

**Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «УНИИФ» Минздрава России)**

**Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
профессионального образования «Уральский государственный медицинский
университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ГБОУ ВПО «УГМУ» Минздрава России)**

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

**АЛГОРИТМЫ ПОСТРОЕНИЯ ДИАГНОЗА И ПОРЯДОК ЗАПОЛНЕНИЯ
«МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ» ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ,
ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ПРИ ИХ СОЧЕТАНИИ**

Екатеринбург

2015

Резюме

В методических рекомендациях приведены алгоритмы построения и структура диагноза при туберкулезе, ВИЧ-инфекции и при их сочетании. Данная проблема в настоящее время является чрезвычайно актуальной ввиду широкого распространения этих социально значимых заболеваний, которые нередко приводят больных к летальному исходу. При этом в научно-медицинской литературе и в практике нет единого общепринятого мнения по вопросу формулировки диагноза и алгоритмам его построения в этих часто весьма сложных случаях. Следует подчеркнуть, что данные методические рекомендации являются первым согласованным документом, составленным врачами различных специальностей, - патологоанатомами, судебно-медицинскими экспертами, фтизиатрами, инфекционистами и организаторами здравоохранения. В методических рекомендациях приведены примеры формулировки диагнозов в случаях смерти больных туберкулезом, ВИЧ-инфекцией и при сочетании этих заболеваний.

Издание предназначено для патологоанатомов, судебно-медицинских экспертов, фтизиатров, инфекционистов и врачей других специальностей, сталкивающихся в своей работе с проблемой построения диагноза при туберкулезе, ВИЧ-инфекции и при их сочетании.

Рекомендации составили:

д.м.н., проф. Л.М. Гринберг,
к.м.н., доцент Р.Б. Бердников,
к.м.н. Д.Л. Кондрашов,
к.м.н. А.С. Подымова,
д.м.н., проф. С.Н. Скорняков

Рецензенты:

д.м.н., проф. Чугаев Ю.П.
д.м.н., проф. Шабунина-Басок Н.Р.

Методические рекомендации утверждены:

решением Ученого совета ФГБУ «УНИИФ» Минздрава России №1 от 29 января 2014г. и решением Ученого совета стоматологического факультета ГБОУ ВПО «УГМУ» Минздрава России №8 от 11 апреля 2014г.

Издание второе, исправленное.

Актуальность

В современных условиях в России наблюдается высокий уровень смертности от туберкулеза, ВИЧ-инфекции и их сочетания. Поэтому проблема построения диагноза, как прижизненного, так и посмертного (клинического, патологоанатомического, судебно-медицинского), при этих социально значимых инфекционных заболеваниях представляется весьма актуальной. Специальные публикации по этому поводу практически отсутствуют, за исключением небольших разделов в последних руководствах по формулировке диагноза /3,4/, которые не снимают многие вопросы дискуссионного характера. Особенно это касается формулировки диагноза при ВИЧ-инфекции, а также при сочетании туберкулеза и ВИЧ-инфекции. Отсутствие единого подхода к построению диагноза в этих случаях снижает объективность статистических данных о структуре смертности населения, затрудняет клинико-патологоанатомические сопоставления, что, в свою очередь, не может не отражаться на адекватности планирования и проведения профилактических и лечебных мероприятий.

Цель методических рекомендаций: сформулировать основные принципы (алгоритмы) построения диагноза и заполнения врачебного свидетельства о смерти при туберкулезе, ВИЧ-инфекции и при их сочетании, а также на конкретных примерах представить варианты формулировки диагноза в наиболее часто встречающихся ситуациях при указанных социально значимых заболеваниях.

Следует напомнить, что диагноз должен отвечать нозологическому и патогенетическому принципам и при этом соответствовать основным классификациям, прежде всего, МКБ-10. В «простом» диагнозе (основное заболевание представлено 1 нозологической единицей) должно быть выделено основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания. В современных условиях основное заболевание чаще представлено несколькими нозологическими единицами и называется комбинированным. При этом принято выделять конкурирующие, сочетанные и фоновые

заболевания. Если основное заболевание составляют более 2-3 нозологических форм, рекомендуется использовать термин «полипатия».

Для того чтобы стали понятны основные принципы формулировки диагноза при сочетании ВИЧ-инфекции и туберкулеза, сначала необходимо осветить предлагаемые подходы к построению диагноза при туберкулезе и ВИЧ-инфекции, в случаях, когда эти заболевания не сочетаются.

Структура диагноза при туберкулезе

Мы не считаем целесообразным подробно останавливаться на этой проблеме, так как она отражена во многих руководствах прошлых лет, и основные положения, изложенные в этих источниках, и в настоящее время сохраняют свое значение. Необходимо при этом лишь отметить некоторые особенности современного периода, связанные в первую очередь с негативным патоморфозом туберкулеза.

При построении диагноза в случае смерти больного туберкулезом необходимо использовать клиническую классификацию туберкулеза (приказ №109 МЗ РФ), которая основана на патологоанатомической классификации и не противоречит МКБ-10. Следует подчеркнуть, что только распространенные и/или прогрессирующие формы туберкулеза могут рассматриваться как основное заболевание и являться основной причиной смерти больного. При этом такие ограниченные и нередко малоактивные формы туберкулеза как очаговый туберкулез, туберкулема, инфильтративный туберкулез легких не могут явиться причиной смерти и, следовательно, не могут выступать в качестве основного заболевания даже в структуре комбинированного заболевания. Исключением являются крайне редкие случаи, когда инфильтративный туберкулез или ограниченный кавернозный туберкулез легких осложняется массивным легочным кровотечением.

Туберкулез в диагнозе, в зависимости от его влияния на основную причину смерти больного, может быть основным заболеванием, сопутствующим заболеванием и входить в состав комбинированного основного заболевания. Кроме того, структура диагноза и основные осложнения несколько отличаются при намного чаще встречающемся туберкулезе легких у взрослых, к которому относятся преимущественно вторичные формы туберкулеза, при туберкулезе у детей (первичный туберкулез) и при внелегочном туберкулезе.

