

В.Г.ПАНКРАТОВ, О.В.ПАНКРАТОВ, В.В.ЯРМОЛОВИЧ, Л.В.КЛИМОВА
РАННИЙ ПРИОБРЕТЕННЫЙ СИФИЛИС: КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ В
ГОДЫ ПОДЪЁМА ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА. Сообщение 1. ПЕРВИЧНЫЙ
ПЕРИОД СИФИЛИСА

Белорусский государственный медицинский университет, Белорусская медицинская академия последипломного образования, ЛУ «Городской клинический кожно-венерологический диспансер» (г.Минск).

В период с 1945 года на территории Республики Беларусь зарегистрированы 3 волны подъёма и спада заболеваемости сифилисом. Длительность каждой волны составляла 23 года. Если учесть, что в 1988 году была зарегистрирована наименьшая заболеваемость сифилисом в Республике Беларусь (1,4 случая на 100 тысяч населения), что с 1989 по 1996 год имел место бурный подъём заболеваемости (до 209 случаев на 100 тысяч населения), а с 1997 г. по настоящее время идёт медленное снижение заболеваемости, то можно ожидать, что с 2011-2013 г.г. может начаться очередной подъём заболеваемости. Анализ 3 прошедших волн заболеваемости в XX столетии показал, что полупериод подъёма заболеваемости в 1,5-1,8 раза короче полупериода снижения заболеваемости [20].

Имеются публикации о наличии различий как в характере течения сифилитической инфекции, так и в клинических проявлениях раннего манифестного сифилиса в периоды подъёма и угасания эпидемического процесса [3, 5, 7,].

Знание особенностей клинических проявлений первичного и вторичного сифилиса в годы подъёма эпидемического процесса может помочь практикующим врачам уменьшить число диагностических ошибок, своевременно диагностировать и начать адекватное лечение больных ранними формами сифилиса [1, 3, 6, 8, 11-13, 15, 17, 19].

Первичный период сифилиса начинается с появления твердого шанкра и длится от 5 до 12 недель, чаще 6-8 недель, т.е. до появления первых высыпаний вторичного периода. Клинически для первичного периода сифилиса характерен следующий симптомокомплекс: твердый шанкр (ТШ), регионарный лимфаденит, лимфангит, возможны и общие симптомы (небольшая лихорадка, недомогание, головная боль, повышенная утомляемость, снижение аппетита, бессонница и др.). В конце первичного периода у большинства больных формируется полиаденит.

Цель настоящего исследования – изучить особенности клинических и серологических проявлений первичного периода сифилиса в первые годы подъёма заболеваемости (на примере третьей волны сифилиса в XX столетии).

Материал и методы

Проанализированы данные историй болезни 583 больных первичным сифилисом, получавших лечение в Минском городском клиническом кожно-венерологическом диспансере в первые годы последней волны подъёма заболеваемости в период с 1989 г. по 1995 г. Изучался социально-эпидемиологический статус больных, анализировались клинические проявления, результаты лабораторной диагностики сифилиса, с использованием методов параметрической и непараметрической статистики.

Результаты и обсуждение

Больные были в возрасте от 15 до 59 лет, мужчин было 381, женщин – 202. В возрасте от 19 до 29 лет мужчин было 67,8 %, а женщин – 74,7 %, в то время как удельный вес мужчин в возрасте 40-59 лет составил 10,7 %, а женщин в этой возрастной группе – 6,8 %.

В социальном плане преобладали работники госпредприятий и торговли – 44,8 %, неработающие и необучающиеся – 25,3 %, учащиеся и студенты составили 11,4 %, служащие – 8,4 %, водители городского и междугороднего транспорта – 5,2 %, индивидуальные предприниматели и сотрудники фирм – 3,8 %. На увеличение удельного веса неработающих больных указывают и другие авторы [4, 5, 9, 13, 14].

