

СИФИЛИС И УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016
УДК 616.132-007.64-02:616.972

Новоселов В.С.¹, Квижинадзе Г.Н.², Туманова Е.Л.³, Белоусов С.Р.¹, Смирнова Л.М.¹

СИФИЛИТИЧЕСКАЯ МНОЖЕСТВЕННАЯ ГИГАНТСКАЯ АНЕВРИЗМА АОРТЫ

¹ГБОУ ВПО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, 119991, г. Москва, Россия;

²Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии, г. Москва, Россия;

³Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, 117997, г. Москва, Россия

В последние годы отмечается рост числа клинических проявлений поздних форм сифилиса с поражениями сердечно-сосудистой системы. Данное обстоятельство обуславливает необходимость проведения более тщательного обследования пациентов с аневризмами аорты и аналогичными поражениями сердечно-сосудистой системы. В статье представлен обзор современной зарубежной литературы по гигантским сифилитическим аневризмам аорты. Дается также описание наблюдавшегося в клинике кардиологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова случая множественной сифилитической аневризмы крупных размеров со сдавлением близлежащих органов, выявленной прижизненно. Проиллюстрированы данные инструментальных и патолого-анатомических исследований, а также подробно изложена проведенная операция.

Ключевые слова: сифилитическая аневризма аорты, гигантская аневризма аорты, протезирование аневризмы аорты.

Для цитирования: Новоселов В.С., Квижинадзе Г.Н., Туманова Е.Л., Белоусов С.Р., Смирнова Л.М. Сифилитическая множественная гигантская аневризма аорты. *Российский журнал кожных и венерических болезней.* 2016; 19(4): 249-253. DOI: 10.18821/1560-9588-2016-19-4-249-253

Novoselov V.S.¹, Kvizhinadze G.N.², Tumanova E.L.³, Belousov S.R.¹, Smirnova L.M.¹

SYPHILITIC A MULTIPLE GIANT AORTIC ANEURYSM

¹I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, 119991, Russian Federation;

²Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology, Moscow, Russian Federation;

³Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, 117997, Russian Federation

In recent years there has been growth in the number of clinical manifestations of late forms of syphilis with damage to the cardiovascular system. This fact makes it necessary to conduct a careful examination of patients with aortic aneurysms and similar lesions of the cardiovascular system. The article gives an overview of modern literature of giant syphilitic aortic aneurysms. The clinical case of multiple syphilitic aneurysm with compression of nearby organs, revealed in vivo is described. The data of instrumental, histopathology, immunohistochemical methods of investigation and the operation are presented.

Keywords: syphilitic aortic aneurysm; giant aneurysm of aorta; aortic aneurysm prosthetics.

For citation: Novoselov V.S., Kvizhinadze G.N., Tumanova E.L., Belousov S.R., Smirnova L.M. Syphilitic a multiple giant aortic aneurysm. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases (Rossiyskii Zhurnal Kozhnykh i Venericheskikh Boleznei).* 2016; 19(4): 249-253. (in Russian). DOI: 10.18821/1560-9588-2016-19-4-249-253

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Funding. The study had no sponsorship.

Received 01 June 2016

Accepted 21 July 2016

В настоящее время имеются описания гигантских аневризм аорты зарубежными авторами, а также существуют публикации сифилитических аневризм, сдавливающих соседние органы и вызывающих их поражения [1, 2]. При своевременном выявлении и проведении хирургической коррекции, а также назначении специфического лечения исход может быть благоприятным, и длительность жизни пациента будет увеличена. Внезапный разрыв аневриз-

мы может привести к летальному исходу. К этому может привести отсутствие своевременной диагностики, когда ни пациент, ни специалисты не осведомлены о диагнозе и до разрыва аневризмы остается несколько дней или даже минут.

Определенный интерес представляют немногочисленные публикации зарубежных авторов об описаниях гигантской аневризмы аорты. Так, в 2015 г. в Американском журнале медицинских наук была опубликована статья с описанием клинического случая с названием: «временная бомба в грудной клетке, гигантская аневризма дуги аорты» [3]. У 63-летнего жителя Китая, поступившего в клинику с целью проведения хирургической коррекции, произошел разрыв гигантской аневризмы аорты, что привело к смерти пациента непосредственно перед оперативным вмешательством. Следует сказать, что у этого пациента аневризма была не сифилитической природы и в данном случае смысл словосочетания «бомба замедленного действия» указывает на то, насколько важно своевременно проводить оперативное вмешательство у пациентов, имеющих аневризмы аорты больших размеров.

В литературе встречаются примеры благоприятных исходов гигантских сифилитических аневризм. В частности, в 2004 г.

Для корреспонденции:

Новоселов Виктор Серафимович, кандидат мед. наук, доцент кафедры кожных и венерических болезней ГБОУ ВПО «Первый московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» Минздрава России, 119991, г. Москва, Россия. E-mail: victor.doctor@rambler.ru.