В большинстве случаев в современных условиях в структуре смертности от туберкулеза преобладают больные фиброзно-кавернозным туберкулезом (ФКТ). В последние годы на аутопсии реже встречается легочное сердце в качестве осложнения туберкулеза, т.к. реже наблюдается хронический диссеминированный туберкулез легких, цирротический туберкулез, силикотуберкулез. Смерть больных наступает преимущественно от прогрессирования туберкулезного процесса, сопровождающегося кахексией и тяжелой дистрофией внутренних органов. Однако нередко встречаются случаи остро прогрессирующих форм заболевания, протекающих по типу туберкулезной (казеозной) пневмонии, диссеминированных и генерализованных форм болезни, с развитием туберкулезного менингита, перитонита и пр. Следует подчеркнуть, что в этих случаях специфическая клеточная реакция выражена слабо, что определяет возможность диагностических ошибок. Поэтому возрастает роль гистобактериоскопии (окраска по Циль-Нильсену) и микробиологических методов исследования патологического материала.

Алгоритм построения диагноза при различных формах туберкулеза приведен на схеме (рис.№1).

Структура диагноза при ВИЧ-инфекции

Структура диагноза при ВИЧ-инфекции имеет существенные особенности, что обусловлено, прежде всего, патогенезом данной инфекции. В процессе длительного развития этого инфекционного вирусного заболевания, в организме инфицированного происходят сложные циклические изменения, которые в терминальной стадии приводят к практически полному разрушению тканевого иммунитета больного. При этом в первую очередь страдают Т-лимфоциты хелперы, имеющие СД 4 антиген (CD4TLX). В итоге, как и при иммунодефицитах другой природы, создаются условия для развития ряда инфекционных и опухолевых заболеваний (вторичные заболевания, ВИЧ-ассоциированные или ВИЧ-индикаторные заболевания), которые, как правило, и приводят больных к смерти. Весьма важно подчеркнуть, что в России ВИЧ-инфекция часто сочетается с туберкулезом, хронической инъекционной наркоманией и алкоголизмом. Таким образом, в терминальной стадии ВИЧ-инфекции у больного нередко выявляется такое сложное и разнообразное сочетание («букет») нозологических форм, что правильно сформулировать диагноз в этих случаях оказывается действительно чрезвычайно сложно.

В РФ используется клиническая классификация стадий развития ВИЧ-инфекции, предложенная В.Г. Покровским в 2001 году (см. Приложение). Следует подчеркнуть, что в классификации Покровского термин «СПИД» не используется. Однако этот термин вошел в большинство других классификаций, в научную литературу и повседневную практику. Мы под термином СПИД (синдром приобретенного иммунодефицита человека) условно понимаем далеко зашедшие (близкие к терминальной и терминальную) стадии заболевания, к которым следует относить 4Б (в части случаев), 4В и 5 стадии ВИЧ-инфекции по классификации академика В.И. Покровского.

В зависимости от стадии развития заболевания ВИЧ-инфекция в диагнозе может фигурировать в качестве носительства (R75 по МКБ10),

сопутствующего либо основного заболевания. Факт ВИЧ-носительства (инфицирования) регистрируется в диагнозе в тех случаях, когда имеется только положительный лабораторный тест, и более никаких объективных данных и признаков заболевания выявить не удалось.

В качестве сопутствующего заболевания ВИЧ-инфекция обычно выступает, когда заболевание находится на 1-3 стадии своего развития. При этом из проявлений заболевания наблюдаются обычно только персистирующая лимфаденопатия и поверхностные микозы, а количество $CD4TLX > 500$ клеток. В этих случаях основная причина смерти больного не связана с ВИЧ-инфекцией.

ВИЧ-инфекция становится основным заболеванием только в случаях 4Б (не всегда), 4В, 5 стадии заболевания по классификации В.Г. Покровского, когда иммунодефицит уже существенно выражен, т.е. имеется картина СПИДа (количество $CD4TLX < 200$ клеток). В части случаев ВИЧ-инфекция может входить в структуру комбинированного основного заболевания, например, в качестве фонового или сочетанного, крайне редко – конкурирующего. Обычно, в этих случаях клинически имеет место 4А, 4Б стадии с количеством $CD4TLX > 200$ и < 350 клеток.

Следует подчеркнуть, что больные ВИЧ-инфекцией, достигнув терминальной стадии заболевания, умирают в подавляющем большинстве случаев первичных проявлений ВИЧ-инфекции, а от других, так называемых «вторичных заболеваний», которые развиваются в ходе течения ВИЧ-инфекции как проявления иммунного дефицита и которые следует рассматривать как ВИЧ-ассоциированные заболеваний. В классификации В.Г. Покровского 4 стадия ВИЧ-инфекции так и обозначается – «стадия вторичных заболеваний», к которым относится целый ряд инфекций (в том числе, сапрофитического характера) и опухолей (преимущественно В-клеточные лимфомы и саркома Капоши).

При этом создается сложная ситуация для формулировки диагноза, так как эти заболевания, учитывая нозологический принцип, не могут

рассматриваться в качестве осложнений ВИЧ-инфекции, поскольку одно заболевание (нозологическая единица) не может быть осложнением другого заболевания. С другой стороны, все возможные формулировки с использованием различных вариантов комбинированного основного заболевания в этих случаях также не подходят. Так, нельзя в этой ситуации рассматривать ВИЧ-инфекцию в качестве фонового заболевания, так как тогда ВИЧ-инфекция вообще не будет регистрироваться как причина смерти больного. В МКБ-10 эта проблема решается с использованием словосочетания «ВИЧ-инфекция, проявляющаяся ...», например, микобактериальными инфекциями (B20.0) и пр. Не очень четкая формулировка, особенно для России, где уже много лет отечественная школа патологоанатомов способствует внедрению четких правил построения и структуры диагноза.

Из создавшейся ситуации был найден вполне разумный выход. В стандартах, регламентирующих многие аспекты патологоанатомической деятельности, было впервые предложено ввести рубрику «вторичные» заболевания в структуру основного заболевания при ВИЧ-инфекции («Система добровольной сертификации процессов выполнения патоморфологических исследований и патологоанатомических услуг в здравоохранении», 2007). При этом авторы предлагают в диагнозе при ВИЧ-инфекции в развернутой стадии, включая собственно СПИД, все выявленные ВИЧ-ассоциированные заболевания включать в рубрику «вторичные» заболевания. Позднее этот же принцип был использован О.В. Зайратьянцем и Л.В. Кактурским в справочном руководстве «Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов» (2008) и в методических рекомендациях В.В. Ерохина и соавт. (2008), а также в некоторых других публикациях. Такой подход, по нашему мнению, является единственно правильным и в настоящее время уже не подлежит обсуждению.

