

Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr 20/2000

Materiał nadesłano z: Wolski Szpital Chorób Zakaźnych w Warszawie

Imię i nazwisko _____ Data zgonu 30.04.2000r.....

Wiek 27 lat Data sekcji ogólnej 2.05.2000r.....

Data sekcji mózgu 27.07.2000r.....

Rozpoznanie kliniczne Zapalenie jelit o nieustalonej etiologii z towarzyszącą biegunką, niedrożnością i krwawieniem z przewodu pokarmowego /megacolon toxicum/. Obrzęk płuc. Nabyty zespół niedoborów odporności. Stan po laparotomii zwiadowczej dn. 20.04.2000r.

waga mózgu utrwalonego 1550 g

Symetria zachowana

Zniekształcenia obie półkule mózdku
uszkodzone artefaktycznie

rowki zaniki niewidoczne
zakręty

Opony naczynia żyłne nastrzyknięte

Przestrzenie podoponowe wolne

Naczynia podstawy cienkościenne, spadnięte

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej

Bez zmian ogniskowych

Pień o prawidłowym rysunku

Mózdzek uszkodzony artefaktycznie w sposób bardzo rozległy

Rdzeń nie sekcjonowano

Rozpoznanie makroskopowe

Obducent

Doc. I.B.Zelman

lat 27, bezdomny

Przyjęty 14.04.2000r
zmarł 30.04.2000r

Rozpoznanie kliniczne: Zapalenie jelit o nieustalonej etiologii z towarzyszącą biegunką, niedrożnością i krwawieniem z przewodu pokarmowego/megacolon
Obrzęk płuc. toxicum/
Nabyty zespół niedoborów odporności.
Stan po laparotomii zwiadowczej dn. 20.04.2000r.

Epikryza

Obcokrajowiec nie posiadający dokumentów został 14.04.2000r przewieziony Karetką Pogotowia Ratunkowego z powodu wyniszczenia, wymiotów, biegunki. Pacjent podał, że jest obywatelem Armenii, jest uzależniony od opiatów - ostatnią dawkę "kompotu" przyjął 3 godziny przed przyjęciem do szpitala. Pacjent negował zakażenie HIV - podawał, że test na obecność p/ciał antyHIV miał wykonany 5 miesięcy temu i wynik badania był ujemny. W badaniach wykonanych w oddziale CD4 177 kom/ul.

Przy przyjęciu chory w stanie ciężkim, odwodniony, wyniszczony. Chory nie wyrażał zgody na niektóre zabiegi diagnostyczne /badanie per rectum, założenie cewnika/. W czasie kolejnych godzin stan chorego pogarszał się, wystąpiły cechy krwawienia z przewodu pokarmowego, objawy podniedrożności. W nocy z 14/15.04.2000r chory był przewieziony do Chirurgicznej Izby Przyjęć Szpitala Wolskiego - został odesłany po kilku godzinach jako nie wymagający interwencji chirurgicznej. W oddziale stosowano leczenie wyrównujące niedobory wodno-elektrolitowe, H2 blokery, Remestyp, antybiotyko terapię doraźnie podawano leki znoszące objawy głodu opiatowego /Bunondol/ Nadal utrzymywała się biegunka, chory wymiotował fusowato, anemizował się. S7."?. stwierdzono cechy niedrożności przewodu pokarmowego, utrzymywało się krwawienie z przewodu pokarmowego. W związku z postępującą anemizacją choremu przetoczono 2j ME. 17 i 18.04 ponownie konsultowany w Chirurgicznej Izbie przyjęć Szpitala Wolskiego, gdzie nie wyraził zgody na założenie sondy do żołądka, cewnikowanie i zabieg operacyjny mimo iż wielokrotnie był informowany o zagrożeniu życia. W ciągu kolejnych godzin stan chorego pogarszał się - pacjent wyraził zgodę na zabieg operacyjny. 20.04. poraz kolejny został przewieziony do oddziału chirurgicznego, gdzie wykonano laparotomię zwiadowczą nie znajdując miejsca krwawienia z przewodu pokarmowego ani przyczyny niedrożności, jednocześnie stwierdzono cechy megacolon toxicum oraz obecność licznych powiększonych węzłów krezki. 24.04. chory powrócił do oddziału IV. Stan chorego był ciężki, mimo stosowanych leków utrzymywała się biegunka. Hb 4,7g/dl - przetoczono 2j ME, kontynuowano leczenie wyrównujące niedobory wodno-elektrolitowe, antybiotykoterapię. W związku z kliniczn m podejrzeniem wrzodziejącego zapalenia jelita grubego do terapii dołączono mesalazynę. Prowadzone postępowanie nie przyniosło poprawy stanu klinicznego. 30.04.2000r chory zmarł.

Wynik sekcji ogólnej /2.05.2000r//dr Z.Kamiński/

Embolia arteriae pulmonalis. Il ocolitis chronica partim ulcerosa partim perforata. Megacolon. Peritonitis diffusa.- Cesophagitis ulcerosa. Atrophia fusca myocardii. Cachexia.