

Nr 42/96

Nazwisko

Wiek 27 lat

Dzień śmierci
26.05.1996r.

Sekcjonowany

w godzin

po śmierci

Sekcja mózgu
29.06.1996r.

Ogłoszone, lub demon-
strowane przez

Utrwalony materiał:

Alkohol	Formol
1. okol.czoł.1.	1.
2.zwoje podsta- wy 1.	2.
3.wzgórze 1.	3.
4.okol.skroń.1.	4.
5.amon 1.	5.
6.okol.cent.1.	6.
7.okol.ciemie- niowa 1.	7.
8.okol.potył. 1.	8.
9.most	9.
10.opuszka	10.
11.rdzeń podopu- szkowy	11.
12.rdzeń szyjny	12.
13.móżdzek 1.	13.

Użyte metody barwienia

Hematoksyline-eozyna,
Heidenhain.

Mikrofotografie, rysunki

Rozpoznanie kliniczne

Nabyty zespół niedoborów immunologicznych.
My obakterioza. Obustronne zapalenie płuc.
- podejrzenie pcp. Grzybica jamy ustnej.
Krwawienie z górnego odcinka przewodu po-
karmowego. Niewydolność krążeniowo-oddecho-
wa pod koniec życia.

Rozpoznanie anatomiczne

Brak zmian ogniskowych.

Rozpoznanie histologiczne

Brak zmian charakterystycznych dla
zakażenia HIV i zakażeń oportunistycz-
nych.


Prof. dr hab. M.J. Mossakowski

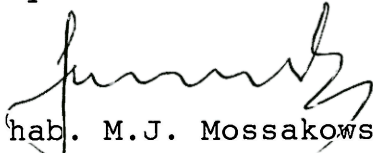
POLSKA AKADEMIA NAUK
INSTYTUT CENTRUM MEDYCyny
DOŚWIADCZALNEJ I KLINICZNEJ
ZAKŁAD NEUROPATHOLOGII
00-784 Warszawa, ul. Dworkowa 3

Zespół p. 2 zam 2473 n. 6000

Rozpoznanie kliniczne: AIDS. Mykobakterioza. Obustronne zapalenie płuc. Grzybica jamy ustnej. Krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego.

Badanie neuropatologiczne: Obraz histopatologiczny przypadku ubogi, nieprawidłowości strukturalne ograniczają się do kilku mikrogrudek mikroglejowych rozsiany w oun. Grudki są luźne i składają się wyłącznie z kilku lub kilkunastu komórek mikrogleju. W jednym przypadku grudka ma położenie okołonaczyniowe (mózdzek). W oliwie dolnej opuszki dwa małe ogniska zagęszczenia mikrogleju związane z ubytkiem neuronów. Przy kilku (w całym preparacie) naczyniach po kilka do kilkunastu limfocytów. W korze kilka drobnych tętniczek z komórkowymi przerostami ścian. W putamen i w claustrum kilka naczyń w rozluźnionym utkaniu podłoża, przypominające obraz stanu zatokowego. Przy zagęszczeniu naczyń tego typu w putamen nieco większe pole bezkomórkowe z pojedynczym przerosłymi komórkami glejowymi. W korze rozsiiane nieswoiste zwyrodnienie neuronów.

Rozpoznanie neuropatologiczne: Brak zmian charakterystycznych dla zakażenia HIV oraz zakażeń oportunistycznych.


Prof.dr hab. M.J. Mossakowski

Ps. Delikatny niepokój mikroglejowy może wskazywać na rozpoczynający się proces patologiczny, niemożliwy do scharakteryzowania.

Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr 42/96

Materiał nadesłano z: Centrum Diagnostyki i Terapii AIDS w Warszawie /Szpital
Zakaźny/

Imię i nazwisko Data zgonu 26.05.1996r.....
Wiek 27 lat Data sekcji ogólnej 28.06.1996r.
Data sekcji mózgu 29.06.1996r.

Rozpoznanie kliniczne Nabyty zespół niedoborów immunologicznych. Mykobakterioza. Obustronne zapalenie płuc - podejrzenie pcp. Grzybica jamy ustnej. Krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego. Niewydolność krążeniowo-oddechowa pod koniec życia.

waga mózgu utrwalonego 1550 g

Symetria
Zniekształcenia uszkodzony artefaktycznie
rowki
zakrety

Opony przeziernie

Przestrzenie podoponowe wolne

Naczynia podstawy cienkościenne, spadnięte

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej
Zmian ogniskowych nie stwierdzono

Pień uszkodzony artefaktycznie

Mózdzek bez zmian

Rdzeń nie sekcjonowano

Rozpoznanie makroskopowe

Obducent

Prof. dr hab. M.J.Mossakowski
<http://rcin.org.pl>

lat 27, kawaler

Przyjęty 17.05.1996r.
zmarł 26.05.1996r.

Rozpoznanie kliniczne: Nabyty zespół niedoborów immunologicznych. mykobakterioza. Obustronne zapalenie płuc - podejrzenie pcp. Grzybica jamy ustnej. Krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego. Niewydolność krążeniowo-oddechowa pod koniec życia.

Pacjent z Domu Ciepła w Rembertowie z rozpoznaną mykobakteriozą, został przyjęty do Oddziału z powodu znacznego pogorszenia stanu ogólnego, duszności, kaszlu, znacznego wyniszczenia.

Przyjęty w stanie ogólnym ciężkim, z dusznością wysiłkową, z trudem podnosi się. Wyniszczony, skóra brązowawa, liczne drobne węzły wzdłuż mięśnia m-o-s, drobne, przesuwalne. Grzybica śluzówek jamy ustnej. Nad płucami pojedyncze trzeszczenia w okolicach podłopatkowych. Ęętno 112/min. RR 90/70. Wątroba wyczuwalna 4-6 cm poniżej prawego łuku żebrowego. Objawy oponowe ujemne.

Podczas pobytu w Oddziale gorączkuje, wymioty treścią fusowatą. W Rtg w obu płucach zmiany śródmiąższowe sugerujące pcp lub etiologię swoistą. Zgon wśród narastających objawów niewydolności krążeniowo-oddechowej.

B.znaczna niedokrwistość /erytrocyty 2,75M/ul, leukocyty 8,1 k/ul, limfocyty 1539/CD4:CD8 0,003 ^{CD4 - 4}_{CD8 - 1232}

Wynik sekcji ogólnej /28.05.1996 - dr med. Z.Kamiński/:

Embolia arteriae pulmonalis. Thrombi parietalis atrii et ventriculi dextri cordis venam cavam superiorem penetrans. Pneumonia lobaris /pcp/ bilateralis. Hepatosplenomegalis. Atrophia glandularum suprarenalium. Cachexia.