For correspondence:

Novoselov Victor S., MD, PhD, docent of Department of Skin and Venereal Diseases n.a. V.A. Rakhmanov of I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, 119991, Russian Federation. E-mail: victor.doctor@rambler.ru.

Information about authors:

Novoselov V.S., <http://orcid.org/0000-0003-3067-8915>.

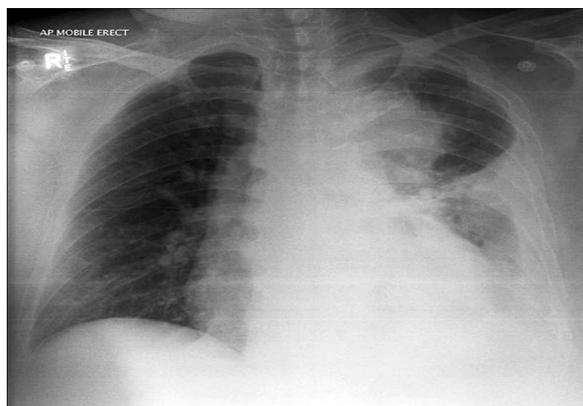


Рис. 1. Рентгенологическое исследование легких.

в Германии описан клинический случай мешотчатой гигантской аневризмы нисходящего отдела аорты размером 11 x 11 см. У 83-летнего мужчины было своевременно без осложнений проведено оперативное вмешательство с благоприятным исходом. После этого пациенту был проведен 6-месячный курс пенициллинотерапии [4]. В 2011 г. в США в одной из Бостонских больниц у 76-летнего мужчины наблюдали клинический случай гигантской сифилитической аневризмы грудной аорты, размером до 11 см, с компрессией легочной артерии. Пациенту была выполнена хирургическая коррекция, а при гистологическом исследовании аорты были обнаружены типичные характеристики сифилитического процесса [5, 6].

В Турции в 2012 г. 38-летнему мужчине с гигантской аневризмой восходящего отдела аорты (100 мм в диаметре), сдавливающей правое предсердие, была проведена успешная хирургическая коррекция [7].

В России в Санкт-Петербурге был выявлен клинический случай гигантской аневризмы аорты нисходящего отдела, которая была обнаружена при проведении МРТ. Своевременно проведенное оперативное вмешательство по протезированию аорты, привело к благоприятному исходу. Детальное патоморфологическое исследование позволило определить природу процесса в виде сифилитической инфекции [8].

Имеются сведения о проведенном хирургическом вмешательстве у 76-летнего мужчины по поводу аневризмы брюшной аорты 13 x 11 см в диаметре. Пациент был выписан на 10-й день послеоперационного периода [9].

Существуют определенные критерии риска разрыва аневризмы брюшной аорты. Если размер брюшной аорты больше 8 см, то риск ее разрыва в течение года составляет 30–50%. При этом отмечается прямая зависимость риска разрыва аневризмы от диаметра аорты. Риск существенно возрастает, если аневризма имеет крупные размеры [10].

В англоязычной литературе описаны несколько клинических случаев гигантских аневризм аорты диаметром более 13 см. Огромный размер аневризмы, а также наличие у пациента короткой шеи и сдавление органов брюшной полости, которые могут тесно прилегать к поверхностям аневризмы и способствовать образованию свищей, затрудняет проведение оперативного вмешательства [11].

Актуальной является проблема сочетания ВИЧ-инфекции и сифилиса. В Индии наблюдали случай развития гигантской сифилитической аневризмы у 35-летнего мужчины, у которого зафиксированы: концентрация CD4⁺ 518 кл/мкл; VDRL отрицательная; ТРНА 1:2560; размер дуги аорты 10 x 9 x 8 см; максимальный диаметр аорты 11,7 см. Больному в догоспитальном периоде проведена терапия

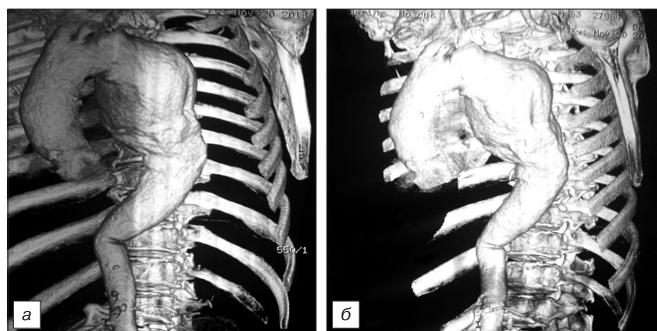


Рис. 2. Мультиспиральная компьютерная томография брюшной части аорты.