Состояли в браке 35,5 %, холостые и незамужние – 56,2 %, разведенные – 7,3 %, вдовцы и вдовы – 1,0 %. Бытовым пьянством или хроническим алкоголизмом страдали 24,6 %.

Ещё в XIX веке Ricord советовал врачам помнить три цифры применительно к первым этапам развития сифилитической инфекции после инфицированного контакта: 3 недели – появление твердого шанкра, 6 недель – формирование регионарного бубона, 9 – появление вторичных сифилидов. Время от момента инфицирования до появления твердого шанкра называется инкубационным периодом. Нам удалось уточнить длительность инкубационного периода у 286 больных первичным сифилисом. Он оказался равен $28,2 \pm 1,6$ дня (от 16 до 53 дней), т.е. налицо небольшое удлинение инкубационного периода. На удлинение инкубационного периода у больных первичным сифилисом в 80-90-е годы XX столетия сообщают и другие авторы [1-7, 9-11, 14, 15, 17].

Главный диагностический признак первичного периода сифилиса – твердый шанкр – всегда развивается на месте внедрения бледных трепонем в кожные покровы или слизистые оболочки. На этом месте появляется розово-красное пятно, которое в течение нескольких дней превращается в плоскую или полусферическую папулу вследствие формирования клеточного инфильтрата. Специфический васкулит в области этой папулы довольно быстро приводит к образованию эрозии, т.е. дефекта кожи или слизистой оболочки в пределах

эпидермиса. При этом края и дно эрозивного шанкра лежат на одном уровне, но нередко вследствие развития инфильтрата в основании эрозия может выступать над окружающими тканями [2, 3, 6, 15]. Если пациент плохо питается, злоупотребляет курением, алкоголем, наркотиками, страдает истощающими заболеваниями или ВИЧ-инфекцией, эрозивный шанкр выходит за пределы эпидермиса и поражаются верхние слои дермы. Такой ТШ называется язвенным, дефект тканей более глубокий, края язвы ровные, пологие и блюдцеобразно спускаются ко дну. Окраска эрозивных и язвенных шанкров – от розово-красной до вишневой, при этом центр шанкра может иметь сероватый или желтоватый цвет [1, 2, 6, 15]. Поверхность шанкра обычно покрыта скудным серозным отделяемым, что при боковом освещении придает поверхности эрозивного шанкра блестящий, лакированный вид. Отделяемое язвенного шанкра обычно мутноватое (много лейкоцитов), оно используется, особенно после очищения и раздражения поверхности шанкра платиновой петлей, для обнаружения бледных трепонем в темнопольном микроскопе. Очертание ТШ округлое или овальное, хотя в области складок, ссадин, расчёсов шанкры могут быть щелевидными или конусовидными [1, 2, 3, 4, 6, 8, 15, 17]. Классические размеры твердого шанкра – 5-15 мм, если диаметр его менее 4 мм – это карликовый шанкр, а если больше 2-3 см – гигантский.

Шанкры могут иметь генитальную, экстрагенитальную и биполярную локализацию. В изучавшейся нами группе больных генитальная локализация шанкров зарегистрирована у 555 больных (95,2 %) $P < 0,001$, экстрагенитальная – у 24 (4,1 %). Экстрагенитальная локализация ТШ на слизистой полости рта или языке описана у 6 женщин и 3 мужчин, в области ануса и в перианальной области – у 4 мужчин и 8 женщин, на коже надлобковой области – у 1 мужчины, на слизистой прямой кишки – у 2 мужчин. У 4 пациентов (0,7 %) описаны биполярные шанкры, т.е. как на половых органах, так и экстрагенитально (у 1 – эрозивный шанкр на головке полового члена и гигантский язвенный шанкр (3,3 см) в области лобка; у 1- эрозивный шанкр задней спайки и 2 эрозивных шанкра перианальной области; у 1 - шанкр шейки матки и язвенный шанкр околососковой области правой грудной железы; и у 1 – язвенный шанкр тыльной поверхности второй фаланги среднего пальца левой кисти и множественные язвенные твердые шанкры венечной борозды и крайней плоти). Наши данные об отсутствии учащения экстрагенитальных и биполярных шанкров согласуются с наблюдениями Калугиной О.Г. и Соколовского Е.В. [12], в отличие от наблюдений других авторов [6, 9, 10, 11, 19].