Таким образом, структура диагноза при ВИЧ-инфекции, когда она является основным заболеванием, имеет следующие разделы:

• *Основное заболевание:* ВИЧ-инфекция в стадии 4в, либо 5 (дата выявления, количество CD4TLX, признаки иммунодефицита – атрофия лимфоидной ткани лимфатических узлов и селезенки).

• *Вторичные заболевания:* пневмоцистная пневмония (распространенность, локализация), кандидоз пищевода, саркома Капоши и пр.

• *Осложнения:* кахексия, легочное кровотечение и пр.

• *Фоновые и/или сопутствующие заболевания:* хроническая инъекционная наркомания, алкоголизм и пр.

Необходимо отметить, что есть несколько ситуаций (исключения), при которых ВИЧ-инфекция в терминальной стадии (СПИД) не является основным заболеванием. К этим ситуациям относятся:

- Случаи насильственной смерти (убийство, самоубийство, передозировка наркотиков и пр.). В этих случаях вскрытие проводит судебно-медицинский эксперт со всеми необходимыми при этом правилами, методами исследования и принципами построения диагноза.

- Случаи смерти от других наиболее значимых острых эпидемических инфекционных заболеваний (т.н. «особо опасные инфекции»).

- Случаи смерти от «инъекционного» сепсиса у наркоманов (венозный, чаще стафилококковый сепсис по типу септикопиемии).

- Случаи смерти от «соматических» заболеваний с абсолютно смертельными осложнениями. Например, инфаркт миокарда с разрывом и тампонадой. Этот вариант встречается крайне редко.

К большой группе ВИЧ-ассоциированных (вторичных) инфекционных заболеваний относятся: вирусные инфекции (герпес 2 типа, ЦМВ-инфекция и пр.), бактериальные инфекции (микобактериальные, прежде всего, туберкулез, стафилококковая инфекция и пр.), грибковые инфекции (пневмоцистоз, криптококкоз, гистоплазмоз и пр.) и др.

По нашим данным до 70% умерших больных ВИЧ-инфекцией имеют в анамнезе данные о хронической интравенозной наркомании. Однако эти сведения редко имеют документальное подтверждение. Использование метода поляризационной микроскопии в этих случаях показало, что при интравенозной наркомании в интерстиции и сосудах лёгких, в печени, а также в пульпе селезёнки, определяются анизотропные тальк-содержащие кристаллы, которые являются «метками» героиновой инъекционной наркомании и которые в легких необходимо дифференцировать с ингалированными пылевыми частицами.

Макроскопическая диагностика у секционного стола большинства вторичных заболеваний при ВИЧ-инфекции весьма сложна, особенно, учитывая их обычную множественность. Поэтому в большинстве случаев можно рекомендовать формулировать окончательный патологоанатомический (судебно-медицинский) диагноз после тщательного гистологического исследования.

Определенные проблемы обычно возникают в случаях смерти больных ВИЧ-инфекцией в процессе сличения посмертного клинического и патологоанатомического (судебно-медицинского) диагнозов. Поскольку, как мы уже отмечали, рубрика «вторичные заболевания» включена в рубрику «основное заболевание», правомерен вопрос о порядке сличения вторичных заболеваний. Допустим, при правильной диагностике ВИЧ-инфекции как таковой и стадии заболевания, клинически не диагностировано 1 из 3 вторичных заболеваний, которые имели место в данном случае. Следует ли считать такой случай расхождением по 2 группе (по основному заболеванию)? Для решения этого вопроса мы полагаем целесообразным введение нового понятия «ведущее вторичное заболевание». Под «ведущим вторичным заболеванием» следует понимать вторичное заболевание, которое сыграло основную роль в танатогенезе в данном конкретном случае. Только при ошибке в диагностике этого заболевания случай следует рассматривать как расхождение по 2 группе. Во всех остальных случаях, когда не

диагностированное вторичное заболевание не являлось «ведущим», 2 группу расхождения предлагается не выставлять.

Примеры формулировки диагноза и заполнения медицинского свидетельства о смерти приведены ниже. Важно отметить, что при правильно составленном диагнозе заполнение свидетельства о смерти не представляет существенных трудностей и должно основываться на рубриках, имеющихся в МКБ-10.

В МКБ-10 имеются следующие рубрики, относящиеся к ВИЧ-инфекции:

- Z 20.6 – Контакт с больным или возможность заражения ВИЧ;
- R 75 – Лабораторное подтверждение наличия ВИЧ;
- Z 21 – Бессимптомный инфекционный статус, вызванный ВИЧ;
- B20. – B24. – Болезнь, вызванная ВИЧ.

При заполнении свидетельства о смерти в подавляющем большинстве случаев используются рубрики раздела «Болезнь, вызванная ВИЧ».

Алгоритм построения диагноза в случаях смерти при ВИЧ-инфекции приведен на схеме (рис. 2).

Диагноз при сочетании туберкулеза и ВИЧ-инфекции

Следует подчеркнуть, что в современных условиях в России, безусловно, первое место среди вторичных заболеваний при ВИЧ-инфекции занимает туберкулез. По данным различных отечественных авторов туберкулез на материале аутопсий при ВИЧ-инфекции составляет 70-90%. Таким образом, проблема сочетания туберкулеза и ВИЧ-инфекции сегодня чрезвычайно актуальна в нашей стране.

При сочетании ВИЧ-инфекции и туберкулеза структура диагноза зависит от стадии ВИЧ-инфекции и формы туберкулеза. Здесь следует рассмотреть несколько вариантов, которые представлены в виде алгоритма на рис. 3.

ВИЧ-инфекция в 1-3 стадии (количество CD4TLX > 400 клеток) не может быть причиной смерти больного и основным заболеванием. В этих случаях при распространенных и/или прогрессирующих формах туберкулеза – туберкулез является основным заболеванием, ВИЧ-инфекция – сопутствующее или фоновое заболевание. Если туберкулез представлен ограниченными формами – смерть больного наступила от другого заболевания или является насильственной.

При ВИЧ-инфекции в развернутых клинических стадиях (собственно СПИД) туберкулез независимо от формы следует рассматривать в качестве вторичного заболевания. Здесь мы делаем определенное допущение для упрощения ситуации. Действительно, в большинстве случаев туберкулез при ВИЧ-инфекции развивается в развернутой стадии заболевания в результате эндогенной экзacerbации старых неактивных очагов первичного периода, которые расположены преимущественно во внутригрудных лимфатических узлах. Этому обстоятельству способствует высокая инфицированность населения туберкулезом в России. Именно поэтому наблюдается такая высокая частота развития туберкулеза при ВИЧ-инфекции в нашей стране, тогда как на Западе при ВИЧ-инфекции чаще выявляются микобактериозы и другие инфекции.

