

Nr 79/97

Nazwisko

Wiek 30 l.

Dzień śmierci

25.08.1997r.

Sekcjonowany

w godzin

po śmierci
sekcja mózgu

19.11.97r.

Ogłoszone, lub demon-
strowane przez

Utrwalony materiał:

Alkohol Formol

1. Czoło l.
2. Zwoje podstawy l.
3. Wzgórze l.
4. Amon l.
5. Skroń l.
6. Potylicą l.
7. Ciemie l.
8. Centralna l.
9. Śródmózgowie
10. Opuszka
11. Most
12. Mózdzek l.

Użyte metody barwienia
HE, Heidenhain

Mikrofotografie, rysunki

Rozpoznanie kliniczne

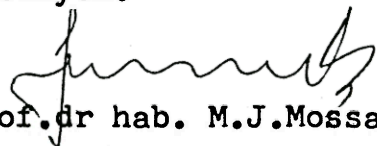
Zespół nabytego niedoboru odporności.
Posocznica gronkowcowa. Zapalenie płuc.
Ropnie płuc. Owrzodzenie przełyku. Małopłytkowość. Biegunka o etiologii bakteryjnej.
Toksyczne uszkodzenie wątroby. Grzybica przewodu pokarmowego. Uzależnienie mieszane.

Rozpoznanie anatomiczne

Bez zmian ogniskowych. Układ komorowy znacznie poszerzony.

Rozpoznanie histologiczne

Nie stwierdzono zmian HIV-swoistych ani zakażeń oportunistycznych.


Prof. dr hab. M.J. Mossakowski

INSTYTUT CENTRUM MEDYCYNY
DOŚWIADCZALNEJ I KLINICZNEJ PAM
ZAKŁAD NEUROPATOLOGII
02-106 Warszawa, ul. Pawńskiego 5
Tel. 668 53 69, 608 65 35

Rozpoznanie kliniczne: Zespół nabytego niedoboru odporności. Posocznica gronkowcowa. Zapalenie płuc. Ropnie płuc, owrzodzenie przełyku. Małopłytkowość. Biegunka o etiologii bakteryjnej. Toksyczne uszkodzenie wątroby. Grzybica przewodu pokarmowego. Uzależnienie mieszane.

Badanie neuropatologiczne: Obraz histopatologiczny ubogi. W różnych częściach ośrodkowego układu nerwowego, głównie w oponach miękkich spotyka się nieznanne przynacyniowe skupienia limfocytów. W okolicy centralnej widoczne drobne nagromadzenie limfocytów obojętnochłonnych w oponie, a delikatne skupienie limfocytów przy naczyniu mięszowym. W istocie białej półkul mózgu występujące cechy umiarkowanego obrzęku, wyrażające się zblednięciem mieliny w barwieniu wg. Heidenhaina i porozsuwaniu pasm włókien i zmniejszeniu liczby komórek oligodendrogleju w barwieniu przeglądowym. W jądrze migdałowatym dochodzi do zgąbczenia utkania. W szeregu struktur, przede wszystkim w korze mózdzku i mózgu - rozproszone zwyrodniałe neurony. Zapewne występują tu również ubytki komórkowe. Są one niewątpliwe w kilku zrazikach mózdzku, w których ubytkowi komórek Purkiniego towarzyszy rozplem komórek Bergmanna. Tu również widoczne są dwie niewielkie rozlewające się grudki mikroglejowo-astrocytarne. Umiarkowana syderoza naczyń w gałce bladej. Wyściółka w większości struktur gdzie jest widoczna składa się z wyraźnie spłaszczonych komórek, co odpowiada makroskopowo stwierdzonemu poszerzeniu komór. W niektórych częściach mózgu - wyraźne przekrwienie naczyń.

Zmiany mogą być związane z niedotlenieniem spowodowanym zapaleniu płuc. Pojedyncze skupienia limfocytów oponowych może być składnikiem zespołu posoczniczowego.