Одиночные шанкры выявлены у 338 больных (58,0 %), в том числе эрозивные – 51,5 %, язвенные – у 164 больных (48,5 %). Множественные шанкры в количестве от 2 до 14 описаны у 245 больных (42,0 %), в том числе множественные эрозивные у 142 (58,0 %) , множественные язвенные – у 76 (31,0 %), а у 27 (11,0 %) пациентов – множественные

эрозивно-язвенные шанкры. Преобладание одиночных шанкров над множественными и множественных эрозивных шанкров над множественными язвенными статистически достоверно ($P < 0,05$). Наблюдавшееся нами, как и другими авторами [1, 12, 15, 17], преобладание эрозивных и одиночных шанкров вступает в некоторое противоречие с публикациями отдельных авторов об учащении язвенных и множественных шанкров [5, 10, 11].

Генитальные ТШ диаметром до 10 мм были выявлены у 380 (65,2 %) больных ($P < 0,01$), размером от 11 до 15 мм - у 154 (26,4 %), гигантские шанкры (от 16 мм до 47 мм) обнаружены у 33 больных (5,7 %), в том числе гигантские эрозивные - у 12, язвенные - у 21 больного. Среди экстрагенитальных шанкров преобладали язвенные - у 15 из 24 (62,5%) больных. Герпетиформный первичный аффект (шанкры менее 3 мм в диаметре) зарегистрирован у 19 больных (3,2 %), в том числе язвенные карликовые шанкры - у 6 пациентов. У 16 больных (2,7 %) ввиду атипизма проявлений (шанкр-амигдалит - 1, индуративный отёк половых органов - 2) и осложнений (фимоз - 12) определить наличие эрозивного или язвенного шанкра не удалось в день обращения.

У мужчин одиночные или множественные генитальные ТШ выявлялись на головке полового члена - у 142 (37,2 %), в области венечной борозды - у 37 (9,7 %), уздечки - у 11 (2,9 %), крайней плоти - у 158 (41,5 %), тела полового члена - у 38 (11,0 %), в том числе «шанкр-кондом» - у 4 пациентов; на коже мошонки - у 9 (2,4 %) и внутриуретральный шанкр - у 1 больного.

Для практикующих дерматовенерологов представляет интерес так называемый «шанкр-кондом», т.е. шанкр, локализующийся в основании тела полового члена, за фиксирующим кольцом презерватива. В 3 случаях это были единичные язвенные шанкры обычных размеров с выраженным плотным инфильтратом в основании, двухсторонним паховым склерадениом, лимфангиитом у 1 пациента. У четвертого больного в основании полового члена были 3 мелких эрозивных шанкра со слабо выраженным листовидным инфильтратом в основании, умеренным двухсторонним паховым лимфадениом. У всех четырех больных в отделяемом шанкров были обнаружены бледные трепонемы при микроскопическом исследовании в темнопольном микроскопе. Это означает, что половой акт с больной заразной формой манифестного сифилиса с использованием презерватива не обеспечивает мужчине 100-процентно гарантированной защиты от сифилиса.

У женщин генитальные шанкры локализовались преимущественно на больших и малых половых губах - у 86 (42,6 %), в области задней спайки - у 82 (40,6 %), передней спайки - у 10 (4,9 %), на шейке матки - у 14 (6,9 %).