В этой преобладающей ситуации определяются, как правило, генерализованные формы туберкулезного процесса, и туберкулез становится первым, а в ряде случаев, единственным вторичным заболеванием, приведшим больного к смерти. Генерализация туберкулезной инфекции в терминальной стадии ВИЧ-инфекции протекает чрезвычайно тяжело и сопровождается лимфо-гематогенным прогрессированием с поражением легких, различных групп лимфатических узлов, печени, селезенки, других внутренних органов, включая ЦНС (с развитием распространенных форм туберкулезного менингита и менингоэнцефалита). В этих случаях мы рекомендуем использовать в диагнозе термин «генерализованный туберкулез».

Гораздо реже имеет место другая ситуация, когда ВИЧ-инфекция развивается на фоне уже имеющегося у больного активного туберкулезного процесса. При этом в терминальной стадии ВИЧ-инфекции также наблюдается генерализация туберкулезного процесса, но в легких обычно определяется картина прогрессирующего фиброзно-кавернозного туберкулеза, цирротического туберкулеза, казеозной пневмонии с преимущественно односторонним поражением и пр. Однако структура диагноза и принципы заполнения врачебного свидетельства о смерти в этих случаях не претерпевают существенных изменений.

При ограниченных формах туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией в качестве «ведущего вторичного заболевания» могут выступать другие ВИЧ-ассоциированные инфекционные заболевания и опухоли.

В заключение следует подчеркнуть, что формулировка диагноза при ВИЧ-инфекции и туберкулезе является весьма непростой задачей и требует достоверной диагностики стадии ВИЧ-инфекции, что крайне затруднительно при отсутствии клинико-лабораторных данных, формы и распространенности туберкулезного процесса, выявления ВИЧ-ассоциированных заболеваний нетуберкулезной природы. В построении диагноза в этих случаях помогает знание вышеизложенных принципов (алгоритмов) построения диагноза.

Литература

1. ВИЧ-инфекция и СПИД. Национальное руководство. – под ред. акад. Покровского В.В. – 2013. – 608с.
2. Бердников Р.Б., Гринберг Л.М., Сорокина Н.Д. и др. ВИЧ-инфекция и туберкулез по данным патологоанатомических вскрытий. // Уральский медицинский журнал.-2011.-№1-С.67-72.
3. Ерохин В.В.и соавт. Патологоанатомическая диагностика основных форм туберкулеза (по данным секционных исследований). Методические рекомендации. Москва, 2008.- 78с.
4. Зайратьянц О.В, Кактурский Л.В. «Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов» М.-2008.- 420с.
5. Неволин А.Н., Гринберг Л.М., Кондрашов Д.Л. Патоморфология тальк-ассоциированных изменений внутренних органов при интравенозной наркомании //- Уральский медицинский журнал.-2011.-№1.- С. 39-44.
6. Пархоменко Ю.Г. и соавт. Патоморфологические изменения легких при туберкулезе у умерших от ВИЧ-инфекции // Архив патологии.- 2007.-№3.- С.26-28.
7. Пархоменко Ю.Г., Зюзя Ю.Р. Патологоанатомическая диагностика ВИЧ-ассоциированных инфекций. Методические рекомендации// Москва, 2012 – 80с.
8. Система добровольной сертификации процессов выполнения патоморфологических исследований и патологоанатомических услуг в здравоохранении», 2007.- 408с.
9. ТБ/ВИЧ. Клиническое руководство. ВОЗ.- 2004. - 224 с.

Примеры патологоанатомических диагнозов и медицинских свидетельств о смерти

Случай №1.
 Мальчик, 1г 6мес

Основное заболевание: Первичный туберкулезный комплекс в фазе прогрессирования: первичный аффект в 3 сегменте правого легкого, тотальный казеозный лимфаденит ВГЛУ с распадом и формированием лимфо-нодулярной каверны в правых бронхо-пульмональных лимфатических узлах со свищем в правом главном бронхе, милиарная диссеминация в легких, селезенке, печени, почках. Базальный туберкулезный продуктивно-некротический лептоменингит.

(шифр А15.7)

Осложнения: Истощение. Акцидентальная инволюция тимуса. Отек легких, отёк-набухание головного мозга. Вклинение мозжечка в большое затылочное отверстие.

Медицинское свидетельство о смерти:

Причины смерти:	Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Код по МКБ-10
I. а) <u>Вклинение ствола мозга в большое затылочное отверстие</u> _____ _____ (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	<u>Менее 1 суток</u>	□□□□.□
б) <u>Первичный туберкулез в фазе прогрессирования. Туберкулезный лептоменингит.</u> _____ (патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины)	<u>6 мес</u>	A15.7
в) _____ _____ (первоначальная причина смерти указывается последней)	-	□□□□.□
г) _____ _____ (внешняя причина при травмах и отравлениях)	-	□□□□.□
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)	-	□□□□.□

Случай №2.

Комбинированное основное заболевание

Основное заболевание: Прогрессирующий фиброзно-кавернозный туберкулез легких: множественные гигантские и крупные каверны в правом легком, средних размеров каверны в верхней доле левого легкого и массивное двустороннее обсеменение фокусами казеозной пневмонии различного размера с распадом. Фиброзно-казеозные очаги в левом легком. Милиарная диссеминация в печени. Продуктивно-некротический лимфаденит ВГЛУ. (шифр A15.2)

Осложнения: Облитерация левой плевральной полости. Легочное сердце в фазе декомпенсации: дилатация правых отделов сердца, гипертрофия миокарда правого желудочка (0,8см), желудочковый индекс 0,7. Хроническая правожелудочковая недостаточность: мускатная печень, цианотическая индурация почек и селезенки, асцит (1000мл), гидроперикард (200мл), анасарка.