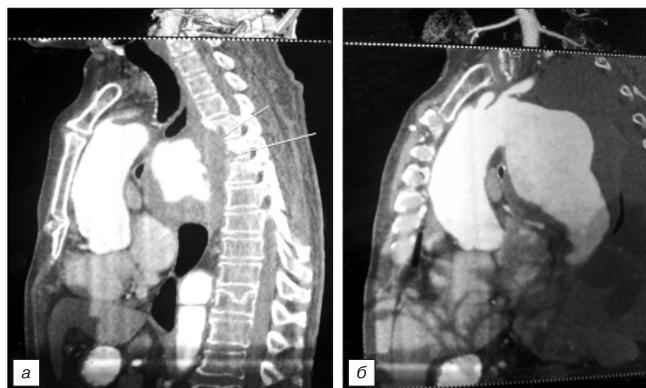


Рис. 3. Мультиспиральная компьютерная томография грудной части аорты.

бензилпенициллином 2,4 млн ЕД еженедельно в течение 3 нед, после чего была предложена госпитализация с целью оперативного лечения. Дальнейшая судьба больного неизвестна [12].

Имеется также наблюдение сочетания сифилитической инфекции и гепатита В у 38-летнего больного, у которого при проведении ангиографии была обнаружена гигантская веретенообразная аневризма восходящего отдела аорты, размером 86 мм в диаметре. Авторы считают, что окончательным лечением аневризмы аорты является хирургическая коррекция, после проведения которой рекомендуют наблюдать больных даже после хирургического и специфического лечения антибиотиками, так как не исключают в будущем развитие клинических признаков болезни даже после элиминации *Tr. pallidum* [13].

Мы наблюдали пациента, 63 лет, рост 173 см, масса тела 70 кг; судовой электрик, женат, имеет дочь и сына. Из анамнеза известно, что предположительное инфицирование сифилисом произошло 30 лет назад. Все члены семьи сифилисом не страдают. Впервые аневризма аорты выявлена в 2012 г. в больнице г. Севастополя. Спустя 2 года поступил в отделение кардиологии УКБ №1 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова с жалобами на одышку в положении лежа, осиплость голоса, дискомфорт в области сердца, чувство «давления» при поворотах, повышенную утомляемость, общую слабость. В терапевтическом отделении был выставлен клинический диагноз: гипертоническая болезнь III стадии, 3-й степени повышения артериального давления, очень высокого риска. Атеросклеротическая аневризма грудного отдела аорты (до 107 мм) с тромбированием. Сдавление главного левого бронха, левого легкого с компрессионными ателектазами в SV, SVI, SVIII. Дыхательная недостаточность I степени. Малый левосторонний гидроторакс. Ишемическая болезнь сердца: диффузный атеросклеротический кардиосклероз. Атеросклероз венечных артерий аорты. Недостаточность аортального клапана 1–2-й степени, митрального клапана 1–2-й степени, сердечная недостаточность ПА с систолической дисфункцией левого желудочка (фракция выброса 41%), функциональный класс II. Двусторонний выпотный плеврит. Гепатомегалия, хронический калькулезный холецистит. При обследовании пациента на сифи-

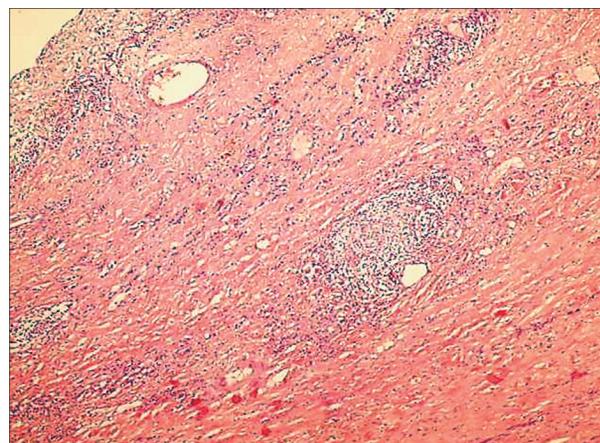


Рис. 4. Сифилитический эндоарит, мезоарит. Воспалительные инфильтраты во внутренней и средней оболочках аорты. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 100.

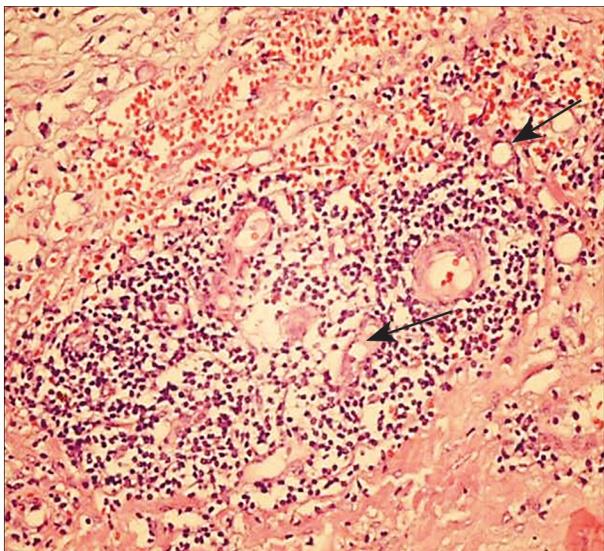


Рис. 5. Сифилитический мезоартит. Новообразованные сосуды в средней оболочке аорты окружены воспалительными инфильтратами.

Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 400.

лис РПР 4+; титр 1/16; РПГА положительный 4+, титр 1/5120; ИФА положительный; РИБТ (качественный) 50%, (количественный) 65%; РИФ 200 2+, РИФ abs 4+. Общий анализ крови от 19.11.14: все показатели в пределах нормы, кроме СОЭ – 20 мм/ч. Биохимический анализ крови от 19.11.14: белковые фракции: альбумин 48% (норма 55,8–66,1%); фракция α₁-глобулина 5,3% (норма 2,9–4,9%); фракция α₂-глобулина 12,3% (норма 7,1–11,8%); фракция γ-глобулина 23,1% (норма 11,1–18,8%). Остальные показатели в пределах нормы. Коагулограмма от 19.11.14: фибриноген 5,69 г/л (норма 2–4 г/л). Рентгенологическое исследование легких: аневризма грудной аорты. Органической патологии в пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке не выявлено. Гастроптоз (рис. 1).

Мультиспиральная компьютерная томография грудной аорты: расширение аорты до 113 мм на протяжении около 135 мм, компрессия обеих ветвей легочной артерии (в большей степени слева просвет до 9 мм), левого главного бронха (минимальный просвет 3 мм) (рис. 2, 3). В области прилегания измененной стенки аорты к телам грудных позвонков Th_{IV} и Th_V отмечены участки деструкции костной ткани размером 13 × 9 и 20 × 10 мм соответственно.

Триплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий: атеросклероз. Гемодинамически значимых изменений экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий не выявлено.

Триплексное сканирование вен нижних конечностей: варикозное расширение вен обеих нижних конечностей.

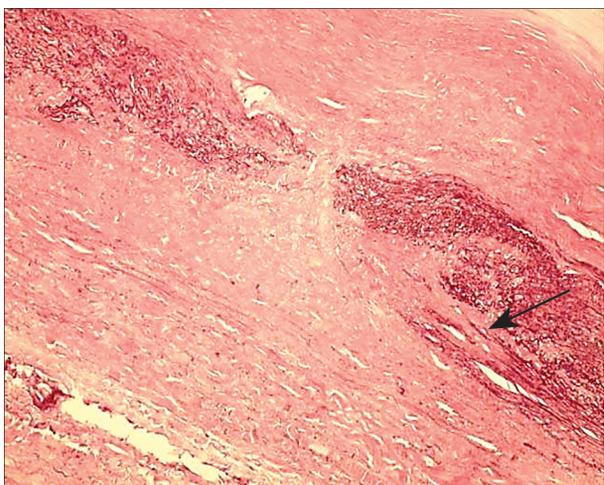


Рис. 6. Сифилитический мезоартит. Разволокнение и исчезновение эластических волокон.

Окраска фукселином (на эластину). Ув. 100.

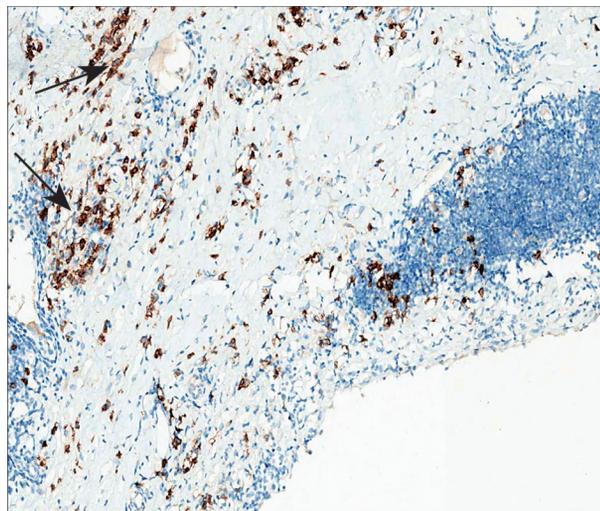


Рис. 7. Иммуногистохимическое исследование. При исследовании аорты с помощью моноклона CD138 отмечается наличие плазматических клеток в инфильтратах. Ув. 100.

Эхокардиографическое исследование. Заключение: размеры камер сердца не увеличены; корень аорты не расширен; восходящий отдел аорты для эхолокации недоступен; створки аортального клапана тонкие, подвижные, их количество не определяется. Аортальная регургитация 2-й степени. Функция остальных клапанов не нарушена. Нарушение локальной и общей сократимости левого желудочка не выявлено. ФВ 51% (норма более 55%). Для уточнения размеров корня аорты, восходящего и нисходящего отделов рекомендована чреспищеводная эхокардиография.

