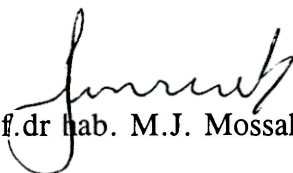


Rozpoznanie kliniczne: AIDS. Obustronne zapalenie płuc prawdopodobnie wywołane prątkiem MAC. Kandydoza jamy ustnej i przełyku. Podejrzenie pneumocystozy.

Badanie neuropatologiczne: Obraz histopatologiczny ośrodkowego układu nerwowego ubogi i monotony. Dominującą cechą obrazu jest znaczne przekrwienie wszystkich struktur ośrodkowego układu nerwowego, obejmujące różnego kalibru naczynia. Istota biała półkul mózgu wykazuje rozlane rozjaśnienia mieliny związane ze znacznym porzysuwaniem pasm włókien nerwowych, stanowiącym wykładnik obrzęku mózgu. W korze mózgowej widoczne rozsiane zwyrodnienia komórek nerwowych, głównie w postaci ich obkurczenia. Zmiany te w korze czołowej tworzą rozproszone wyspy zmienionych komórek. W okolicy czołowej, potylicznej i centralnej w móście i śródmózgowiu występują dobrze ograniczone ogniska zblednięcia podłoża tkankowego, wyróżniające się rozrzedzeniem utkania, jego słabym wybarwieniem i zmniejszoną populacją komórkową. Są one zlokalizowane zarówno w korze (czoło, potylicza) jak i w istocie białej (okolica centralna). W korze potylicznej widoczna (jedyna w całym przypadku) drobna grudka astrocytarno-mikroglejowa, bez widocznych strukturalnych wykładników etiologicznych.

Rozpoznanie neuropatologiczne: Oedema et hyperaemia cerebri.

Brak zmian charakterystycznych dla infekcji HIV i zakażeń oportunistycznych.


Prof. dr hab. M.J. Mossakowski

Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr 123/98

Materiał nadesłano z: Wolski Szpital Chorb Zakaźnych w Warszawie

Imię i nazwisko Data zgonu 5.06.1998r
Wiek35...lat Data sekcji ogólnej5.06.1998r
Data sekcji mózgu4.09.1998r

Rozpoznanie kliniczne AIDS. Obustronne zapalenie płuc prawdopodobnie wywołane prątkiem MAC. Kandydoza jamy ustnej i przełyku. Podejrzenie pneumocystozy.

Symetria zachowana waga mózgu utrwalonego 1400 g
Zniekształcenia nie stwierdzono rowki nieznaczne zaniki zakręty
Opony nastrzyknięte, przekrwione /zastój żylny/
Przestrzenie podoponowe wolne
Naczynia podstawy niezmienione.

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej
Zmian ogniskowych nie stwierdzono

Pień o prawidłowym rysunku anatomicznym

Mózdzek bez zmian

Rdzeń nie sekcjonowano

Rozpoznanie makroskopowe

Obducent

doc. I.B. Zelman

, lat 35, bezrobotny

Przyjęty 15.05.1998r
zmarł 05.06.1998r

Rozpoznanie kliniczne: AIDS. Obustronne zapalenie płuc prawdopodobnie wywołane prątkiem MAC. Kandydoza jamy ustnej i przełyku. Podejrzenie pneumocystozy

Epikryza

Pacjent został przeniesiony z Oddziału Chorób Płuc szpitala w Ostrowcu, gdzie przebywał od 28.04.98, z rozpoznaniem: AIDS. Pneumonia atypica bilateralis. Insuff. respiratoria subacuta. Candidiasis oris. Inanities. Status febrilis. Do obecnej hospitalizacji nie wiedział, że jest zakażony HIV. Do ub. miesiąca nie gorączkował. Nie wie od kiedy jest zakażony, stosunki heteroseksualne. Do Oddziału X przyjęty skrajnie wyniszczony, z bardzo, silną dusznością. Badanie radiologiczne płuc sugerowało zapalenie śródmiąższowe - pcp. Otrzymywał leczenie w tym kierunku, kontynuowano również leczenie przeciwprątkowe rozpoczęte w szpitalu w Ostrowcu, otrzymywał także silny antybiotyk (Claforan) na bakterie nieswoiste, a dodatkowo leki wspomagające pracę serca. Kontrolne badanie RTg z 30 maja nie wykazało poprawy. W drugim tygodniu leczenia stan kliniczny chorego nieco się poprawił, zmniejszyła się duszność, dużo jadł, na krótko siadał na łóżku. Od 3.06. wystąpiło wyraźne nasilenie niewydolności oddechowej i objawów osłuchowych zapalenia, podjęto leczenie w kierunku mykobakteriozy wywołanej prątkiem MAC. Zgon nastąpił w nocy 04/05.06.98r.

Wynik sekcji ogólnej (05.06.1998r - dr med. Z.Kamiński):

PCP bilateralis. Atrophia fusca myocardii et hepatis.
Hyperaemia venosa organorum. Gastritis haemorrhagica diffusa.
Cachexia.