Фоновое заболевание: Хроническая алкогольная интоксикация: хронический индуративный панкреатит, алкогольный жировой гепатоз. (шифр F10.1)

Медицинское свидетельство о смерти:

Причины смерти:

	Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Код по МКБ-10
I. а) <u>Прогрессирующая правожелудочковая недостаточность. Анасарка.</u> (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	4 мес	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
б) <u>Лёгочное сердце в фазе декомпенсации</u> (патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины)	2 года	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
в) <u>Прогрессирующий фиброзно-кавернозный туберкулёз лёгких</u> (первоначальная причина смерти указывается последней)	7 лет	A15.2
г) _____ _____ (внешняя причина при травмах и отравлениях)		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>

II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)

Хроническая алкогольная интоксикация F10.1

Случай №3

Основное заболевание: Туберкулезный спондилит в фазе прогрессирования с разрушением тел Th 11-12 и L1 позвонков. Двусторонние паравертебральные натечные абсцессы. (шифр A18.0)

Осложнения: Нижний парапарез (по клиническим данным). Кахексия. Вторичный амилоидоз с преимущественным поражением почек и селезенки. Уремия: двусторонний фибринозный плеврит, фибринозный перикардит, двусторонняя очаговая серозно-фибринозная нижнедолевая пневмония.

Фоновое заболевание: Алкогольная болезнь. Алкогольный микронодулярный цирроз печени в стадии компенсации. (шифр K70.3)

Медицинское свидетельство о смерти:

Причины смерти:

	Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Код по МКБ-10
I. а) <u>Уремия</u> (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	2 мес	□□□□.□
б) <u>Вторичный амилоидоз</u> (патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины)	6 мес	□□□□.□
в) <u>Туберкулезный спондилит в фазе прогрессирования</u> (первоначальная причина смерти указывается последней)	2 года	A18.0
г) _____ - (внешняя причина при травмах и отравлениях)	-	□□□□.□
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) <u>Алкогольный микронодулярный цирроз печени</u>	-	K70.3

Случай №4

Женщина 82 лет. Пылевой стаж в анамнезе отсутствует.

Основное заболевание: Старческий бытовой кониотуберкулез в фазе прогрессирования: фиброзно-гиалиново-пылевая трансформация внутригрудных лимфатических узлов с распадом и формированием лимфонодулярной каверны в правых бронхопульмональных лимфатических узлах, лимфонодуло-бронхиальный свищ в среднедолевом бронхе, множественные пигментированные постперфорационные рубцы в бронхах, цирротический туберкулез средней доли. (шифр А15.4)

Осложнения: Кахексия. Массивное легочное кровотечение.

Сопутствующие заболевания: ЖКБ: Хронический калькулёзный холецистит в стадии ремиссии. (шифр К80.1)

Медицинское свидетельство о смерти:

Причины смерти:

Причины смерти:	Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Код по МКБ-10
I. а) <u>Массивное легочное кровотечение</u> (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	<u>менее 1 часа</u>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
б) <u>Лимфонодулярная каверна в правых бронхопульмональных лимфатических узлах</u> (патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины)	<u>6 мес</u>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
в) <u>Старческий кониотуберкулез с преимущественным поражением внутригрудных лимфатических узлов</u> (первоначальная причина смерти указывается последней)	<u>15 лет</u>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
г) _____ _____ (внешняя причина при травмах и отравлениях)	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)		
<u>Хронический калькулёзный холецистит</u>	<u>30 лет</u>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

Случай №5.

Основное заболевание: Центральный высококодифференцированный плоскоклеточный рак правого верхнедолевого бронха с метастазами во внутригрудных лимфатических узлах, печени, головном мозге. (Т4N1M1). (шифр С34.1)

Осложнения: Обструктивный пневмонит верхней доли правого легкого с ретростенотическими бронхоэктазами. Кахексия. Двухсторонняя мелкоочаговая пневмония.

Сопутствующее заболевание: Туберкулома 1 сегмента левого легкого в неактивной фазе. (шифр А15.2).

Медицинское свидетельство о смерти:

Причины смерти:

	Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Код по МКБ-10
I. а) <u>Кахексия</u> (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	3 мес	□□□□.□
б) <u>Рак верхнедолевого бронха правого легкого с метастазами</u> (патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины) в)	3 года	C34.1
_____ (первоначальная причина смерти указывается последней)	-	□□□□.□
г) _____ -	-	□□□□.□
(внешняя причина при травмах и отравлениях)		
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)		
<u>Туберкулома верхней доли левого легкого</u>	4 года	A15.2

Случай №6.

Основное заболевание: Внебольничная двусторонняя нижнедолевая лобарная пневмококковая (№ и дата бактериологического исследования) пневмония в фазе серого опеченения. Серозно-фибринозный двусторонний плеврит. (шифр J13)

Осложнения: Респираторный дистресс-синдром: гиалиново-мембранозная пневмопатия, мегакариоцитоз капилляров межальвеолярных перегородок, острое венозно-капиллярное полнокровие и интраальвеолярный отек легких. (шифр J80)

Фоновое заболевание: Силикотуберкулез внутригрудных лимфатических узлов с фиброзно-казеозно-гиалиновыми очагами в неактивной фазе, интерстициальный пылевой фиброз легких. (шифр J65)

Медицинское свидетельство о смерти:

Причины смерти:

	Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Код по МКБ-10
I. а) <u>Респираторный дистресс-синдром</u> (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	<u>3 дня</u>	J 8 0 . □
б) <u>Двусторонняя внебольничная нижнедолевая пневмония</u> (патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины)	<u>17 дней</u>	J 1 3 . □
в) _____ (первоначальная причина смерти указывается последней)	-	□ □ □ . □
г) _____ (внешняя причина при травмах и отравлениях)	-	□ □ □ . □
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) <u>Силикотуберкулез внутригрудных лимфатических узлов, диффузный интерстициальный пылевой фиброз лёгких</u>	<u>7 лет</u>	J 6 5 . □

Случай №7.

Основное заболевание: ВИЧ-инфекция в стадии СПИД (выявлена в 2011г, количество CD-4+ Т-лимфоцитов 194 кл/мл): атрофия и ангиоматоз лимфоидной ткани лимфоузлов и селезенки. (шифр В 20.7)

Вторичные заболевания: 1. Генерализованный криптококкоз: конвенситальный криптококкозный гнойно-некротический менингит, краевой энцефалит, микроабсцессы и продуктивные васкулиты в ткани головного мозга. Криптококкозные продуктивно-некротические очаги в легких, внутригрудных лимфатических узлах и почках.

2. Орофарингиальный кандидоз.

Осложнения: Диффузный гнойно-деструктивный панбронхит. Двусторонняя полисегментарная крупноочаговая фибринозно-гнойная пневмония. Кахексия.