УЗИ органов брюшной полости. Печень не увеличена, контуры ровные, паренхима однородной структуры, обычной эхогенности, сосудистый рисунок не изменен, внутривенные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь не увеличен, неправильной формы, с перетяжками в теле, стенки не изменены, в просвете конкремент 5 мм. Поджелудочная железа не увеличена, контуры ровные, четкие, паренхима диффузно однородная. Селезенка не увеличена, паренхима однородной структуры. Почки нормальных размеров, обычно расположены, с ровными контурами, дилатации чашечнолоханочной системы и теней конкрементов не выявлено, область надпочечников не изменена.

Оперативное вмешательство. В связи с наличием у пациента гигантской аневризмы дуги и нисходящего отдела аорты, угрозой ее разрыва пациенту по жизненным показаниям проведена резекция аневризмы нисходящего отдела аорты с протезированием синтетическим протезом Polythese 30 мм. Операцию проводили в условиях периферического кровообращения и гипотермии (при

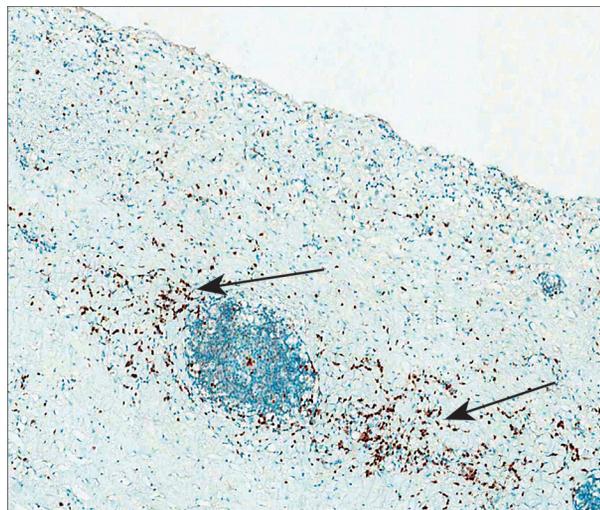


Рис. 8. Иммуногистохимическое исследование. Исследование с моноклоном MUM 1 подтвердило наличие плазматических клеток в инфильтратах. Ув. 100.

температуре 25°C). Аорта иссечена на уровне устья левой подключичной артерии в пределах неизмененных стенок. Сформированы проксимальный и дистальный анастомозы по типу «концев-в-конец» между аортой и протезом Polythèse 30 мм. Установлен электрокардиостимулятор. В отделении реанимации: состояние пациента на момент поступления тяжелое, соответствует тяжести и объему перенесенной операции. Медикаментозная седация, искусственная вентиляция легких (ИВЛ) режим SIMV; дыхание слева осложнено. Инотропная поддержка допамин, норэдреналин. Гемоглобин 99 г/л, гематокрит 29%, эритроциты $3,28 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $5,6 \times 10^9/л$, тромбоциты $78 \times 10^9/л$.

В отделении реанимации: у больного отмечены брадикардия, гипотония (даже на фоне инотропной и вазопрессорной поддержки). Навязан ритм ЭКС 80 в 1 мин, гемодинамически неэффективный. Начат непрямой массаж сердца. Через 3 мин получен устойчивый гемодинамический ответ АД на фоне поддержки 130/52 мм рт. ст. ЭКС 80 ударов в 1 мин, лейкоцитоз $15,2 \times 10^9/л$, глюкоза 11,4 ммоль/л, ацидоз рН 7,1.

Послеоперационный период. Состояние крайне тяжелое. Гемодинамика стабильная АД 110/70 мм рт. ст. ЧСС 105 в 1 мин. На поддержке норэдреналин 400 мкг/кг в 1 мин, допамин 6 мкг/кг в 1 мин; ИВЛ. Неврологический статус: медикаментозная седация. Отмечается парез в конечностях слева, правый зрачок расширен, на свет не реагирует (нарушение мозгового кровообращения?). Консультация невролога: DS! Острое нарушение мозгового кровообращения в левой средней мозговой артерии, глубокий сонор (8–9 баллов по шкале комы Глазго); не контактирует; менингеальных знаков нет, анизокория OS > OD; правосторонний гемипарез до 1 балла. Черескожная дилатационная трахеостомия.

