

Nr 83/98

Nazwisko

Wiek 40l.

Dzień śmierci

26.02.1998r.

Sekcjonowany

w ..... godzin

po śmierci

7.05.1998r.

Ogłoszone, lub demon-  
strowane przez

Utrwalony materiał:

Alkohol Formol

- 1.Czoło l.
- 2.Zwoje podstawy l.
- 3.Skroń z amonem l.
- 4.Centralna l.
- 5.Ciemie l.
- 6.Potylica l.
- 7.Wzgórze l.
- 8.Most górny
- 9.Most dolny
- 10.Opuszka
- 11.Rdzeń podopuszkowy
- 12.Mózdzek l.

Użyte metody barwienia

HE, Klüver

Mikrofotografie, rysunki

Rozpoznanie kliniczne

Zapalenie płuc. Posocznica. Rozsiane wykrze-  
pianie wewnątrznaczyniowe. Uzależnienie mie-  
szane. Od 7 lat zakażony HIV.

Rozpoznanie anatomiczne

Bez zmian ogniskowych.

Rozpoznanie histologiczne

Syndroma coagulationis intravascularis.  
Encephalitis micronodularis.

  
Prof. dr hab. M.J. Mossakowski

INSTITUT PATOLOGICZNY  
RODZAJOWEJ SZPITALI NIEJFAN  
ZAKŁAD NEUROLOGII  
02-106 Warszawa ul. Powińskiego 5  
TEL. 61 50 39, 608 85 95

Zespół p. 2 zam 2473 n. 6000

Rozpoznanie kliniczne: Zapalenie płuc. Posocznica. Rozsiane wykrzepianie wewnątrznaczyniowe. Uzależnienie mieszane. Od 7 lat zakażony HIV.


**Badanie neuropatologiczne:** Cechą charakterystyczną przypadku są rozlane nieswoiste zwyrodnienia neuronalne występujące we wszystkich strukturach mózgu. Są one najsilniej wyrażone w korze mózgu i w mózdzku. W korze mózgu są one wyraźniej zaakcentowane, mają charakter zmian ischemicznych, a w warstwie III współistnieją z ubytkami neuronalnymi. Znaczne nasilenie zmian w okolicy skroniowej, przede wszystkim w komórce amonalnej, gdzie w odcinku CA1 i CA4 - obok zwyrodnienia występują masywne ubytki komórkowe. Zmianom tym nie towarzyszy odczyn glejowy. W jądrach podstawy w części rdzennej mózdzku obecne są ogniska znacznego rozrzedzenia tkanki, prowadzące do jej dezintegracji bez reakcji rozbiórkowej i wytwórczej. Obecność pojedynczych makrofagów - pozwala uznać je za zmiany przyżyciowe.

Znaczna część naczyń wypełniona jest zbitymi masami wyługowanych erytrocytów, z nagromadzonymi przyściennie komórkami białymi (limfocyty, monocyty). Czasem te ostatnie wypełniają całe światło, zwłaszcza naczyń drobnych, których ściany mają cechy przerostu komórkowego. W większych naczyniach obok mas komórkowych widoczne są nieregularne skupienia skrzepłego płynu bogatokomórkowego.

W całym przypadku stwierdza się kilka grudek mikroglejowo-histiocytarnych z wyraźnym komponentem hematogennym. Grudki te różnią się rozmiarami, komórkowością i stanem podłoża. W niektórych zatopione są w nich komórki nerwowe. Spotkano je w jądrach podstawy, wzgórzu i w części podstawnej mostu.

Nie zawierały żadnych morfologicznych zmian o wartości etiologicznie diagnostycznej. W komórce ruchowej rdzenia podopuszkowego - cechy neuronofagii. Ps. Sądzę że grudki są wykładnikiem uogólnionej posocznicy.

**Rozpoznanie neuropatologiczne:** Syndroma coagulationis intravascularis. Encephalitis micronodularis.

  
Prof. dr hab. M.J. Mossakowski

**Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr 83/90**

**Materiał nadesłano z:** Wolski Szpital Chorób Zakaźnych, Warszawa

Imię i nazwisko..... Data zgonu .....26.02.1998r.....

Wiek 40 lat Data sekcji ogólnej .....2.03.1998r.....

Data sekcji mózgu.....7.05.1998r.....

Rozpoznanie kliniczne Zapalenie płuc. Posocznica. Rozsiane wykrzepianie  
wewnątrznaczyniowe, Uzależnienie mieszane.

waga mózgu utrwalonego 1450 g

Symetria zachowana

Zniekształcenia śródmózgowie i cały pień mózgu oderwany, wyrwana część prawej półkuli mózdzku  
rowki zaciśnięte Zaniki zwł. w okolicy central.  
zakręty spłaszczone

Opony naczynia żyłne bardzo nastrzyknięte

Przestrzenie podoponowe wolne

Naczynia podstawy bez zmian miażdżycowych

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej

Zmian ogniskowych nie stwierdzono

Pień o prawidłowym rysunku

Mózdzek poza uszkodzeniem artefaktycznym bez zmian

Rdzeń nie sekcjonowano

Rozpoznanie makroskopowe

Obducent

Doc. I.B.Zelman

[redacted], lat 40, narkoman

Przyjęty 24.02.1998r  
zmarł 26.02.1998r

Rozpoznanie kliniczne: Zapalenie płuc. Posocznica.  
Rozsiane wykrzepianie wewnątrznaczyniowe.  
Uzależnienie mieszane

Wywiad: przysłany do Izby przyjęć ze szpitala /SKAM/ z powodu wyniszczenia, AIDS, podejrzenia zapalenia płuc. Pacjent narkoman od 7 lat zakażony HIV, od 2,5 roku przebywa na Dworcu Centralnym. Od 3 dni osłabienie, bóle mięśni uniemożliwiające chodzenie. "Na głodzie" otrzymywał 20 mg metadonu.

Przyjęty w stanie ogólnym średnio ciężkim, przytomny, z zachowanym kontaktem logicznym, niechętny badaniu, cały obolały - szczególnie wyraźna bolesność mięśni przy każdym dotknięciu i ucisku.

Skóra sucha, na kończynach dolnych dość liczne czerwone wybroczyny, ciastowate obrzęki do połowy podudzi. Węzły chłonne obwodowe powiększone. Śluzówki jamy ustnej czyste. Klatka piersiowa symetryczna, osłuchowo b.ciche trzeszczenia od połowy łopatkki po stronie prawej. Poza tym szmer pęcherzykowy prawidłowy. Akcja serca miarowa, 68/mi tony głośne, dźwięczne, czyste. RR 70/40. Brzuch trudny do badania z względu na obronę mięśniową. Perystaltyka słyszalna, prawidłowa. W h.choroby brak obserwacji i informacji o przyczynie zgonu.

Wynik sekcji ogólnej /2.03.1998, dr med. Z.Kamiński/:

Pneumonia lobularis p.abscedens bilateralis. Hydrothorax bilateralis. Endocarditis chronica verrucosa exacerbata vv.semilunarium arteriae pulmonalis. Hypertrophica ventriculi dextri cordis. Atrophica fusca myocardii. Infarctus multiplices p.emmolitans renum. Tumor lienis acutus /splenomegalia/. Inanitia. Putrefactio.