

Nr 68/91

Nazwisko

Wiek 42 lata

Dzień śmierci
7.10.91

Sekcjonowany

u godzin

po śmierci

Sekcja mózgu
9.11.91.

Ogłoszone, lub demon-
strowane przez

Utrwalony materiał:

Alkohol

Formol

- 1.czoło lewe
- 2.zwoje podsta-
wy l.
- 3.wzgórze ze
skronią l.
- 4.wzgórze l.
- 5.centralna l.
- 6.ciemie l.
- 7.potylica l.
- 8.śródmózgowie
z i.czarną
- 9.most
- 10.opuszka
- 11.rdzeń szyjny
górny
- 12.mózdzek l.

Użyte metody barwienia

HE, Heidenhain

Mikrofotografie, rysunki

Rozpoznanie kliniczne

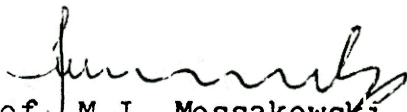
AIDS. Leukoencefalopatia, probabiliter
cryptococcosis cerebri. Niewydol-
ność krążeniowo-oddechowa

Rozpoznanie anatomiczne

Sine laesiones organicae

Rozpoznanie histologiczne

HIV-leucoencephalopathia. Myelopathia
vacuolaris. Encephalitis cytomegalica


Prof. M.J. Mossakowski

Skrót historii choroby

v, lat 42, kawaler, rolnik, homoseksualista

Przyjęty 1.09.1991

zmarł 7.10.1991

Rozpoznanie Kliniczne: AIDS. Leukoencefalopatia, probabiliter cryptococcosis cerebri. Niewydolność krążeniowo-oddechowa.

Wywiad: w sierpniu 1989 został przewieziony do Oddziału X Szpitala Zakaźnego w Warszawie z Kliniki Chorób Zakaźnych we Wrocławiu /odpis karty informacyjnej w załączeniu/ z rozpoznaniem AIDS. Przeciwciała anti-HIV wykryto we wrześniu 1988. Przebywał na Oddziale X do 17.08.89. Wypisany z poprawą z rozpoznaniem: Psychoza depresyjno-maniakalna, stan po suicid., grzybica skóry jamy ustnej i paznokci, przewlekła lymphadenopatia HIV.

W okresie 20.02.91-6.03.91 przebywał w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Chorób Infekcyjnych /karta informacyjna w załączeniu/, do którego został przyjęty z pełnoobjawowym zespołem AIDS z powodu wystąpienia objawów nasilonej grzybicy jamy ustnej. W czasie obserwacji szpitalnej zauważono nasilające się zaburzenia mowy oraz drżenia mięśni ust, dodatkowo objawy oponowe i dodatkowo objawy piramidowe. Ponieważ pacjent nie wyraził zgody na wykonanie badań diagnostycznych /zmiany grzybicze wyleczono/, został wypisany do domu do dalszego leczenia ambulatoryjnego.

W tym samym szpitalu przebywał poraz drugi w okresie 9.03.91-29.08.91, został przyjęty z powodu narastającego otępienia i ogólnego osłabienia. Przy przyjęciu przytomny, zorientowany co do miejsca i czasu, nie interesuje się otoczeniem, nie chodzi, wyniszczony. Wykonano nakłucie lędźwiowe. W płynie m.rdz. białko 105 mg%, cukier 61, chlorki 120 mEq/l. Odczyny Pandiego, i Nonne-Apelta dodatnie, pleo 20, pojedyncze limfocyty. Rtg klatki piersiowej w granicach normy, morfologia krwi! Er 33.9 L - 3700. Posiewy z moczu, krwi i płynu m.rdz - jałowe. W płwocinie candida albicans.

Na prośbę rodziny został przekazany do Ośrodka dla Przewlekłych Chorych.

W okresie 27.11.89-1.12.89 - pobyt kontrolny w Oddziale X.

III hospitalizacja w Oddziale X /ostatnia/. Przyjęty z Domu Opieki w Piastowie, gdzie przebywał 3 dni.