Далее отмечался регресс неврологической симптоматики, движения в конечностях восстановились, эпизодические приступы психомоторного возбуждения, состояние тяжелое, обусловлено энцефалопатией смешанного генеза, декомпенсацией сердечно-сосудистой деятельности, дыхательной недостаточностью, печеночной недостаточностью (АЛТ 336 ЕД/л, АСТ 70 ЕД/л, билирубин общий 2,1 ммоль/л). Консультация клинического фармаколога. Проводимая антибактериальная терапия: цефтриаксон по 2 г 2 раза в сутки. Больной в сознании, контактен, команды выполняет. Дыхание самостоятельное, через трахеостомическую трубку, АД 95/50 без поддержки. Снижение печеночных ферментов. Консультация клинического фармаколога. Учитывая аспирацию кровью, гнойный секрет при фибробронхоскопии назначены: левофлоксацин 500 мг 2 раза в сутки, цефоперазон/сульбактам 2 г/2 г 2 раза в сутки (учитывая высокий риск присоединения полирезистентной флоры). Состояние больного тяжелое, стабильное. В сознании, контакт возможен, приступы психомоторного возбуждения. Гемодинамика без поддержки, дыхание при ИВЛ, аускультативно ослаблено в нижнебоковых отделах, слизисто-гнойная мокрота, температура нормальная. Гемоглобин 80 г/л, гематокрит 25%, эритроциты $2,88 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $6,8 \times 10^9/л$, тромбоциты $104 \times 10^9/л$, К 3,6 ммоль/л, глюкоза 5,8 ммоль/л, лактат 2,7 ммоль/л (анализ от 16.12). Состояние больного тяжелое, с отрицательной динамикой. Гипотония на фоне поддержки, ритм ЭКС, гемодинамически неэффективный, явления дыхательной недостаточности, гипоксемия, фибрилляция желудочков, начаты реанимационные мероприятия; без результата. Пациент умер на 16-й день после операции.

Заключительный клинический диагноз. Основной: третичный сифилис (A52.7). Сифилитический мезоартит с образованием аневризмы в области дуги и нисходящей аорты. Компрессия обеих ветвей легочной артерии, левого главного бронха с развитием ателектаза нижней доли левого легкого, состояние после операции: резекция аневризмы нисходящей аорты. Протезирование нисходящего отдела грудной аорты синтетическим протезом Polythèse в условиях периферического кровообращения и гипотермии (температура 25°C) от 02.12.14. Осложнения основного заболевания: продленная ИВЛ. Состояние после пунктирной дилатационной трахеостомии от 04.12.14. Септическое состояние. Инфекционно-токсический шок. Гнойный трахеобронхит. Полиорганная недостаточность (дыхательная, сердечно-сосудистая, энцефалопатия смешанного генеза). Острое нарушение мозгового кровообращения в бассейне левой средней мозговой артерии. Реанимационные мероприятия от 18.12.14. Некроз кожного лоскута. Левосторонний гидроторакс. Анемия средней степени тяжести. Сопутствующие болезни: гипертоническая болезнь 2-й степени, 3-й степени повышения АД, очень высокого риска. Недостаточность аортального клапана. Блокада левой ножки пучка Гиса. Желчнокаменная болезнь: хронический калькулезный холецистит вне обострения. Варикозное расширение вен нижних конечностей.

Проводили патолого-анатомическое исследование.

Патолого-анатомический диагноз. Основное заболевание: третичный сифилис: сифилитический мезоартит с формировани-

ем аневризмы дуги и нисходящего отдела аорты, склероз створок аортального клапана с недостаточностью. Операция 02.12.14 – резекция аневризмы нисходящей аорты, протезирования нисходящего отдела грудной аорты синтетическим протезом в условиях периферического кровообращения и гипотермии (25°C). Осложнения. Очаг серого размягчения в области продолговатого мозга. Отек головного мозга с дислокацией ствола. Некроз кожного лоскута операционной раны. Продленная ИВЛ. Операция дилатационной пунктирной трахеостомии. Гнойно-фибринозный трахеит. Хронический дренированный абсцесс в III сегменте левого легкого. Фиброз висцеральной плевры верхней доли левого легкого. Левосторонний гидроторакс (1400 мл). Хроническое венозное полнокровие внутренних органов. Отек стоп и голеней. Отек легких. Реанимационные мероприятия. Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь: эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 400 г, толщина стенки левого желудочка 1,6 см, правого – 0,5 см); артериосклеротический нефросклероз. Атеросклероз аорты (фиброзные бляшки, изъязвления, кальциноз), венечных артерий сердца (единичные фиброзные бляшки). Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз. Хронический слизисто-гнойный бронхит. Диффузный сетчатый пневмосклероз. Обструктивная эмфизема легких. Хронический калькулезный холецистит в стадии ремиссии. Варикозное расширение поверхностных вен голеней.

При исследовании операционного материала (участка стенки аневризмы) были обнаружены следующие изменения: продуктивный эндартериит, мезоартит (рис. 4), новообразование сосудов в средней оболочке аорты (рис. 5). При окраске фукселином в средней оболочке аорты выявлены разволокненные эластические волокна, на небольших участках волокна отсутствовали (рис. 6).

Для определения клеточного состава воспалительного инфильтрата проводилось иммуногистохимическое исследование с моноклонами CD138 и MUM 1, которые являются маркерами плазматических клеток. Плазматические клетки преобладают в воспалительных инфильтратах при сифилитических процессах (рис. 7, 8).

Кроме того, проводили иммуногистохимическое исследование с моноклонами к *Treponema pallidum*. Сама трепонема не обнаружена, что не противоречит диагнозу третичный сифилис (клинически серопозитивный).

