

Nr 33/95

Nazwisko

Wiek 31 lat

Dzień śmierci  
18.05.1995

Sekcjonowany 19.05.  
u ..... godzin 1995

no śmierci  
Sekcja mózgu  
24.06.1995.

Ogłoszone, lub demon-  
strowane przez

Utrwalony materiał:

Alkohol      Formol

- 1.okol.czołowa  
lęwa
- 2.zwoje podsta-  
wy l.
- 3.wzgórze l.
- 4.okol.central-  
na l.
- 5.okol.ciem.l.
- 6.okol.skronio-  
we z amonem  
l.
- 7.okol.potył.l.
- 8.śródmózgowie  
z i.czarną
- 9.most
- 10.opuszka
- 11.rdzeń podopu-  
szkowy
- 12.móżdżek l.

Użyte metody barwienia

Hematoksylina-eozyna,  
Heidenhain.

Mikrofotografie, rysunki

Rozpoznanie kliniczne

AIDS. Posocznica. Niewydolność krążeniowo-  
-oddechowa. Hepatitis virusalis typ  
B. HIV +/- od 1990 r.

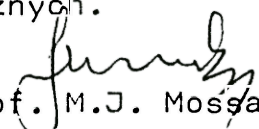
Rozpoznanie anatomiczne

Bez zmian makroskopowych.

Rozpoznanie histologiczne

Foci vasogenes originis ignotae /emboliae  
multiplices/.

Brak zmian związanych z infekcją HIV oraz  
zakażeń oportunistycznych.

  
Prof. M.J. Mossakowski

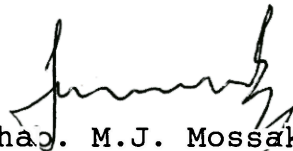
**Rozpoznanie kliniczne:** AIDS. Posocznica. Niewydolność krążeniowo-oddechowa. Hepatitis viralis typ B. HIV (+) od 1990r.

**Badanie histopatologiczne:** W całym ośrodkowym układzie nerwowym występują bardzo delikatne jednowarstwowe nacieki limfocytarne przy naczyniach średniej wielkości. Ich nieco większe skupienia występują w rozluźnionej tkance w jądrach podstawy, otaczającej naczynia. Drobne okołonaczyniowe wybroczyny krwawe zgromadzone są w okolicy podwzgórzowej. W dwóch preparatach występują zmiany ogniskowe. W istocie białej sąsiadującej z jądrem ogoniastym na preparacie zawierającym przednie jądra podstawy widoczny jest drobne ognisko rozrzedzenia tkanki z makrofagami i nielicznymi przerośniętymi komórkami mikrogleju ale bez odczynu makroglejowego. Na jego pobrzeżu widoczna drobna, świeża wybroczyna krwawa. W otoczeniu ogniska widoczne okrągłe i owalne ostro ograniczone eozynochłonne szkliste twory. Być może odpowiadają one zwyrodniałym aksonom. W korze wyspy w preparacie zawierającym w pełni rozwinięte wzgórze widoczne dwa drobne ogniska o identycznej morfologii choć różnej lokalizacji korowej. Jedno z nich ma charakter szczeliny ciągnącej się przez całą szerokość kory, drugie położone jest w jej głębokich warstwach. Są one wyraźnie wyodrębnione od otaczającej tkanki. Oba wykazują rozluźnienie utkania, a w głębokim ognisku korowym obecny jest wyraźnie uformowany stan gąbczasty. Oba ogniska charakteryzuje ubytek neuronów lub występowanie pojedynczych neuronów z kwasochłonną martwicą cytoplazmy. W obu ogniskach widoczne są pojedyncze makrofagi oraz zwiększona ilość makrogleju. Ich cechą znaną jest zagęszczenie sieci naczyń kapilarnych, z bardzo znacznie obrzmiałymi śródbłonkami. W otaczającej tkance występują zwyrodniałe neurony, a przy sąsiadujących naczyniach występują nieco bogatsze nacieki limfocytarne. Przy niektórych naczyniach spotyka się wątpliwe twory wielojądrowe. W ścianie większych naczyń gałki bladej niewielkie pyłkowate i grudkowate złoży wapnia.

W większych naczyniach opon i w pojedynczych naczyniach śródmózgowych występują skrzepliny krwi z wydzielonymi skupieniami wielojądrzastych leukocytów.

**Rozpoznanie neuropatologiczne:** Foci vasogenes originis ignotae (emboliae multiplices).

Brak zmian związanych z infekcją HIV oraz zakażeń oportunistycznych.



Prof.dr hab. M.J. Mossakowski

**Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr 33/95**

Materiał nadesłano z: Centrum Diagnostyki i Terapii AIDS w Warszawie

Imię i nazwisko ..... Data zgonu ..... 18.05.1995 r.  
Wiek ..... 31 lat ..... Data sekcji ogólnej ..... 19.05.1995 r.  
Data sekcji mózgu ..... 24.06.1995 r.

Rozpoznanie kliniczne AIDS, posocznica, niewydolność krążeniowo-oddechowa, hepatitis virusalis chronica typu B. HIV +/- od 1990 r.

waga mózgu utrwalonego 1380 g

Symetria zachowana

Zniekształcenia bez wgłobień

rowki bez zaników  
zakręty

Opony przezierne

Przestrzenie podoponowe wolne

Naczynia podstawy nie zmienione

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej

W okolicy kolumny sklepienia lewej drobna wybroczyna

Pień uszkodzony artefaktycznie /oderwany/

Mózdzek bez zmian

Rdzeń nie sekcjonowano

Rozpoznanie makroskopowe

Obducent

Prof. M.J.Mossakowski

## Skrót historii choroby

lat 31

Przyjęty 16.05.1995  
zmarł 18.05.1995

Rozpoznanie kliniczne: AIDS. Posocznica. Niewydolność krążeniowo-  
-oddechowa.

