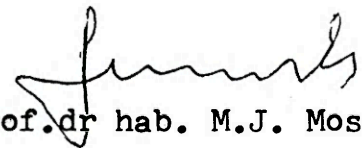


Nr 79/99	Utrwalony materiał:		Rozpoznanie kliniczne
Nazwisko	Alkohol	Formol	Nagłe zatrzymanie krążenia. Prawostronne zapalenie płuc. Niewydolność oddechowa. Respiratoroterapia. Wirusowe zapalenie ośn. Niedowład połowiczny prawostronny. Zespół nabytego niedoboru odporności. Uzależnienie mieszane.
Wiek 34 lata	1-7 standard z 1. półkuli.		Rozpoznanie anatomiczne
Dzień śmierci 05.06.1999r.	8. śródmózgowie z ist. czarną		Obrzęk mózgu. W zwojach podstawy (gałce bladej) obustronnie ogniskowe zmiany w postaci odbarwienia tkanki i obniżonej spoistości. Nieostro odgraniczone korowo-podkorowe ognisko w płacie potylicznym prawym.
Sekcjonowany u godzin	9. most		Rozpoznanie histologiczne
po śmierci Sekcja mózgu: 06.08.1999r.	10. opuszka		Leucoencephalopathia multifocalis progressiva.
Ogłoszone, lub demonstrowane przez	11. opuszka dolna		 Prof. dr hab. M.J. Mossakowski
	12. mózdzek 1.		INSTYTUT CENTRUM MEDYCYN DOSWIADCZALNEJ I KLINICZNEJ PAN ZAKŁAD NEUROPATOLOGII 02-106 Warszawa, ul. Pawińskiego 5 Tel. 668 53 69, 608 65 35
		Użyte metody barwienia HE, Klüver	
		Mikrofotografie, rysunki	

Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr 79/99

Materiał nadesłano z: Wolski Szpital Zakaźny w Warszawie

Imię i nazwisko Data zgonu 05.06.1999r
Wiek34...lata Data sekcji ogólnej 07.06.1999r
Data sekcji mózgu 8.08.1999r

Rozpoznanie kliniczne Nagłe zatrzymanie krążenia. Prawostronne zapalenie płuc. Niewydolność oddechowa. Respiratoroterapia. Wirusowe zapalenie ośrodkowego układu nerwowego. Niedowład połowiczny prawostronny. Zespół nabytego niedoboru odporności. Uzależnienie mieszane.

waga mózgu utrwalonego 1630 g

Symetria zachowana

Zniekształcenia pień uszkodzony przy wyjmowaniu zakręty cechy obrzęku

Opony przekrwione

Przestrzenie podoponowe wolne

Naczynia podstawy niezmiennione

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej

W obu gałkach białych widoczne ogniska o obniżonej spoiwości, ok. 1 cm średnicy /naczyniopochodne?/.

Poza tym bez zmian ogniskowych

Pień w śródmózgowiu po stronie lewej szczelinowata prostopadła jamka w bocznej części istoty czarnej i nieco powyżej /artefakt?/.

Mózdzek bez zmian

Rdzeń nie sekcjonowano

Rozpoznanie makroskopowe

Obducent

Doc. I.B.Zelman

, lat 34, narkoman

Przyjęty 27.04.1999r
zmarł 05.06.1999r

Rozpoznanie kliniczne: Nagłe zatrzymanie krążenia. Prawostronne zapalenie płuc. Niewydolność oddechowa. Respiratoroterapia. Wirusowe zapalenie oun. Niedowład połowiczny prawostronny. Zespół nabytego niedoboru odporności. Uzależnienie mieszane.

Pacjent z programu metadonowego, zakażony HIV /o czym wie od 1990 r. w dniu 1 kwietnia 1999r został przyjęty do oddziału IIIA z podejrzeniem guza mózgu /ropień toksoplazmowy?/ w związku z narastającym od 3 tygodni drętwieniem i mniejszą sprawnością prawych kończyn górnej i dolnej oraz zaburzeń mowy /coraz bardziej niewyraźna/. Na podstawie wykonanych badań laboratoryjnych i radiologicznych nie potwierdzono toksoplazmozy oun i wycofano się z włączonego wcześniej leczenia w tym kierunku. Wypisany na własną prośbę przed zakończeniem diagnostyki w dniu 9.04.99 z dyskretnym niedowładem prawostronnym. Ponownie przyjęty 27.04.99 z powodu narastającego niedowładu prawostronnego, ograniczenia pola widzenia po stronie prawej oraz zaburzeń mowy - trudności w rozpoczęciu mówienia. W CT głowy wykonanym w trakcie pierwszego pobytu poza drobnymi zwapnieniami tuż poniżej komory IV w linii pośrodkowej, nie stwierdzono zmian.

W oddziale stwierdzono: powiększone węzły chłonne wzdłuż mięśni m.-o.-s. obu stronnie oraz prawy węzeł pachwinowy. Liczne naloty grzybicze w jamie ustnej. Płuca b.z. Czynność serca miarowa, 88/min. tony ciche, głuche, RR125/90. Wątroba wyczuwalna na dwa palce poniżej prawego łuku żeberowego. Bardzo dyskretnie pociąga prawą nogą, niedowład kończyny górnej prawej wyraźny, objaw Babińskiego obu stronnie ujemny.

Przez pierwsze trzy tygodnie pobytu stan pacjenta stacjonarny. W dniu 20.05. przewrócił się i uderzył głową o tył łóżka. Wkrótce po tym pogorszenie stanu ogólnego, zagorączkował do 39,4^o, schładzany fizykalnie. Od 23.05 pacjent nieprzytomny z zachowaną reakcją bólową z tachypnoe /ok.30/min./ . Przeniesiony na OIM został zaintubowany, wentylowany respiratorem. W dalszym przebiegu do narastających objawów niewydolności oddechowej /w Rtg płuc zagęszczenia miąższowe zlewające się/ dołączyły parametry narastającej niewydolności nerek.

Wynik badania MRI : uwidoczniono obszary i drobne ogniska hiperintensywne w obrazach T2, słabo hipointensywne w obszarach T1, zlokalizowane w strukturach głębokich obu półkul mózgu, głównie w okolicy torebki wewnętrznej i jąder podstawy półkuli lewej. Nie stwierdzono cech efektu masy, ani patologicznego wzmocnienia sygnału po podaniu środka kontrastowego. Obraz nie jest jednoznaczny, biorąc pod uwagę przebieg kliniczny choroby najbardziej prawdopodobna wydaje się zapalna etiologia zmian /wirusowe wielogniskowe zmiany zapalne/ ewentualnie współistniejąca z ogniskami zmian naczyniopochodnych /niedokrwiennych/. Brak cech rozrostu nowotworowego.

Płyn mózgowo-rdzeniowy: cytoza 3, białko 0,52 cukier 3,38 chlorki 126. Odczyn N.-A. i P. dodatnie.

Wynik sekcji ogólnej /7.06.99. dr med. Z.Kamiński/:
Embolia a.pulmonalis. Pneumonia lobaris inferior bilateralis abscedens. Intumescetia lymphonodulorum bif.tracheae. Glomerulonephritis subacuta? Hepatosplenomegalia. Ascites. Trabheitis acuta partim ulcerosa. St.post respiratoroterapiam rec.factam. Inanitio.