Выводы

- в последние годы отмечается рост числа случаев поздних форм сифилиса с поражениями сердечно-сосудистой системы. Данное обстоятельство обуславливает необходимость проведения более тщательного обследования серопозитивных пациентов с кардиологической патологией;
- целесообразно проводить работу со специалистами хирургических и терапевтических стационаров на предмет повышения их осведомленности в вопросах диагностики, течения и профилактики исходов висцеральных форм сифилиса;
- необходимо ставить вопрос о более активном привлечении венерологов к работе с пациентами терапевтического и хирургического стационаров, имевшими в анамнезе сифилитическую инфекцию с подозрением на развитие поздних форм сифилиса.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Waikittipong S. Syphilitic aortic aneurysm presenting with upper airway obstruction. *Asian Cardiovasc Thorac. Ann.* 2012; 20(5): 575–7. doi: 10.1177/0218492311436257.
2. Fulton J.O., Zilla P., De Groot K.M., Von Oppell U.O. Syphilitic aortic aneurysm eroding through the sternum. *Eur. J. Cardiothorac Surg.* 1996; 10(10): 922–4.
3. Haiyong W., Zhenzong D. A time bomb in thorax: giant aortic arch aneurysm. *Am. J. Med. Sci.* 2015; 349(3): e3.
4. Bossert T., Battellini R., Kotowicz V., Falk V., Gummert J.F., Mohr F.W. Ruptured giant syphilitic aneurysm of the descending aorta in an octogenarian. *J. Card. Surg.* 2004; 19 (4): 356–7.
5. Tomey M., Murthy V., Beckman J. Giant syphilitic aortic aneurysm: a case report and review of the literature. *Vasc. Med.* 2011; 6(5): 360–4. doi: 10.1177/1358863X11417614.
6. Sekine Y., Yamamoto S., Fujikawa T., Oshima S., Ono M., Sasaguri S. Surgical repair for giant ascending aortic aneurysm to superior vena cava fistula with positive syphilitic test. *Gen. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 2015; 63(10): 576–8. doi: 10.1007/s11748-013-0317-2.
7. Acar Z., Agac M., Demirbas M., Kurt D. Giant syphilitic aortic aneurysm presenting with pericardial tamponade as an initial sign. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2012; 59(1): e1. doi: 10.1016/j.jacc.2011.02.083.
8. Luneva E., Malev E., Rzhikov A., Pakhomov A. Giant syphilitic aortic aneurysm. *Eur. J. Cardiothorac. Surg.* 2014; 45(2): 392. doi: 10.1093/ejcts/etz280.
9. Dragan P., Tabakovic M., Kusturca A., Piljic D., Hajdarevic A., Klokocovnik T. Giant ruptured abdominal aortic aneurysm. *Saudi Med. J.* 2014; 35(10): 1283–4.

10. Brewster D., Cronenwett J., Hallett J., Johnston K., Krupski W., Matsumura J.; Joint Council of the American Association for Vascular Surgery and Society for Vascular Surgery. Guidelines for the treatment of abdominal aortic aneurysms. Report of a subcommittee of the Joint Council of the American Association for Vascular Surgery and Society for Vascular Surgery. *J. Vasc. Surg.* 2003; 37(5): 1106–17.
11. Maras D., Lioupis C., Moulakakis K., Sfyroeras G., Pavlidis P., Bountouris I., et al. Giant abdominal aortic aneurysms: clinical and technical considerations. *Acta Chir. Belg.* 2009; 109(3): 376–80.
12. Rani N.U., Babu G.R., Raju V.N., Vijay C., Raju T.B., Peer D.S. A giant syphilitic aneurysm in a young human immunodeficiency virus sero-positive individual. *Indian J. Chest Dis. Allied Sci.* 2009; 51(4): 245–7.
13. Yeşim Hoşcan. Syphilitic aortic aneurysm in a young hepatitis B-infected man: Case presentation. *Turkey Int. J. Cardiovascular Acad.* 2015; 1(1): 9–10.

Поступила 01.06.16

Принята к печати 21. 06.16

ИСТОРИЯ ДЕРМАТООНКОЛОГИИ

© СТОЧИК А.А., КРЯЖЕВА С.С., 2016

УДК 616.5:92 Подвысоцкая

Сточик А.А., Кряжева С.С.

