

Nr 74/95

Nazwisko

Wiek 33 lata

Dzień śmierci  
11.11.1995r

Sekcjonowany

u ..... godzin

po śmierci Sekcja  
mózgu 19.12.1995

Ogłoszone, lub demon-  
strowane przez

Utrwalony materiał:

Alkohol	Formol
1.okol.czoł.l.	
2.zwoje podsta- wy l.	
3.wzgórze l.	
4.okol.skronio- wa z amonem l.	
5.okol.central- na l.	
6.okol.ciemie- niowa l.	
7.okol.potyl.l.	
8.śródmózgowie z i.czarną	
9.most	
10.opuszka	
11.móżdżek l.	

Użyte metody barwienia

Hematoksylina-eozyna,  
Heidenhain

Mikrofotografie, rysunki

Rozpoznanie kliniczne

Pneumonia bilateralis - pneumocystic carinii  
suspecta. Cachexia. Leucaemia. Uzależnienie  
mieszane

Rozpoznanie anatomiczne

Rozpoznanie histologiczne

Syndroma coagulationis intravascularis.

Brak zmian związanych z infekcją HIV i pro-  
cesów oportunistycznych.

*Prof. J. Litwin*  
Prof. M.J.Mossakowski

Rozpoznanie kliniczne: Pneumonia bilateralis. Cachexia Leucaemia.  
Uzależnienie mieszane.

**Badanie neuropatologiczne:** W obrazie neuropatologicznym uderza przekrwienie większości struktur ośrodkowego układu nerwowego. Znaczna część naczyń miąższowych, zarówno drobnych jak i średniego kalibru, na niekiedy większych wypełniona jest albo szklistymi masami zciętego białka, włóknistym i siateczkowym materiałem, wśród którego widoczne są gwiazdkowate twory fibrynogenowe. W znacznej części zwłaszcza większych naczyń widoczne są mgiełkowate twory słabo eozynochłonne, które mogą odpowiadać masom wyługowanych erytrocytów. Dominują one w większych naczyniach oponowych. Zjawiskiem charakterystycznym jest obecność żywo kwasochłonnych kul lub pałeczek fibrynogenowych bądź wypełniających samodzielnie światło naczynia i gromadzenie się w ich otoczeniu, bądź też towarzyszących szklistym masom zciętego białka wypełniającego światło naczyniowe. Niekiedy w masach tych "uwięzione" są ugrupowania niezmiennych erytrocytów. W naczyniach wypełnionych siateczkowym materiałem uwięzione są nieliczne białokrwinkowe elementy morfotyczne. Tkanka nerwowa w bezpośrednim otoczeniu naczyń wypełnionych skrzepłymi masami krwi, wykazuje niekiedy rozrzedzenie. Większe nasilenie zmian naczyniowych występuje w formacjach białych mózgu. W korze częsta jest sieć kapilarna wypełniona niezmiennymi erytrocytami. W istocie białej umiarkowane cechy obrzęku. Opony miękkie półkul mózgu, zwłaszcza na sklepiści bardzo znacznie pogrubiłe i zwłókniałe.

**Rozpoznanie neuropatologiczne:** Syndroma coagulations intravascularis.

Brak zmian związanych z infekcją HIV i procesów oportunistycznych.

*M. J. Mossakowski*

Prof.dr hab. M.J. Mossakowski

**Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr 74/95**

Materiał nadesłano z: Centrum Diagnostyki i Terapii AIDS w Warszawie

Imię i nazwisko ..... Data zgonu 11.11.1995 r.  
Wiek 33 lata Data sekcji ogólnej .....  
Data sekcji mózgu 19.12.1995r.  
Rozpoznanie kliniczne Pneumonia bilateralis - pneumocystis carinii susp.  
Cachexia. Leucaemia. Uzależnienie mieszane.

waga mózgu utrwalonego 1410g

Symetria zachowana

Zniekształcenia nie stwierdzono

rowki bez zaników  
zakręty

Opony zmleczałe

Przestrzenie podoponowe wolne

Naczynia podstawy z nielicznymi blaszkami  
miażdżycowymi

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej

niedotrwalony - istota biała różowo zabarwiona., poza tym  
bez zmian

Pień artefaktycznie uszkodzona opuszka

Mózdzek b.z.

Rdzeń nie sekcjonowano

Rozpoznanie makroskopowe

Obducent

Prof. M.J. Mossakowski

## Skrót historii choroby

lat 33, kawaler, narkoman

Przyjęty 10.11.1995  
zmarł 11.11.1995

Rozpoznanie kliniczne: Pneumonia bilateralis - pneumocystis carinii  
susp. Cachexia. Leucaemia. Uzależnienie mies-  
szane.

