

**Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr 51/96**

Materiał nadesłano z: Wolski Szpital Zakaźny - Oddział IVA

Imię i nazwisko .....

Data zgonu 12.07.1996r.....

Wiek 42 lata

Data sekcji ogólnej 15.07.96r....

Data sekcji mózgu 24.08.1996r

Rozpoznanie kliniczne Nabyty zespół niedoborów odporności. Zapalenie płuc powikłane odumą lewostronną. Grzybica jamy ustnej. Wyniszczenie.

waga mózgu utrwalonego 1360 g

Symetria zachowana

Zniekształcenia artefaktyczne

rowki

zaniki obustronne

zakręty

Opony przezierne

Przestrzenie podoponowe wolne

Naczynia podstawy niezmienione

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej

Bez zmian ogniskowych

Pień o prawidłowym rysunku

Mózdzek bez zmian

Rdzeń nie sekcjonowano

Rozpoznanie makroskopowe

Obducent

Prof. dr hab. MJ. Mossakowski

lat 42, wdowa

Przyjęta 17.06.1996r  
zmarła 12.07.1996r

Rozpoznanie kliniczne: Nabyty zespół niedoborów immunologicznych.  
Zapalenie płuc powikłane odma lewostronną.  
Grzybica jamy ustnej. Wyniszczenie.

W wywiadzie epidemiologicznym toczenie krwi w czasie operacji resekcji żołądka w 1988r.

### Epikryza

Przyjęta z powodu narastającego wyniszczenia, zmian grzybiczych w jamie ustnej, stanów gorączkowych. W czasie przyjęcia stwierdzono cechy zapalenia płuc, masywną grzybicę jamy ustnej, zespół wyniszczenia. W trakcie wstępnej diagnostyki wykryto również zakażenie wirusem HIV. Radiologicznie potwierdzono rozpoznanie mięszowego zapalenia płuc, głównie zlokalizowanego w dolnych polach płuca prawego. Ze względu na ciężki stan pacjentki, bardzo silną duszność i brak współpracy z chorą nie udało się pobrać płwociny na badanie bakteriologiczne. W związku z domniemaną mykobakteriozą (znaczone wyniszczenie, niska odporność, podwyższone wartości fosfatazy) włączono początkowo pełne leczenie przeciw mykobakteriom podając jednocześnie biseptol jako leczenie przeciwbakteryjne i przeciw pcp oraz diflucan w postaci wlewów dożylnych jako leczenie przeciwgrzybicze. Stan pacjentki nie ulegał poprawie. Po 10 dniach leczenia wciąż obserwowano silną duszność, pojawiła się sinica obwodowa. Stwierdzono podwyższone wartości LDH, pCO<sub>2</sub> we krwi tętnicznej 43 mm Hg. To nasunęło podejrzenie pcp - zmieniono więc leczenie biseptołem na pentamidynę. Podano sterydy. W kolejnym Rtg wykonanym w tym samym czasie stwierdzono pojawienie się lewostronnej odmy opłucnowej, widoczne były liczne zrosty opłucnowe. Zmiany zapalne o typie mięszowym nasiliły się, obejmując prawie całe czynne płuco. Założono drenaż ssący dp jamy opłucnowej i zastosowano leczenie przeciw prątkom atypowym. Zastosowano również antybiotykoterapię (claforan) z biodacyną, utrzymując jednocześnie leczenie przeciwgrzybicze (diflucan) i przeciw pcp (pentamidyna). Stan pacjentki nie ulegał jednak poprawie, pogarszał się kontakt logiczny z chorą. Duszność nieco się zmniejszyła, jednak narastało osłabienie. Próba odłączenia drenażu nie powiodła się - odma narastała. W kolejnym zdjęciu Rtg stwierdzono utrzymujące się zmiany zapalne. W wydzielinie z drenu z opłucnej stwierdzono dwa rodzaje grzybów, co mogło wskazywać na grzybicze zapalenie płuc. Jednak przed włączenie leczenia amfoterycyną stan pacjentki gwałtownie się pogorszył. Obserwowano spadek ciśnienia nie reagujący na aminy presyjne, w krótkim czasie stwierdzono zgon pacjentki.

Wynik sekcji ogólnej (15.07.96 - dr med. Z.Kamiński):

Pneumonia (mycotica?) superior et media dextra. Pneumothorax sinister  
Atelettasis lobi inferioris pulmonis sin. Atrophia fusca MYOCARDII  
et hepatis. Hyperaemia venosa organorum. Cachexia. Status post  
resectinam partialem ventriculi et post cholecystectomiam o. factam.