ПОДВЫСОЦКАЯ О.Н. – ПЕРВЫЙ С МОМЕНТА СОЗДАНИЯ АМН СССР АКАДЕМИК-ДЕРМАТОЛОГ

ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им.Н.А. Семашко», 105064, Москва, Россия

Ольга Николаевна Подвысоцкая прошла длинный путь от лаборанта клиники кожных и венерических болезней Петербургского женского медицинского института до звания первого академика дерматолога Академии медицинских наук СССР. Одна из лидеров отечественной дерматологии середины XX века, создатель новой дерматологической школы, характеризующейся патофизиологическим направлением, О.Н. Подвысоцкая – автор серии блистательных работ по blastomycosis, chromoblastomycosis, epidermophytia (острая трихофития Подвысоцкой), onychomycosis, туберкулезным заболеваниям кожи. Она также была одним из первых организаторов Ленинградского люпозория. В тоже время и процесс создания самой Академии медицинских наук, как новой самостоятельной структуры, призванной объединить прикладную и теоретическую медицинскую науку страны, прошел несколько сложных этапов. Одним из них стало создание, а затем ряд реорганизационных преобразований Всесоюзного института экспериментальной медицины (ВИЭМ). Ольга Николаевна Подвысоцкая принимала активное участие в работе ВИЭМ, а в последствии и в работе АМН СССР, действительным членом которой она стала с момента основания Академии медицинских наук в 1944 г.

Ключевые слова: Подвысоцкая О.Н.; Всесоюзного института экспериментальной медицины; Академии медицинских наук СССР.

Для цитирования: Сточик А.А., Кряжева С.С. О.Н. Подвысоцкая – первый с момента создания АМН СССР академик – дерматолог. *Российский журнал кожных и венерических болезней.* 2016; 19(4): 253-254. DOI: 10.18821/1560-9588-2016-19-4-253-254

Stochik A.A., Kryazheva S.S.

O.N. PODVISOTSKAYA THE FIRST ACADEMICIAN DERMATOLOGIST SINCE THE MOMENT OF ESTABLISHMENT OF THE AMS USSR

National Institute of Scientific Researches of public health n.a. N.A. Semashko, Moscow, 105069, Russian Federation

Olga Nikolaevna Podvisotskaya (1884–1958) made her way up from the laboratory assistant at the Clinic of Dermal and Venereal Diseases at the St. Petersburg Women's Medical Institute to the first dermatologist academician at the Academy of Medical Sciences of the USSR. She is one of the leaders of the domestic dermatology of the mid 20th century and the creator of a new school of dermatology, based on pathophysiological researches. O.N. Podvisotskaya is the author of fascinating researches on blastomycosis, chromoblastomycosis, epidermophytia (acute trichophytia of Podvisotskaya), onychomycosis, tuberculosis. She is known as the founder of the Leningrad Lupus Sanatorium. At this time the process of formation of the Academy of Medical Sciences as a stand-alone structure, designed to put together the practical and theoretical sciences in the country has been evolving. One of the complex phases in this process was the foundation of All Union Institute of Experimental Medicine (AUIEM) and its further reorganisational changes. O.N. Podvisotskaya was taking most active part in the activities of the AUIEM and later – at the AMS after becoming the academician, since the moment of foundation of the Academy of Medical Sciences in 1944.

Keywords: O.N. Podvisotskaya; All-Union institute of experimental medicine; AMS USSR.

For citation: Stochik A.A., Kryazheva S.S. O.N. Podvisotskaya the first academician dermatologist since the moment of establishment of the AMS USSR. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases (Rossiyskiy Zhurnal Kozhnykh i Venericheskikh Boleznei).* 2016; 19(4): 253-254. (in Russian). DOI: 10.18821/1560-9588-2016-19-4-253-254

Received 17 May 2016

Accepted 21 June 2016

Ольга Николаевна Подвысоцкая (1884–1958) стала первым дерматологом – академиком АМН СССР. Предпосылки создания Академии медицинских наук возникли еще в 1932 г., когда на совещании руководства страны 7 октября 1932 года рассматривали вопрос о будущем советской медицинской науки и практики, Сталин высказал предложение о созда-

Для корреспонденции:

Сточик А.А., кандидат мед. наук, ведущий научный сотрудник ФГБНУ Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко, 105064, г. Москва, Россия. E-mail: medpublish@mail.ru.

For correspondence:

Stochik A.A., MD, PhD, the leading scientific researcher of National Institute of Scientific Researches of public health n.a. N.A. Semashko, Moscow, 105069, Russian Federation. E-mail: medpublish@mail.ru.

нии Академии медицинских наук. К этому времени вопрос о необходимости организации в стране крупного научного центра, который мог бы развернуть комплексные исследования во всех медицинских отраслях, в том числе, в области фундаментальной науки, стоял особенно остро. Присутствовавшие на этом совещании ученые-медики, в частности А.Д. Сперанский, все-таки сочли это предложение несвоевременным и остановились на идее создания Всесоюзного института экспериментальной медицины (ВИЭМ) на базе, уже существовавшего тогда в Ленинграде, Государственного института экспериментальной медицины (ГИЭМ). ВИЭМ должен был стать крупнейшим научным центром по ... «всестороннему изучению организма человека на основе современной теории и практики биологических и медицинских наук» [1], нацеленный на ... «изыскание новых методов исследования, лечения и профилактики на основе новейших достижений в области биологии, химии, физики и