Важной особенностью первичного аффекта при сифилисе является наличие своеобразного эластического уплотнения в основании шанкра, что легко определяется пальпаторно, если слегка сжать шанкр большим и указательным пальцами (разумеется, в резиновых перчатках). Степень уплотнения может быть различной – от пружинящего листовидного, пластинчатого до папулёзного и, реже, узловатого образования, границы которого в этом случае выходят на 2-3 мм за пределы площади эрозивного или язвенного дефекта [3, 6, 15, 17]. В последние годы участились публикации об отсутствии уплотнения в основании шанкра у 5 % больных первичным сифилисом и больше [3, 15, 17], особенно при локализации мелких эрозивных шанкров на головке полового члена.

Из 555 больных первичным сифилисом с генитальной локализацией твердого шанкра уплотнение в основании шанкров отмечено у 537 (96,8 %), не отмечено наличие инфильтрата в основании шанкра у 11 из 14 больных с эрозивным шанкром шейки матки и у 7 больных с эрозивными шанкрами головки полового члена (диаметр шанкров был от 4 до 9 мм).

У абсолютного большинства больных появление и эволюция ТШ протекали без субъективных расстройств. Созревший твёрдый шанкр какое-то время (до 1-1,5 недели) может оставаться без изменений, а затем наступает период заживления (эпителизации). Обратная эволюция эрозивного ТШ начинается с краев, на фоне рассасывания уплотненного инфильтрата в основании. Лишь при массивном инфильтрате уплотнение в основании пальпируется ещё какое-то время в границах восстановленного эпидермиса. В конце концов уплотнение рассасывается, никакого рубца после эрозивного шанкра не остается, но на месте зажившего шанкра еще несколько недель можно видеть гипо- или гиперпигментное пятно. Процесс заживления язвенного шанкра начинается с появления на дне шанкра розово-красных грануляций с последующим формированием на периферии дефекта рубцовой ткани, которая вскоре полностью замещает весь дефект. Образовавшийся белесоватый рубец обычно меньше диаметра язвы, однако гигантские шанкры вследствие «ползучего» поражения дермы [15] оставляют после себя крупные рубцы различной окраски – от темно-бурой до белесоватой.

Атипичные шанкры по данным разных авторов встречаются у 0,54 – 4,5 % больных [5, 7, 9, 12]. Чаще других встречаются индуративный отёк и шанкр-амигдалит; шанкр панариций у изученного нами контингента больных не регистрировался. Мы наблюдали индуративный отёк полового члена у юноши 15 лет протекал по типу фимоза, колоколообразной формы, Отек был плотный, при надавливании ямка не оставалась, цвет кожи члена оставался телесным, без выраженной гиперемии. У больного определялся резко выраженный двухсторонний регионарный паховый лимфаденит. На второй неделе лечения после уменьшения явления фимоза на внутреннем листке крайней плоти был выявлен

язвенный твердый шанкр овальной форм. У больной 19 лет наблюдали индуративный отёк правой большой половой губы с выраженным регионарным двухсторонним паховым аденитом, который не рассосался до конца 14-дневного курса терапии пенициллином (по 400 000 ЕД через 3 часа). Нами описан шанкр-амигдалит правой миндалины у проституирующей 27-летней женщины, широко практиковавшей минет с разными мужчинами. Миндалины были величиной с крупную сливу насыщенно красного цвета с синюшным оттенком без выраженных дефектов на поверхности, закрывала почти наполовину просвет зева. Больная отмечала умеренную болезненность при глотании. Хорошо пальпировался регионарный правосторонний подчелюстной и шейный лимфангит. КСР, РИФ-200, РИФ-абс были резко положительные, титр реактивов по РВ был 1 : 40, титр флуоресцеинов 1 : 6400. Представляет интерес случай биполярных шанкров у мужчины 22 лет. У него имелся язвенный шанкр диаметром 19-20 мм на тыльной поверхности второй фаланги среднего пальца левой кисти и одновременно 4 язвенных шанкра венечной борозды и крайней плоти размером от 8 до 17 мм. Шанкр на пальце был покрыт коркой грязно-желтого цвета, по снятию которой открылась блюдцеобразная язва 20 мм в диаметре с выраженным пластинчатым уплотнением в основании. У больного пальпировался регионарный склераденит в области левого локтя и двухсторонний паховый лимфаденит РВ с обеими антигенами была 4⁺, титр реактивов был 1 : 20, МРП – 4⁺, титр антител 1 : 8, РИФ-200, РИФ-абс – 4⁺, титр антител 1 : 3 200. В отделяемом шанкров с фаланги пальца и полового члена микроскопически обнаружена бледная трепонема.

