

Nr 83/99

Nazwisko

Wiek 51 lat

Dzień śmierci

7.07.1999r.

Sekcjonowany

w ..... godzin

po śmierci

Sekcja mózgu:  
28.08.1999r.

Ogłoszone, lub demon-  
strowane przez

Utrwalony materiał:

Alkohol                      Formol

1. Czoło l.
2. Zwoje podstawy l.
3. Wzgórze l.
4. Centralna l.
5. Skroń z amonem l.
6. Ciemie l.
7. Potylicy l.
8. Śródmózgowie
9. Most
10. Opuszka dolna  
(niecała)
11. Mózdzek l.

Użyte metody barwienia  
HE, Klüver

Mikrofotografie, rysunki

Rozpoznanie kliniczne

AIDS. Ostra niewydolność oddechowa. Stan po  
nokardiozie płuc.

Rozpoznanie anatomiczne

Dolna część opuszki ścięta. Opony zmleczałe,  
uogólnione zaniki, mózg mały. Bez zmian  
ogniskowych.

Rozpoznanie histologiczne

Bez zmian charakterystycznych dla infekcji  
HIV oraz procesów oportunistycznych i roz-  
rostowych.

  
Prof. dr hab. M.J. Mossakowski

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

Zespół p. 2 zam 2473 n. 6000

**Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr 83/99**

Materiał nadesłano z: Wolski Szpital Zakaźny w Warszawie

Imię i nazwisko ..... Data zgonu 7.07.1999r.....

Wiek 51 lat ..... Data sekcji ogólnej .....

Data sekcji mózgu 26.08.1999r.....

Rozpoznanie kliniczne AIDS. Ostra niewydolność oddechowa. Stan po nocardiozie płuc.

waga mózgu utrwalonego 1210 g

Symetria zachowana, mózg mały

Zniekształcenia nie stwierdzono

rowki wyraźne zaniki  
zakręty

Opony zmleczałe nieznacznie

Przestrzenie podoponowe wolne

Naczynia podstawy pogrubiałe, bez blaszek miażdżycowych

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej

Układ komorowy znacznie poszerzony. Zmian ogniskowych nie stwierdzono

Pień opuszka ścięta skośnie w dolnej części

Mózdzek uszkodzony artefaktycznie, bez zmian ogniskowych

Rdzeń nie sekcjonowano

Rozpoznanie makroskopowe

Obducent

Doc. I.B.Zelman

, lat 51,

Przyjęty 14.06.1999r  
zmarł 7.07.1999r

Rozpoznanie kliniczne: AIDS. Ostra niewydolność oddechowa.  
Stan po nokardiozie płuc.

Pacjent HIV-dodatni od 11 lat, został skierowany do Kliniki Hepatologii i Nabytych Zespołów Niedoborów Odporności z powodu osłabienia narastającego od listopada ub.roku, wielomiesięcznych napadów kaszlu z towarzyszącą dusznością, bólów mięśni i kurczów, głównie mięśni łydek. Od 8 miesięcy skargi na jadłowstręt-, spadek wagi ciała 7-8 kg.

W 1994r przebył udar krwotoczny mózgu z niedowładem lewostronnym.

Przyjęty w stanie ogólnym dość dobrym, znacznie wychudzony. Na skórze tułowia i kończyn zmiany plamiste, okrągłe, sinawe /ślad po przebytej grzybicy?/. Powiększone węzły chłonne pachowe prawe i pachwinowe obustronnie. Trzeszczenia przypadkowe nad obu polami płucnymi. Nad lewym płucem niewielkie zciszenie szmeru pęcherzykowego. Opukowo stłumienie/?/ po stronie prawej do wysokości kąta łopatk. Serce b.z. , tętno 80/min, RR110/70. Wątroba wystaje na 1-2 palce z pod łuku żebrowego. Objaw Chełmońskiego dodatni.

W trakcie hospitalizacji mimo stosowanego leczenia doszło u chorego do pogorszenia stanu ogólnego. Gorączkował do 39°. Wykonane badania, w tym bronchoskopia i Rtgm płuc sugerowały PCP. W ciągu kilku dni doszło do szybkiego nasilenia niewydolności oddechowej ze spadkiem saturacji pO<sub>2</sub>. Chory nie wyraził zgody na podłączenie do respiratora. Zgon wśród objawów niewydolności oddechowej.

Bad. immunologiczne z dnia 16.06.1999r

CD4 95, CD8 963. CD4/CD8 0,1