

**Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr 77/99**

Materiał nadesłano z: Wolski Szpital Zakaźny w Warszawie

Imię i nazwisko ..... Data zgonu 1.06.1999  
Wiek 40 lat ..... Data sekcji ogólnej 2.06.1999  
..... Data sekcji mózgu 29.06.1999

Rozpoznanie kliniczne Zespół, nabytego braku odporności /AIDS/. Ostra niewydolność oddychania w przebiegu śródmiąższowego zapalenia płuc niejasnej etiologii. Podejrzenie zatorowości płucnej. Respiratoroterapia. Stan po NZK i reanimacji.

waga mózgu utrwalonego 1700g

Symetria artefaktycznie spłaszczony w kierunku bocznym. Pień oderwany na wysokości śródmózgowia  
Zniekształcenia artefaktyczne, bruzda rowki zaciśnięte po wgłobieniu migdałków mózdzku zakręty spłaszczone

Opony przekrwienie żyłne

Przestrzenie podoponowe wolne

Naczynia podstawy bez blaszek miażdżycowych

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej

Bez zmian ogniskowych. Bardzo znaczne poszerzenie komór bocznych i komory III.

Pień oderwany na wysokości wzgórków czworaczych rysunek anatomiczny zachowany

Mózdzek bez zmian

Rdzeń nie sekcjonowano

Rozpoznanie makroskopowe

Obducent

Doc. I.B.Zelman

lat 40

Przyjęty 28.04.1999r  
zmarł 1.06.1999r

Rozpoznanie kliniczne: Zespół nabytego braku odporności/AIDS/.  
Ostra niewydolność oddychania w przebiegu  
śródmiaższowego zapalenia płuc.niejasnej  
etiologii.  
Podejrzanie zatorowości płucnej.  
Respiratoroterapia.  
Stan po NZK i reanimacji.

Przewieziony ze Szpitala w Ciechanowie po wykryciu zakażenia HIV,  
gdzie został przyjęty z powodu stanów gorączkowych i postępującej  
utracie masy ciała od około pół roku. W oddziale w Ciechanowie  
stwierdzono grzybicę jamy ustnej, przejściową biegunkę. Pobrano  
surowicę na szerokie spektrum badań serologicznych. Po wykryciu  
zakażenia HIV przekazany, do Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w  
Warszawie.

Przyjęty do Oddziału I w stanie ogólnym średnio ciężkim, wyniszczony,  
z uogólnionym powiększeniem węzłów chłonnych/do 1,5 cm średnicy,  
twarde, przesuwalne/ oraz biało-żółtym nalotem na tylnej ścianie  
gardła i na języku. Płuwa b.z. Czynność serca przyspieszona -  
100/min, tony ciche, szmer skurczowy.

W trakcie pobytu okresowe stany gorączkowe, utrzymująca się tachykardia  
i tachypnoe z narastającą dusznością i sinicą. 16.05. został  
przeniesiony na OICM, gdzie po kilku minutach nastąpiło zatrzymanie  
oddechu i NZK. Chorego zaintubowano i podłączono do respiratora.  
Po dosercowym podaniu adrenaliny uzyskano migotanie komór, a po  
defibrylacji /5x/ powrót rytmu zatokowego. Stan chorego ciężki,  
nieprzytomny, wentylowany respiratorem, reakcja na ból zachowana,  
gałki oczne zwrócone w ~~prawe~~ lewo, niedowład czterokończynowy.  
W dalszym przebiegu chory przytomny, ale bez kontaktu, nie spełnia  
poleceń, okresy anemizacji wyrównywane podawaniem masy erytrocytarnej,  
trzeszczenia obustronnie, potym tarcie opłucnej nad prawym  
płatem. W Rtg klatki piersiowej z 9.05.: w obrębie obu pól płucnych  
widoczne masywne zagęszczenia miąższowe obejmujące większą ich  
powierzchnię, najbardziej nasilone w okolicach obu wnęk płucnych i  
szerzące się ku obwodowi. Na tle tych zagęszczeń widoczne również  
zagęszczenia plamiste rozsiane, bardziej nasilone po stronie prawej  
i w górnej części płuc, Opłucna bez wyraźnych cech płynu.  
1.06. w godz. rannych NZK w trakcie asystolii. Czynności reanimacyjnych  
nie podejmowano.

Wynik badania CT głowy /4.05.1999/ - wyraźny zanik korowo-podkorowy,  
mózgowia. Układ komorowy w całości symetrycznie poszerzony. Zmian  
ogniskowych nie stwierdzono.

P-ciała przeciwko CMV w klasie IgG dodoatnie w surowicy /143Au9ml/  
w klasie IgM ujemne.

Wynik sekcji ogólnej /2.06.99, dr med.Z.Kamiński/:

Pneumocystis carinii pneumonia bilateralis. Bronchitis purulenta  
diffusa gr maioris. Atrophia fusca myocardii. Hydropericardium.  
Hyperaemia venosa organorum. Tracheitis acuta partim ulcerosa -  
status post respiratorotherapiam r.f. Cachexia.

28.04.99 CD4 37 CD4/CD8 0,04  
CD8 880  
<http://rcin.org.pl>