Póprzednic przebywał w Oddziale w okresie 2.01.-20.01.1995r.,  
przyjęty z powodu mnogich ropni skóry i utrzymującej się od 3 tygod-  
ni temperatury do 38°C. Narkotyki przyjmuje od 13 lat /kompot, amfe-  
tamina, reladorm, sporadycznie relanium/. Z wywiadu wiadomo, że jest  
nosicielem wirusa HIV /CD4 316. CD8 774, CD4/CD8 0,41/ i że przebył  
zapalenie wątroby typu B. Karta informacyjna z I-go pobytu w załą-  
czeniu.

Z wywiadu od rodziny wiadomo, że w ostatnim okresie miał stany pod-  
gorączkowe i czuł się coraz słabszy. Od 2 dni nie przyjmuje żadnych  
posiłków, ani płynów.

Do Oddziału przyjęty w stanie ogólnym ciężkim, bez kontaktu słowne-  
go, z zachowaniem noszącym cechy zaburzeń przytomności, jęczy,  
broni się przed badaniem przejawiając przy tym znaczną siłę fizycz-  
ną. Sluzówki jamy ustnej znacznie wysuszone. Nad płucami niezbyt  
liczne furczenia i świsty, po stronie prawej nad górnym płatem po-  
jedyncze rzęczenia. Oddechy 32/min. Tętno 120/min. RR 110/70.  
Wątroba znacznie powiększona, brzuch tkliwy, ale bez cech obrony  
mięśniowej. Objawy oponowe trudne do oceny, raczej negatywne.  
W godzinach rannych 11.11.95 lekarz dyżurny stwierdził zgon.

Wojewódzki Szpital

Warszawa, dn.: 20.01.95.

ul. Wolska 37

01-201 Warszawa

Oddział III A

tel.: 32-34-11 w.248

## KARTA INFORMACYJNA

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Data urodzenia: 1.01.1962r.

Pobyt w szpitalu: 2.01.1995 - 20.01.95

Rozpoznanie: Infekcja HIV WB(+) z 2.09.1991

Kamica nerkowa lewostronna.

Mnogie ropnie skóry.

Uzależnienie mieszane

**Wyniki badań dodatkowych:** Rtg: Płuca bez zagęszczeń miąższowych.

Serce w normie. Krążenie w normie. W szczycie prawym drobne zmiany bliznowate.

USG: Wątroba powiększona, o nieco nierównomiernej echogeniczności z prawidłowej średnicy strukturami naczyniowymi. Pęcherzyk żółciowy obkurczony. Trzustka o nierównomiernej echogeniczności z drobnymi zwłóknieniami, przewód Wirsunga nieposzerzony, bez cech zmian. Głowa trzustki 32mm granicznej wielkości. Nerki bez zastoju moczu, w dolnej części układu kielichowego lewego złóg o średnicy 8mm. Sledziona 13cm nieco powiększona. Powiększone węzły chłonne zaotrzewnowe do 15mm średnicy.

Zastosowano leczenie: Amoxycylinum, Syntarpen, Methadon.

Dalsze leczenie i zalecenia lekarza:

1). kontrola w poradni przy ul. Leszno 17.

Gr. krwi: O Rh (+) data:	2.01.95	3.01.95	5.01.95	9.01.95	18.01.95	
CD4/CD8 liczba bezwzgl.		316/774				
MORF. - E M/ $\mu$ L Hb g% Ht % MCV fL Plt k/ $\mu$ L L k/ $\mu$ L	4.45 13 38 85 203 9-6					
wzór:	p10s65e1 116m2					
Mocz- glukoza /białko bilirubina c. ketonowe urobilinogen EU/dL gęstość g/mL pH osad- L E		-/- - - 0,2 1025 6,0 4-6 -	-/- - - 0,2 1015 6,0 1-3 poj. św			
inne:						
Glukoza mg%		74				
Mocznik mg%		28				
Kreatynina mg%		0,76				
Cholesterol mg%						
Amylaza sur. / mocz		448/1570			376/871	
Bilirubina całk. $\mu$ mol/L - bezpośrednia - pośrednia		<8,5				
Fosfataza zas. U/L		181				
HBsAg: (+)	AspAT U/L	45				
	AlAT U/L	34				
GGTP U/L		68				
Wsk. protrombinowy %		97				
Elektrolity- Na mmol/L K mmol/L Mg mmol/L Cl mmol/L		146 5,6				
USR: (-)						
Białko całkowite g% albuminy % glob. $\alpha$ 1/ $\alpha$ 2 % glob. $\beta$ / $\gamma$ %		7,0 30 4,4/10 11/45				
TBC- preparat bezp. TBC- PCR				-		
Próba Tbc/Candida					-/-	
Wymaz - grzyby - z gardła - z odbytu		- -				
Toksoplazmoza p/c - krew - płyn mózgowo- rdz.						
Ciężar ciała						
RR						

EPIKRYZA z dn: 20.01.1995r.

32- letni narkoman przyjęty do oddziału z mnogimi ropniami skóry. W trakcie pobytu nie gorączkował. Ropnie zaopatrzone chirurgicznie - szybko zagoiły się. Antybiotyki stosowano zgodnie z antybiogramem. W stanie ogólnym dobrym wypisany został do domu.