Медицинское свидетельство о смерти:

Причины смерти:

	Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Код по МКБ-10
I. а) <u>Криптококковый менингоэнцефалит</u> (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	3 мес	[][][][] . []
б) <u>ВИЧ-инфекция</u> (патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины)	4 года	[В][2][0] . [7]
в) _____ (первоначальная причина смерти указывается последней)	-	[][][][] . []
г) _____ (внешняя причина при травмах и отравлениях)	-	[][][][] . []
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)	-	[][][][] . []

Случай №8

Основное заболевание: ВИЧ-инфекция в стадии СПИД (ВИЧ-инфекция выявлена в 2001 году, количество CD-4+ Т-лимфоцитов 112 кл/мл): атрофия лимфоидной ткани лимфоузлов и селезенки. ВААРТ. (шифр B21.3)

Вторичные заболевания: Лимфома Ходжкина (вариант лимфоидного истощения) в фазе генерализации с поражением забрюшинных, внутрибрюшинных и внутригрудных лимфоузлов, диссеминированным поражением легких, селезенки, почек, печени.

Осложнения: Кахексия. Венозное полнокрое и паренхиматозная дистрофия внутренних органов.

Сопутствующее заболевание: Хронический вирусный гепатит С слабовыраженной активности, индекс склероза II по Desmet. (шифр B18.2)

Медицинское свидетельство о смерти:

Причины смерти:

Причины смерти:	Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Код по МКБ-10
I. а) <u>Лимфома Ходжкина в стадии генерализации</u> (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	<u>8 мес</u>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .
б) <u>ВИЧ-инфекция</u> (патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины)	<u>13 лет</u>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
в) _____ (первоначальная причина смерти указывается последней)	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .
г) _____ _____ (внешняя причина при травмах и отравлениях)	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)		
<u>Хронический вирусный гепатит С</u>	<u>13 лет</u>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

Случай №9.**Комбинированное основное заболевание:**

Основное заболевание: Двусторонняя казеозная пневмония (субтотальная справа, верхнедолевая слева) с распадом и множественными пневмониогенными кавернами в верхних долях лёгких. Левосторонний серозно-фибринозный туберкулёзный плеврит (600мл). (шифр А15.2)

Фоновые заболевания: 1. ВИЧ-инфекция, 3 стадия – генерализованная лимфаденопатия с фолликулярной гиперплазией шейных, подмышечных и паховых лимфатических узлов. (ВИЧ-инфекция выявлена в 2008 году, количество CD-4+ Т-лимфоцитов 635кл/мл от 04.04.11г.). (шифр В23.1)

2. Хронический вирусный гепатит В умеренной активности (выявлен в 2008 году), степень склероза III по Desmet. (шифр В18.1)

3. Парентеральная интравенозная наркомания в анамнезе (по данным истории болезни), интравенозный талькоз легких, печени, почек.

Общие осложнения: Кахексия. Венозное полнокровие и паренхиматозная дистрофия внутренних органов.

Медицинское свидетельство о смерти:

Причины смерти:

Причины смерти:	Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Код по МКБ-10
I. а) <u>Двусторонняя казеозная ПНЕВМОНИЯ</u> (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	<u>5 мес</u>	<u>A 1 5 . 2</u>
б) _____ (патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины)	_____	____. ____
в) _____ (первоначальная причина смерти указывается последней)	_____	____. ____
г) _____ (внешняя причина при травмах и отравлениях)	_____	____. ____
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)		
<u>ВИЧ-инфекция, 3 стадия</u>	<u>6 лет</u>	<u>B 2 3 . 1</u>

Случай №10.**Комбинированное основное заболевание:**

Основное заболевание: ВИЧ-инфекция в стадии СПИД (ВИЧ-инфекция выявлена в 2002г, количество CD-4+T-лимфоцитов 42 кл/мл от 04.04.12г.): атрофия лимфоидной ткани лимфоузлов и селезенки. (шифр B20.0)

Вторичные заболевания: Генерализованный туберкулез с массивным лимфо-гематогенным прогрессированием и некротически-гнойной тканевой реакцией. Казеозная пневмония верхней доли правого лёгкого, крупно- и мелкоочаговая диссеминация в лёгких, почках, и селезенке, милиарная диссеминация в печени. Тотальный опухолеподобный казеозно-некротический лимфаденит мезентериальных лимфоузлов, лимфоузлов ворот печени и селезенки, всех групп внутригрудных лимфатических узлов с распадом, лимфонодуло-бронхиальный свищ и лимфонодулярная каверна в бифуркационных лимфатических узлах. Базальный экссудативно-некротический туберкулёзный менингит и краевой энцефалит. Продуктивные васкулиты в ткани головного мозга, туберкулы в височной и теменной долях правого полушария.

Фоновое заболевание: Хронический вирусный гепатит В+С (выявлен в 2002году) умеренной активности, в фазе формирования микронодулярного цирроза печени. (шифр B18.8)

Осложнения: Кахексия.*Медицинское свидетельство о смерти:*

Причины смерти:

I. а) Генерализованный туберкулёз

(болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)

б) ВИЧ-инфекция

(патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины)

в)

(первоначальная причина смерти указывается последней)

г)

(внешняя причина при травмах и отравлениях)

II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)

Хронический вирусный гепатит В+С1 год12 лет12 лет

Код по МКБ-10

□□□□.□

B20.0.0

□□□□.□

□□□□.□

B18.8.8

Случай №11.

Комбинированное основное заболевание:

Основное заболевание: ВИЧ-инфекция в стадии СПИД (ВИЧ выявлен в 2005 году, количество CD-4+ Т-лимфоцитов 8кл/мл): атрофия лимфоидной ткани лимфоузлов и селезенки. (шифр В20.7)

Вторичные заболевания: 1. Двусторонняя субтотальная пневмоцистная пневмония.

2. Множественные активные туберкуломы с распадом в верхних долях легких. Субтотальный казеозно-некротический лимфаденит бифуркационных и бронхо-пульмональных лимфоузлов.

3. Цитомегаловирусная пневмопатия.

Осложнения: Отёк лёгких.

Фоновые заболевания: 1. Парентеральная интравенозная опиоидная наркомания с интерстициальным талькозом легких.

2. Хронический вирусный гепатит С умеренной активности, индекс склероза II по Desmet. (шифр В18.2)

Общие осложнения: Кахексия.