Badanie przedmiotowe: wyniszczony, leży w pozycji bliskiej opistotonusowi, odleżyny w okol.pr. stawu biodrowego. Węzły chłonne powiększone, grzybica jamy ustnej i języka. Oddech płytki, przyspieszony, nad polami płucnymi liczne świsty i firczenia. Tętno serca b.ciche, głucho, tętno 140/min, RR 140/6. Wątroba wystaje na 2 palce zpod łuku żebrowego. Sztywność karku na dłoń lub półtora. Nie spełnia większości poleceń, język zbacza w lewo. Poza tym stan neurol. nie do oceny ze względu na wyraźny negatywizm chorego.

Badanie okulistyczne: dno oka pr. tarcza prawidłowe, skroniowo blada, żyły dosyć szerokie, siatkówka bez zmian ogn. dno oka l. - delikatne zatarcie granic tarczy, bez uniesienia, tętnice wąskie, żyły średniej szerokości.

Konsultacja neurologiczna: tetrapareza + zespół oponowy.

CT - układ komorowy bardzo znacznie poszerzony, symetryczny, bez przemieszczeń. W istocie białej obu półkul strefy o obniżonym współosłabienie jak w procesie demielinizacyjnym. Nie stwierdzono patologicznego gromadzenia podanego dożylnie środka cieniującego.

USG jamy brzusznej: wątroba o nieco zwiększonej echogeniczności, śledziona nieco powiększona, guzek prawego nadnercza o średnicy 32 mm.

Morfologia: er - 2.5-3-3.12, WBC - 3.3-7.1, Ly 8-16%, 26%, gr - 67-87%. T_4 7%, T_8 23,1% T_4/T_8 - 0,3

W trakcie pobytu!stan ogólny ciężki z okresami znacznego wzrostu temperatury, okresowo z niewielką poprawą w stanie neurologicznym /mniejsza sztywność karku, poprawa w zakresie niedowładu kkg/ i ogólnym. W końcu września wysoko zagorączkował, pogorszył się stan ogólny i nasiliły objawy neurologiczne. Wystąpiła biegunka. Chory zmarł wśród narastających objawów niewydolności krążenia i oddechu.

Leczenie: wibramycyna, ~~amoxic~~, biseptol, retrovir, clindamycyna, digoxin, decadron, mannitol, biocefal, dextran, glukoza, przetaczanie krwi, witaminy, izoptin, pernazyna, claforan

Wrocław, dnia 17.08.1989

Klinika Chorób Zakaźnych
Akademia Medyczna we Wrocławiu
Kierownik: Doc. dr hab. Andrzej Gładysz

L.ks.gł. 332/89

Karta informacyjna

Nazwisko i imię 1.40

zamieszkały . Wrocław ul. Kasprzaka 10/2

przebywał na leczeniu w Klinice Chorób Zakaźnych AM we Wrocławiu

od dnia . 14.08. do dnia . 17.08.1989

Rozpoznanie: Infectio HIV. / AIDS ⁴ IV E wg. CDC/
Status febrilis. Pneumonia sinistra. Enterocolitis.
Candidiasis cavi ore et regionis ani. Sarcoma Kaposi pedis sin.
Status post intoxicationem medicamentosam suicidalis/Sinequan/
Wyniki badań dodatkowych: Depresio endogenes.

Rtg klatki piersiowej: w trakcie opisu.

Morfologia krwi: Hb: 12,4mM/l , Ht: 0,39 , Erytrocyty: 4,01 , Leukocyty: 4,2

Mocznik w sur.: 4,9mM/l , Kreatynina w sur.: 115,1 umol/l

Pozostałych badań laboratoryjnych nie udało się wykonać.

Epikryza:

40-letni mężczyzna, biseksualista ze stwierdzanymi /wg. informacji pacjenta/ od 1987 przeciwciałami anty-HIV/przypadkowe badanie w trakcie rozpoznanego pólpaśca/ a od października 1988 antagenemią HIV oraz zaburzeniami immunologicznymi wyrażającymi się obniżeniem ilości limfocytów T₄ oraz zaburzoną stosunkiem T₄/T₀=0,2 został przekazany do tutaj. Kliniki z Oddziału Ostrego i Zatrucia po próbie samobójczego zatrucia lekami/Sinequan/. Przy przyjęciu w badaniu fizykalnym zwracała uwagę wysoka gorączka/39°C/ utrzymująca się od dwóch miesięcy, kandydiąza jamy ustnej i okolicy odbytu , biegunka , cechy osłuchowe lewostronnego zapalenia płuc , oraz zmiany na skórze stopy lewej mogące odpowiadać S. Kaposi. Ze względu na stwierdzone zmiany pacjenta zaklasyfikowano do grupy IV-E wg. CDC. W trakcie pobytu w Klinice nie udało się wykonać większości podstawowych badań z wyjątkiem powyższych. W trakcie pobytu pacjenta w Klinice wystąpił wyraźny zespół depresyjny prawdopodobnie na tle schorzenia podstawowego. Pacjent leczony był: Sefril: 2x2g. iv. , Nystatyna: 3x1 , Immodium 3x1 , Aspargin 3x1 , Multiwitamina 3x1 , wlewy dożylnie z płynów hipertonicznych , Ung. Clotrimazoli.

Zgodnie z porozumieniem p. doc. A. Gładysza z p. doc.dr hab. L. Babiuch
pacjenta przekazujemy do Instytutu Chorób Zakaźnych AM w Warszawie
celem dalszego leczenia.

Adiunkt Kliniki
Dr n. med. K. Simon

ADIUNKT
Kliniki Chorób Zakaźnych
[Signature]
dr n. med. Krzysztof Simon

Asystent Kliniki

Lek.med. P. Piszko
PAWEŁ PIŠKO
LEKARZ
WROCLAW, ul. Wlczk 5/13
4372

Wrocław, dnia 6.03.91r.
L.ks.gł. 302/91

Karta informacyjna leczenia szpitalnego

Chory- , lat 40, zam. Wrocław ul. Kasprzaka 10/2
przebywał w tutejszym szpitalu od dnia 20.02.91r. do dnia 6.03.91r.
z rozpoznaniem:

AIDS - pełnoobjawowy
Candidiasis cave ocalis
Meningoencephalitis susp.

leczenie: Fungizone, Ancotil, Biseptol, Vibovit, Retrovir, Multivitamina,
Rheomacrodex 10%.

Wyniki badań dodatkowych:

OE 92/140

WR wynik ujemny /-/.

Grupa krwi: "B" Rh dodatni /+/.

Morfologia krwi: Hb 9,4g%, Ht 28%, Er-3000000, L-4100.

Morfologia krwi: Hb 9,2g%, Ht 29%, Er -3100000, L-2600, seg. 79%, kwasochł. 1%
limfo 20%.

Morfologia kontrolna: Hb 10,4g%, Ht 32%, Er 3400000, L-2000, seg. 70%,
limfo 30%.

Mocz: barwa c. róż., odcz. kw. c. wk. 1021, bilirubina nb, urobilinogen l. wzm,
leuko poj, nabł. nieliczne, bakterie d. liczne, poj. mocz.

Badanie kontrolne moczu: barwa róż., odcz. kw. c. wk. 1025, bilirubina nb,
urobilinogen w/n, leuko 2-4, nabł. d. liczne, bakterie liczne, poj. szczaw.

Badanie chemiczne krwi:

Bilirubina	0,51	mg%			
Tymol	3,0	JSH			
GPT	17	U/I			
GOT	18	U/I			
F.alk.	48	U/I			
Diastaza w sur.	404	JC			
Diastaza w moczu.	1020	JC			
Mocznik	28	mg%			
Cukier we krwi.	78	mg%			
Wsk. protrom.	98	%			
Sód	139	139	141	139	mEq/l
Potas	4,9	5,1	4,8	4,47	mEq/l

Proteinoqram:

Białko cał.	8,4	g%	G. alfa 2	8,2	%
Albuminy	83,7	%	G. beta	10,5	%
G. alfa 1	4,5	%	G. gamma	23,1	%

Posiew mocz:

Z posiewów moczu po 24 godz. wyhodowano ponad 1000 komórek/ml.

Krew na b.grzybicze:

Z posiewów krwi grzybów nie wyhodowano.

Mocz na b.grzybicze:

Z posiewów moczu grzybów nie wyhodowano.

Krew na cytomegalie:

Poziom przeciwciał IgM przeciw wirusom CMV ujemny /-/.

