку.

Лікарське свідоцтво про смерть:

I. а) прогресування туберкульозу;
б) генералізований туберкульоз;
в) ВІЛ-інфекція, стадія IV (В.20.0);
г) –

II. –

Приклад формулювання діагнозу при ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ-інфекція: ТБ – основне захворювання, оскільки причина смерті не пов'язана з ВІЛ-інфекцією.

I. Основне захворювання: фіброзно-кавернозний туберкульоз правої легені, фаза прогресування: хронічна велика каверна верхньої частки, альтеративні, інкапсульовані, організовані ацинозно-нодозні туберкульозні вогнища обох легень; МБТ+ (бактеріологічний метод).

II. Ускладнення основного захворювання: часткова облітерація правої плевральної порожнини. Дифузний пневмосклероз. Хронічне легенева серце. Легенева кровотеча: до 500 мл згортків крові у просвіті трахеобронхіального дерева. Недокрів'я та альтеративні зміни внутрішніх органів.

III. Супутнє захворювання: ВІЛ-інфекція, стадія I (серологічно: позитивна серологічна реакція на наявність анти-НІВ № ..., дата; імунний статус (дата): CD4..., CD8..., CD4/CD8...).

Лікарське свідоцтво про смерть:

I. а) асфіксія згортками крові;
б) легенева кровотеча;
в) фіброзно-кавернозний туберкульоз правої легені (А.15.2);
г) –

II. ВІЛ-інфекція, стадія I.

Список літератури

1. Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В. Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.— М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011.— 576 с.
2. Закон України від 12.12.1991 р. № 1972-ХІІ (зі змінами — у редакції згідно із Законом України № 5460-VI від 16.10.2012 р.) «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ».
3. Зербіно Д.Д., Гичка С.Г., Рибка В.М. Формулювання клінічного та патологоанатомічного діагнозів: сучасний погляд на проблему // Укр. мед. часопис.— 2009.— № 4.— С. 45—47.
4. Зюзя Ю.Р., Зимина В.Н., Альварес-Фигероа М.В. и др. Морфологическая характеристика ВИЧ-ассоциированного туберкулеза в зависимости от количества CD4⁺-лимфоцитов крови // Арх. патол.— 2014.— Т. 76, № 5.— С. 33—37.
5. Истомин С.А., Бурятинский В.Н., Коваль Г.В. Особенности течения туберкулезной инфекции у ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом (по материалам аутопсийных исследований) // Туберкулез, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція.— 2011.— № 2.— С. 29—33.
6. Наказ МОЗ України від 10.09.2010 р. № 766 Про внесення змін до наказу МОЗ від 12.07.2010 № 551 «Про затвердження клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків».
7. Наказ МОЗ України від 12.05.1992 р. № 81 «Про розвиток та удосконалення патологоанатомічної служби в Україні».
8. Наказ МОЗ України від 31.12.2014 р. № 1039 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ко-інфекції (туберкулез/ВІЛ-інфекція/СНІД)».
9. Пархоменко Ю.Г., Зюзя Ю.Р. Основные принципы формулировки патологоанатомического диагноза при ВИЧ-ассоциированных инфекциях // Арх. патол.— 2013.— Т. 75, № 6.— С. 44—47.
10. Фролова О.П., Кравченко А.В., Юрин О.Г. Определение стадии ВИЧ-инфекции у больных туберкулезом // Инфекционные болезни.— 2009.— № 7 (4).— С. 70—74.
11. Цинзерлинг В.А., Карев В.Е., Комарова Д.В. и др. ВИЧ-инфекция (к стандарту патологоанатомического исследования) // Библиотека патологоанатома.— 2010.— Вып. 117.— 60 с.

П.В. Кузык¹, В.А. Диброва²

¹Львовское областное патологоанатомическое бюро

²Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев

Особенности формулировки патологоанатомического диагноза при ко-инфекции туберкулез/ВИЧ-инфекция/СПИД

В статье приведены данные об особенностях формулировки и оформления патологоанатомического диагноза при различных формах ко-инфекции туберкулез/ВИЧ-инфекция/СПИД.

Ключевые слова: патологоанатомический диагноз, принципы формулировки, ко-инфекция туберкулез/ВИЧ-инфекция/СПИД.

P.V. Kuzyk¹, V.A. Dibrova²

¹Lviv Regional Bureau of Pathology

²O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Postmortem diagnosis formulation in patients with co-infection TB/HIV/AIDS

The article presents data about peculiarities of postmortem diagnosis formulation and integration of information for patients with various forms of co-infection TB/HIV/AIDS.

Key words: pathoanatomical diagnosis, principles of formulation, co-infection TB/HIV/AIDS.

Контактна інформація:

Кузык Петро Васильович, к. мед. н., лікар-патологоанатом
79010, м. Львів, вул. Пекарська, 52
E-mail: kuzyk.med@ukr.net

Стаття надійшла до редакції 11 червня 2015 р.