

Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr 17/2000

Materiał nadesłano z: Wolski Szpital Chorób Zakaźnych w Warszawie

Imię i nazwisko Data zgonu 13.04.2000r.....
Wiek 40 lat Data sekcji ogólnej 14.04.2000r
Data sekcji mózgu 5.07.2000r.

Rozpoznanie kliniczne Gruźlicze zapalenie ośrodkowego układu nerwowego.
Wodogłowie wewnętrzne. Śródmiąższowe zapalenie płuc.
Zespół nabytego braku odporności /AIDS/. Czterokoń-
czynowy niedowład wiotki. Ostra odma lewostronna.
Podejrzenie zatorowości płucnej. Kacheksja.

waga mózgu utrwalonego 1600g

Symetria zachowana

Zniekształcenia nie stwierdzono

rowki
cechy obrzęku
zakręty

Opony ciwnościenne, również na podstawie. Naczynia żyłne nastrzyk-
nięte.

Przestrzenie podoponowe wolne

Naczynia podstawy wydają się niezmiennione

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej

Układ komorowy wydaje się nieznacznie poszerzony.

W istocie białej prawej półkuli podłużne ukrwotocznione ognisko
sięgające od tylnych zwojów podstawy do rogu tylnego komory bocz-
nej prawej

Pień o zachowanym rysunku anatomicznym

Mózdzek bez widocznych zmian

Rdzeń nie sekcjonowano

Rozpoznanie makroskopowe

Obducent

Doc. I.B.Zelman

Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr 17/2000

Materiał nadesłano z: Wolski Szpital Chorób Zakaźnych w Warszawie

Imię i nazwisko Data zgonu 13.04.2000r
Wiek 40 lat Data sekcji ogólnej 14.04.2000r
Data sekcji mózgu 6.07.2000r

Rozpoznanie kliniczne Gruźlicze zapalenie ośrodkowego układu nerwowego.
Wodogłowie wewnętrzne. Śródmiąższowe zapalenie
płuc. Zespół nabytego braku odporności /AIDS/.
Czterokończynowy niedowład wiotki..Ostra odma
..... Podejrzenie zatorowości płucnej.
Kacheksja.

waga mózgu utrwalonego 1600g

Symetria zachowana

Zniekształcenia nie stwierdzono

rowki

zakręty

Opony raczej przeziernie

Przestrzenie podoponowe wolne

Naczynia podstawy cienkościenne, spadnięte

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej

Układ komorowy wyraźnie poszerzony, wypełniony dużą ilością
płynu.

W prawej półkuli mózgu na poziomie tylnych zwojów podstawy
na ich pograniczu, w dalszych odcinkach w istocie białej płata
skr niowego i potylicznego ognisko brunatne /martwica ukrwotocz-
niona/ wielkości: ok 0,5-0,6 cm średnicy, podłużne, kończy się on
Pień przy prawym rogu potylicznym.

Innych zmian ogniskowych nie stwierdzono

Mózdzek i pień bez uchwytnych zmian.

Rdzeń nie sekcjonowano

Rozpoznanie makroskopowe

Obducent

Doc. I.B. Zelman

Waga 1600g,

17/2000

Waga na opomy!

Standard z lewej półki.

skrawki z prawej półki.



1. tylna część ogniska

2. pogranicze ogniska. ok. skrawki

środkowej

części.

opaska LX

rodzaj ~~przebiegu~~ szczytowy ogólny

nie pełny przebieg

miękkich. I.

sekcja 6.07.2000.

W prawie podkreśli można
w istocie leżącej na tych kołach
dotyczy zw. podst. podstawne
opisano układ lokalizację
się głównie dotyczy do wopu
tylnejs k. b. prawy.

lat 40, narkoman

Przyjęty 17.03.2000r
zmarł 13.04.2000r

Rozpoznanie kliniczne: Gruźlicze zapalenie ośrodkowego układu nerwowego. Wodogłowie wewnętrzne. Śródmiąższowe zapalenie płuc. Zespół-nabytego braku odporności /AIDS/. Czterokończynowy niedowład wiotki. Ostra odma lewostronna. Podejrzenie zatorowości płucnej. Kacheksja.

Skrót historii choroby

Pacjent od 2.03.2000 do 17.03 przebywał w oddziale neurologicznym Szpitala w Działdowie, gdzie został przyjęty z powodu zaburzeń pamięci, drażliwości, zaburzeń snu nasilających się od ok. 3 miesięcy. Wcześniej /od 29.02 do 2.03.2000r/ przebywał w oddziale psychiatrii i neurologii Szpitala Woj. w Olsztynie z rozpoznaniem: Ołpienie naczyniowe. Udar mózgu.

Przy przyjęciu do szpitala w Działdowie pacjent przytomny, okresowo pobudzony, zdezorientowany z lekką niezbornością kończyny górnej prawej. W badaniu NMR stwierdzono cechy wodogłowia i drobną malformację naczyniową. Po konsultacji neurochirurgicznej został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego - założenia zastawki. Termin zabiegu odłożono ze względu na pogorszenie stanu ogólnego i postępujące wyniszczenie oraz świeżo wykrytą cukrzycę. Wykonano badanie w kierunku HIV, które wypadło dodatnio, w związku z czym przekazano pacjenta do dalszego leczenia do Szpitala Chorób Zakaźnych w Warszawie. z rozpoznaniem: Hydrocephalus internus. Laesio vascularis cerebri. Biabetes mellitus. Diarrhoea chronic. AIDS.

Narkotyki przyjmował od 22 roku życia - ciągi opiatowe. Potym 11-letnia przerwa /wtym okresie dwukrotnie 2-3 miesięczne ciągi opiatowe. Od lipca 1999 zaczął brać amfetaminę. W listopadzie 1999 zatrucie amfetaminą.

Przy przyjęciu do szpitala w Warszawie nieorientowany, ułożenie ciała przymusowe /niedowład połowiczny lewostronny/. Poza powiększeniem wątroby o ok.4-5 cm i dodatnim objawem Goldflama po str. prawej w zakresie narządów wewn. nie stwierdzono istotnych zmian. Czynność serca 100/min. RR 130/80 mm Hg. Sztywność karku na 3 palce.

W okresie pobytu stany gorączkowe i utrzymujące się biegunki i sztywność karku.

W dniu 26.03.2000r wystąpiła nagle niewydolność oddechowa, pacjenta zaintubowano i podłączono tlen, podano dopaminę w pompie - 3mg /godz. Włączono leki p-obrzękowe i tuberkulinostatyczne. Po tygodniu po 2-niowej extubacji w godzinach popołudniowych wystąpiło w dniu 13.04. nagle zatrzymanie oddechu + sinica + cechy odmy lewostronnej, potym zatrzymanie czynności serca. Chorego nie reanimowano.

CD4 w dn.12.04 - 2x 40 /10,5%/.

NTD w płynie mózg.-rdzeniowym /oznacz. rRNA M.tuberculosis complex/ - dodatni.

Wynik sekcji ogólnej /14.04.2000r, dr med. Z.Kamiński/:

Embolia art.pulmonalis. Thrombosis ramorum aa.pulmonalis. Pneumonia lobaris sinistra et media et inferior dextra. Pneumonia lobularis partim abscedens superior dextra. Infectio cytomegalica pulmonum et gl.suprarenalium gr.maioris. Obliteratio cavi plaurae sinistrae. Atrophia.fusca myocardii. Pericarditis chronica diffusa Hydropericardium. Ascites. Ulcus chronicum oesophagi. Traheitis acuta partim ilcerosa.Necrosis Balseri pancreatis. Inanitio.