Медицинское свидетельство о смерти:

Причины смерти:

- I. а) Двусторонняя пневмоцистная ПНЕВМОНИЯ
(болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)
- б) ВИЧ-инфекция
(патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины)
- в) _____
(первоначальная причина смерти указывается последней)
- г) _____
(внешняя причина при травмах и отравлениях)

Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Код по МКБ-10
3 мес	□□□□.□
6 лет	В20.7
_____	□□□□.□
_____	□□□□.□

II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)

Хронический вирусный гепатит С _____ 6 лет В18.2

Случай №12.

Комбинированное основное заболевание:

Основное заболевание: Венозный стафилококковый сепсис, септикопиемия (номер и дата бактериологического анализа): гнойный тромбофлебит бедренной вены слева, острый лимфаденит паховых лимфоузлов, острый полипозно-язвенный эндокардит трехстворчатого клапана с большим количеством кокков в вегетациях, множественные инфицированные тромбэмболы в ветвях лёгочной артерии, двусторонняя полисегментарная сливная абсцедирующая пневмония, апостематозный нефрит и миокардит. Нейтрофилёз пульпы селезенки и синусов лимфоузлов. (шифр А41.0)

Фоновые заболевания: 1. Парентеральная интравенозная наркомания: интерстициальный интравенозный талькоз легких, печени, селезенки, кожный свищ в паховой складке слева, постинъекционные рубцы на передней поверхности бедра и в локтевой ямке слева, свежие следы от инъекций на передней поверхности бедра справа.

2. ВИЧ-инфекция в стадии СПИД (ВИЧ-инфекция выявлена в 2011г, количество CD-4+ Т-лимфоцитов 100кл/мкл): атрофия фолликулов и паракортикальной зоны лимфатических узлов и пульпы селезенки. (шифр В23.8)

3. Хронический вирусный гепатит «С» умеренной активности в фазе формирования цирроза печени. (шифр В18.2)

Общие осложнения: Кахексия.

Медицинское свидетельство о смерти:

Причины смерти:

I. а) Постинъекционный венозный стафилококковый сепсис

(болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)

б)

(патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины)

в)

(первоначальная причина смерти указывается последней)

г)

-

(внешняя причина при травмах и отравлениях)

II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)

Интравенозная наркомания. ВИЧ-инфекция в стадии СПИД

	Код по МКБ-10
<u>4 мес</u>	A41.0
_____	□□□□.□
_____	□□□□.□
_____	□□□□.□
_____	□□□□.□

2 года B23.8

Случай №13.

Комбинированное основное заболевание

Основное заболевание: Микромакронодулярный цирроз печени в исходе хронического вирусного гепатита В+С (выявлен в 2001г.) выраженной активности, в фазе декомпенсации. (шифр В18.8)

Осложнения: Синдром портальной гипертензии: асцит (7000мл), расширение вен передней брюшной стенки, варикозное расширение вен пищевода. Массивное рецидивирующее кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода: кровь в трахее, бронхах, желудке, пищеводе, тонкой кишке. Асфиксия, острое вздутие лёгких. Острая постгеморрагическая анемия.

Фооновые заболевания: 1. Интравенозная парентеральная дезоморфиновая наркомания.

2. ВИЧ-инфекция в стадии СПИД (ВИЧ-инфекция выявлена в 2007 году, количество CD4+Т-лимфоцитов 86 кл/мкл от 30.05.12г.): атрофия лимфоидной ткани лимфоузлов и селезенки, ангиоматоз пульпы селезёнки. ВААРТ с 05.12г. (шифр В23.8)

Сопутствующее заболевание: Кальцинированный фиброзно-казеозный очаг в верхней доле слева.

Медицинское свидетельство о смерти:

Причины смерти:

	Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Код по МКБ-10
I. а) <u>Асфиксия</u> (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	10 МИН	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
б) <u>Рецидивирующее кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода</u> (патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины)	4 часа	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
в) <u>Декомпенсированный цирроз печени в исходе вирусного гепатита В+С</u> (первоначальная причина смерти указывается последней)	13 лет	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
г) _____ - (внешняя причина при травмах и отравлениях)	-	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>

II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)

Интравенозная наркомания. ВИЧ-инфекция в стадии СПИД 7 лет .

Приложение

Российская классификация ВИЧ-инфекции (В.И. ПОКРОВСКИЙ, 2001г.)

1. Стадия инкубации

2. Стадия первичных проявлений

Варианты течения:

А. Бессимптомная

Б. Острая ВИЧ-инфекция без вторичных заболеваний

В. Острая инфекция с вторичными заболеваниями

3. Латентная стадия

4. Стадия вторичных заболеваний

4А. Потеря массы тела менее 10%; грибковые, вирусные, бактериальные поражения кожи и слизистых оболочек; опоясывающий лишай; повторные фарингиты, синуситы.

Фазы: *Прогрессирование* (на фоне отсутствия противоретровирусной терапии, на фоне противоретровирусной терапии).

Ремиссия (спонтанная, после ранее проводимой противоретровирусной терапии, на фоне противоретровирусной терапии).

4Б. Потеря массы тела более 10%; необъяснимая диарея или лихорадка более одного месяца; волосистая лейкоплакия; туберкулез легких; повторные или стойкие вирусные, бактериальные, грибковые, протозойные поражения внутренних органов; повторный или диссеминированный опоясывающий лишай; локализованная саркома Капоши.

Фазы: *Прогрессирование* (на фоне отсутствия противоретровирусной терапии, на фоне противоретровирусной терапии)

Ремиссия (спонтанная, после ранее проводимой противоретровирусной терапии, на фоне противоретровирусной терапии).

4В. Кахексия; генерализованные бактериальные, вирусные, грибковые, протозойные и паразитарные заболевания; пневмоцистная пневмония;

кандидоз пищевода, бронхов, легких; внелегочной туберкулез; атипичные микобактериозы; диссеминированная саркома Капоши; поражение центральной нервной системы различной этиологии.

Фазы: *Прогрессирование* (на фоне отсутствия противоретровирусной терапии, на фоне противоретровирусной терапии).

Ремиссия (спонтанная, после ранее проводимой противоретровирусной терапии, на фоне противоретровирусной терапии).