Krew na toxoplazmozę:

Odczyn BIA IgM w kierunku toxoplazmozy ujemny / 0,400 j.m./.

Odczyn BIA IgG w kierunku toxoplazmozy wynik seropozytywny. 21 j.m.

Wykaz z gardła:

Z posiewów wymazu z ~~gardła~~ gardła po 24 godz. wyhodowano Streptococcus B-haemolyticus z grupy drożdżaki. Streptococcus viridans. Branhamella catarrhalis.

Penicyllina, Brytromycyna, Cefamendol - wrażliwy.

Edi. kl. piersiowej:

Prawidłowo ustawiona przepcna. Jamy opłucnowe wolne od płynu.

U podstawy płata górnego pojedyncze zagęszczenia pasmowe o cechach zmian okołoskrzelowych. Płuco lewe bez zmian. Cień środkowy prawidłowy.

Konsultacja okulistyczna: / Lek.med. D.Jendres /.

Gałki oczne ustawione prosto, blade, prawa nieznacznie niedociąga do skroni poza tym ruchowe prawidłowe w innych kierunkach.

Przedni odcinek gałek ocznych bez zmian chorobowych. Źrenice równe, okrągłe słabo reagują na światło.

Imo: Obustronnie tarcza n. II o granicach prawidłowych, prawa nieco bladejsza od skroni. Naczynia tylne szerokie o przebiegu kręty, tętnicze węższe. Pojedynczy objaw skrzyżowania Gunna. Planki żółte bez refleksu.

Konsultacja neurologiczna: / Lek.med.H.Malik/

Chory przytomny w kontakcie słownym ale niechętny badania z okresami agresji. Mowa spowolniona, bełkotliwa. Źrenice okrągłe równe dość ściśle reagują na światło. Nieznacznie niedociąga do zewnętrznego kąta oka prawego poza tym na czaszkowe zdają się być bez zmian.

Siła mięśniowa znacznie osłabiona we wszystkich kończynach zarówno lewych i prawych, napięcie mięśniowe nieco podwyższone z b. znacznymi wygórowanymi odruchami zarówno w kończynach górnych jak i dolnych.

Brak odruchów brzusznych obustronnie objawy dysmetrii w kończynach lewych i prawych bardziej nasilone w kończynach dolnych.

Obustronnie dodatnie objawy piramidowe z grupy Babinskiego i Rossolimo.

Pełny zespół objawów oponowych. Próba Romberga na /+/.

Całość obrazu przemawia za zajęciem C.U.N: czyto w przebiegu zakażenia grzybiczego ? bakteryjnego ?

Wskazane wykonanie diagnostycznej punkcji lędźwiowej oraz TK głowy.

ANAMNEZ:

40-letni pacjent z rozpoznanym pełnoobjawowym zespołem nabytego niedoboru odporności został skierowany do leczenia szpitalnego z powodu wystąpienia obj. nasilonej grzybicy jamy ustnej. Przy przyjęciu stan pacjenta średni, gorączkujący. W bad. fizykalnym stwierdzono liczne naloty grzybicze w całej j. ustnej, liczne nieznacznie powiększone węzły chłonne obwodowe oraz skórę suchą bladociną w całości stopniasto tuczającą się, wychudzenie.

Zastosowano wymienione leczenie uzyskując co nieco się zmian grzybiczych.

... w czasie obserwacji szpitalnojsnowu... nasilające się zaburzenia mowy
... drżenia mięśni ust, dodatnie obj. oponowe, dodatnie obj. piramidowe.
... wobec podejrzeń zajęcia przez proces zapalny OUN podjęto próby
... wykonania badań diagnostycznych. Pacjent jednak kategorycznie odmówił
... wykonania MRI

... wskazu z niemożliwością przeprowadzenia diagnostyki i rozstrzygnięcia
... czego wynikiem są niebezpieczne odchylenia od normy / choroba podstawowa ?
... wdrożony proces zapalny/.

... pacjenta wypisujemy do domu do dalszego leczenia ambulatoryjnego.



KATARZYNA NIECIEP-ER
Lekarz rodzinny
Wrocław, ul. Czarnieckiego 41/5
3925