Rozpoznanie neuropatologiczne: Brak zmian świadczących o zajęciu oun przez infekcję HIV i zakażenia oportunistycznego.


Prof.dr hab. M.J. Mossakowski

Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr 79/97

Materiał nadesłano z: Wolski Szpital Zakaźny, Warszawa

Imię i nazwisko Data zgonu 25.08.1997r.....
Wiek 30 lat Data sekcji ogólnej 26.08.1997r
Data sekcji mózgu 19.11.1997r

Rozpoznanie kliniczne Zespół nabytego niedoboru odporności. Posocznica gronkowcowa. Zapalenie płuc. Ropnie płuc. Owrzodzenie przełyku. Małopłytkowość. Biegunka p etiologii bakteryjnej. Toksyczne uszkodzenie wątroby. Grzybica przewodu pokarmowego. Uzależnienie mieszane.

waga mózgu utrwalonego 1460 g

Symetria jednostronnie artefaktycznie spłaszczony.
Bardzo blady

Zniekształcenia \emptyset rowki
zakrety

Opony przezierne

Przestrzenie podoponowe wolne

Naczynia podstawy prawidłowe

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej

Na przekrojach bardzo blady. Układ komorowy znacznie poszerzony.

Zmian ogniskowych nie stwierdzono

Pień o prawidłowym rysunku

Mózdzek bez zmian

Rdzeń nie sekcjonowano

Rozpoznanie makroskopowe

Obducent

Doc. I.B.Zelman

lat 30, narkoman

Przyjęty 11.08.1997r

zmarł 25.08.1997r

Rozpoznanie kliniczne: Zespół nabytego niedoboru odporności. Posocznica gronkowcowa. Zapalenie płuc. Ropnie płuc. Owrzodzenie przełyku. Małopłytkowość. Biegunka o etiologii bakteryjnej. Toksyczne uszkodzenie wątroby. Grzybica przewodu pokarmowego. Uzależnienie mieszane.

Uwaga: w przekazanej historii choroby brak jest epikryzy oraz danych na temat czasu trwania zakażenia i wcześniejszego przebiegu choroby (L.ks.gł./ks.oddz. 2391/102).
Pacjent z programu methadonowego.

Ostatni pobyt w Oddziale:

przyjęty z powodu gorączki do 40,5°C trwającej od 3 dni, kaszlu z odksztuśnianiem płwociny, znacznego osłabienia narastającego od ok. 2 tygodni. Również od ok. 2 tygodni luźne stolce, początkowo czarne, obecnie śluzowate, bez domieszki krwi. Od kilku dni skąpomocz - 200-500 ml moczu/dobę.

Przedmiotowo przy przyjęciu: stan og. ciężki, chory podsypiający, kontakt logiczny powierzchowny. Wyniszczony. Węzły chłonne obwodowe niepowiększone. Płuca osłuchowo b.zm. Akcja serca przyspieszona, 140/min., tony ciche, głuche. RR 130/60. Brzuch miękki, wątroba macalna na ok. 4 cm poniżej łuku żebrowego.

Nerwy czaszkowe bez zmian. Oponowe ∅. Bez wyraźnych niedowładów i zaburzeń czucia. Na nakłucie lędźwiowe nie wyraził zgody.

Przez cały okres pobytu w stanie og. ciężkim, przytomny, opanowano w znacznym stopniu biegunkę, nasiliły się natomiast zmiany w płucach (w obrazie radiologicznym). Zmarł wśród narastających objawów niewydolności krążenia i oddychania.

Wynik sekcji ogólnej (26.08.1997r, dr med. Z.Kamiński):

Pneumonia lobaris dextra et superio sinistra, p.abscendens. X
Embolia pulmonalis. Anaemia. Diathesis haemorrhagica. Gastritis haemorrhagica diffusa. Intumescencia lymphonodulorum. Ascites. Hydropericardium. Cachexia.