5. Терминальная стадия

Рис.1

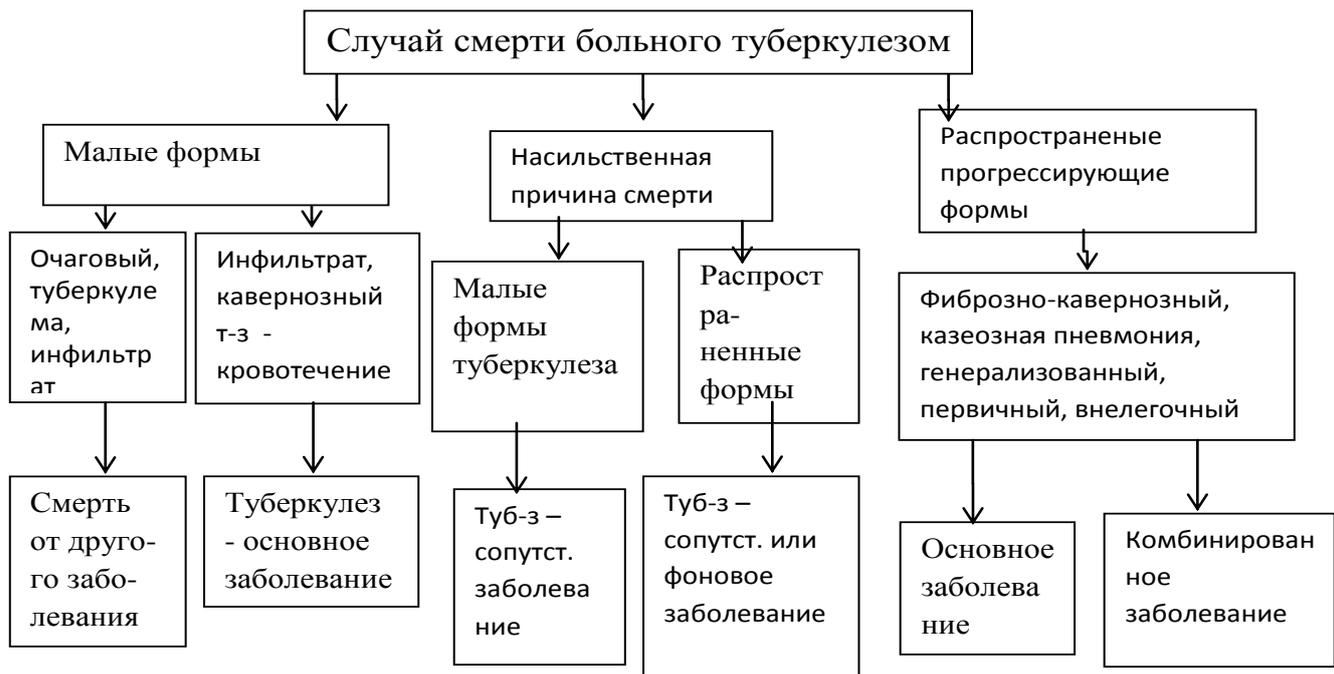
Алгоритм построения диагноза при туберкулезе

Рис.2

Алгоритм построения диагноза при ВИЧ /СПИД

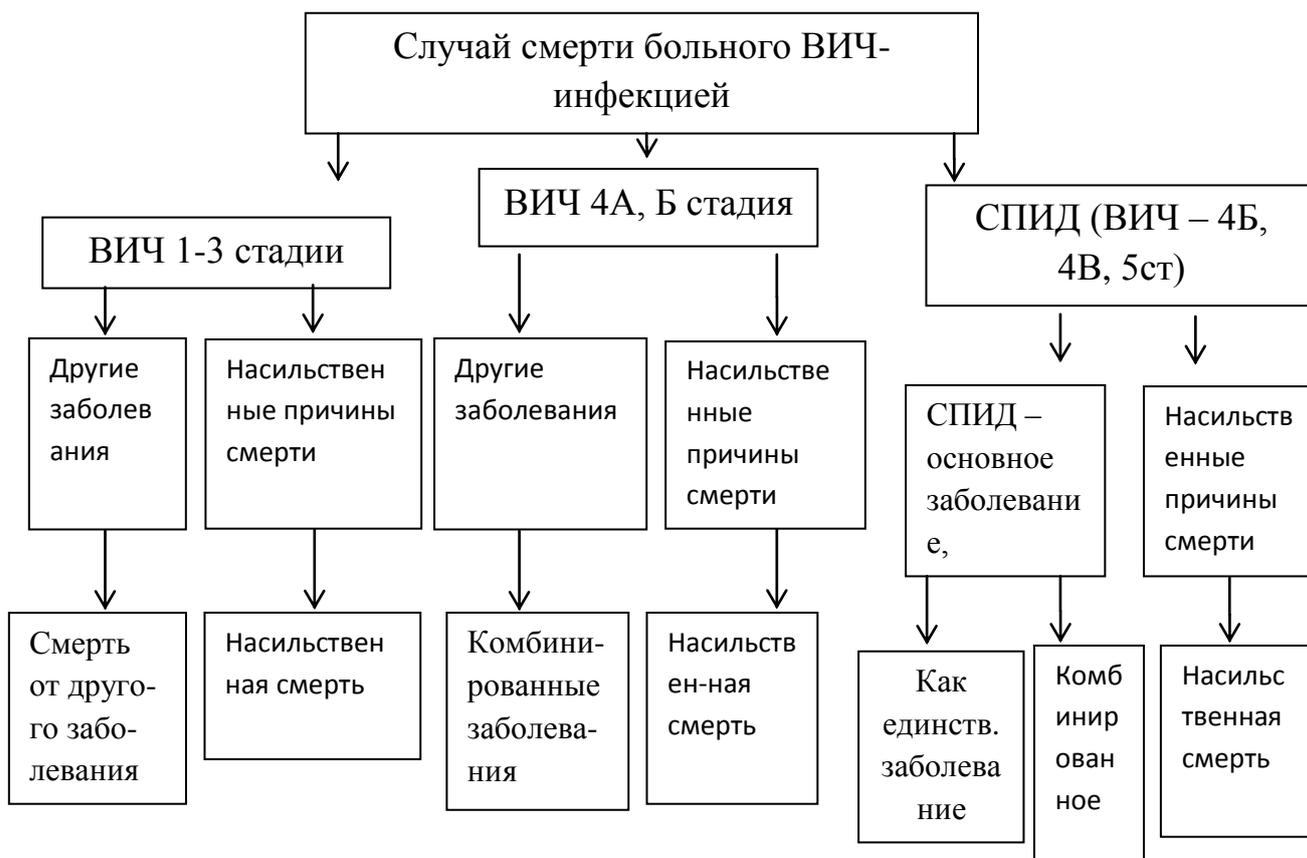


Рис. 3

Алгоритм построения диагноза при ко-инфекции ВИЧ /туберкулез