Więzień, wieloletnie pobyty w zakładach karnych, w czasie których był wielokrotnie leczony, z trudem orientuje się w swojej przeszłości chorobowej. W 1990 r. wstrzyknął sobie krew zakażoną HIV żeby uzyskać zwolnienie z zakładu karnego, od tego czasu sero-pozytywny. W 1987 r. (Rejonowy Areszt w Lublinie) chorował na zapalenie mięśnia sercowego, w 1992 r. (areszt w Kielcach) - ponownie zapalenie m. sercowego. W okresie 30.03.-10.04.95 przebywał w Szpitalu Rejnowym Zakładu Karnego we Wrześni w Oddziale wewnętrznym, gdzie rozpoznano: Hepatitis HBV chronica, laesio hepatitis toxica, portator HIV. Wirusowe zapalenie wątroby przebył w 1994 r. Od dłuższego czasu (od kwietnia 1995?) powłoki skórne zażółcone, kał odbarwiony, okresowe wyżki temperatury. Nie jest w stanie powiedzieć od ilu dni gorączkuje wysokim torem hektycznym (od tygodni?), ma duszność.

Przedmiotowo:

przyjęty w stanie ogólnym ciężkim, duszność nasilająca się przy wysiłku. Skóra i białkówki oczu zażółcone. Obwodowe węzły chłonne wielkości grochu, symetryczne, twarde, niebolesne. Nad płucami szmer pęcherzykowy prawidłowy. Akcja serca miarowa, 125/min., RR 120/70. Głośny szmer skurczowy (crescendo/decrescendo) słyszalny najlepiej w rzucie zastawki mitralnej. Brzuch miękki, bolesny w okolicy nadbrzusza. Wątroba powiększona 4-5 cm. Objawy oponowe ujemne.

W Rtg klatki piersiowej obraz płuc i serca prawidłowy.

W historii choroby brak obserwacji z pobytu na Oddziale i okoliczności oraz przyczyny zgonu.

Wynik sekcji ogólnej (19.05.1995):

Embolia arteriae pulmonalis. Thrombi parietalis atrii et ventriculi dextri cordis venam cavam superiorem penetrans. Endocarditis ulcerosa v. tricuspidalis et vv. semilunarium aortae. Fibrosis valvulae mitralis gr minoris. Hydropericardium. Hypertrophia excentrica et concentrica cordis (ventriculi sinistri). Hyperaemia venosa lobi inferioris pulmonis utriusque. Hepatosplenomegalia. Inanitio (dr med. Z.Kamiński).

31 lat, kawaler

Przyjęty 16.05.1995  
zmarł 18.05.1995

Rozpoznanie kliniczne: AIDS. Posocznica. Niewydolność krążeniowo-  
-oddechowa.

Wywiad: wieloletnie pobyty w więzieniach, w czasie których był wielokrotnie leczony, z trudem orientuje się w swojej przeszłości chorobowej. W 1990 r. wstrzyknął sobie krew zakażoną HIV żeby uzyskać zwolnienie z zakładu karnego, od tego czasu seropozytywny / potwierdzone również W-B/. W 1987 r. /Rejonowy areszt w Lublinie/ chorował na zapalenie mięśnia sercowego, w 1992 r. /więzienie w Kielcach/ ponowne zapalenie m. sercowego. W okresie 30.03.-10.04.1995 przebywał w Szpitalu Rejonowym Zakładu Karnego we Wrocławiu w Oddziale Wewnętrznym, gdzie rozpoznano Hepatitis HBV chronica, laesio hepatitis toxica, portator HIV. Od dłuższego czasu /od kwietnia 95?/ powłoki skórne zażółcone, kał odbarwiony, okresowe wyżki temperatury. Nie jest w stanie powiedzieć od ilu dni gorączkuje wysokim torem hektycznym. Podaje, że od ok. tygodnia ma duszność.

Przedmiotowo:

przyjęty w stanie ogólnym ciężkim, duszność nasilająca się przy wysiłku. Skóra i białkówki oczu zażółcone. Obwodowe węzły chłonne wielkości grochu, symetryczne, niebolesne. Nad płucami szmer pęcherzykowy prawidłowy. Akcja serca miarowa 125/min. RR 120/70. W Rtg klatki piersiowej obraz płuc i serca prawidłowy. Głęboki szmer skurczowy /crescendo/decrecendo/ słyszalny najlepiej w rzucie zastawki mitralnej. Brzuch miękki, bolesny w nadbrzuszu, wątroba powiększona o 3-4 cm. Objawy oponowe ujemne.

Uwaga: w historii choroby brak obserwacji bieżących oraz okoliczności i przyczyny zgonu.

Wynik sekcji ogólnej /19.05.1995/:

Embolia art. pulmonalis. Thrombi parietales atrii et ventriculi dex cordis venam cavam superiorem penetrans. Endocarditis ulcerosa v. tricuspidalis et vv. semilunarium aortae. Fibrosis v. mitralis gradus minoris. Hydropericardium. Hypertrophia excentrica et concentrica ventriculi sin. cordis. Hyperaemia venosa lobi inferioris pulmonis utriusque. Hepatosplenomegalia. Inanities. - dr med. Z. Kamiński.

*W dokumentacji klinicznej brak wyników badań dodatkowych odnośnie morfol. krwi oraz liczby limfocytów CD4.*