Осложненные шанкры являются следствием инфицирования эрозированной или язвенной поверхности гноеродной кокковой или фузоспириллезной флорой. У мужчин чаще других регистрируются такие осложнения ТШ как фимоз, парафимоз, гангренозный или фагеденический шанкр. Среди наблюдавшихся нами и проанализированных больных первичным сифилисом фимоз был диагностирован у 10, парафимоз – у 8, гангренозный шанкр полового члена – у 2 больных. У 2 больных наблюдался баланит Фолькмана. Фагеденический шанкр полового члена диагностировали у 1 пациента 36 лет, недавно (менее года назад) освободившегося после 7-летнего тюремного заключения, страдающего хроническим алкоголизмом. Он локализовался в венечной борозде с переходом на тело полового члена, размер 47 мм x 19 мм, глубина достигала 6-7 мм. Дно покрыто сероватым налётом, в основании – массивный плотный инфильтрат. Вокруг шанкра имелся отёк кожи и подкожной клетчатки, плотный и болезненный при пальпации. Паховые лимфатические узлы были увеличены с обеих сторон, отдельные узлы были больше 2,6-3,4 см, подвижные, болезненные при пальпации. КСР – 4⁺ (титр антител 1 : 20, 1 : 20, и 1 : 4 по МРП), РИФ-200,

РИФ-абс- резко положительные (1 : 3200). Бледная трепонема в отделяемом шанкра не обнаружена, от пункции лимфоузла больной отказался.

Важным компонентом диагностики первичного сифилиса является обнаружение признаков иммунного раздражения лимфатической системы антигенами бледной трепонемы. Клинически это проявляется формированием регионарного склераденита, лимфангиита, а конце первичного периода сифилиса – полиаденита. Эти симптомы являются результатом гиперплазии лимфоидной ткани. Шанкр, локализованный на наружных половых органах, сопровождается вначале односторонним паховым лимфаденитом на той же стороне, что и ТШ, но вскоре лимфаденит становится двухсторонним, что объясняется обилием анастомозов лимфатических сосудов наружных половых органов. Узлы увеличены до 1,5-3 см в диаметре, не спаяны, подвижны, безболезненны, один из узлов крупнее остальных. Локализация регионарного лимфаденита зависит о расположения твердого шанкра: при шанкре шейки матки, при локализации шанкров в области ануса и прямой кишки увеличены лимфоузлы малого таза, локализация шанкра в области губ, языка, полости рта приводит к увеличению подчелюстных, предушных, шейных лимфоузлов и т.д. Формирование регионарного лимфаденита, как правило, начинается одновременно с появлением твердого шанкра [2, 3, 16, 17]. Процесс формирования регионарного лимфаденита протекает незаметно для больного, а сформировавшись сохраняется несколько месяцев, рассасывание идет медленно даже на фоне лечения. Некоторые авторы указывают, что региронарный лимфаденит может отсутствовать примерно у 8 % случаев, но с этим согласны далеко не все [1-3, 5-7, 10-12, 16-19].

Проведенный нами анализ первичной медицинской документации 583 больных первичным сифилисом показал, что односторонний регионарный склераденит зарегистрирован у 152 больных (26,1 %), двухсторонний – у 409 больных (70,1 %), а в 22 историях болезни (3,8 %) отмечено отсутствие увеличения регионарных лимфатических узлов.

Специфический лимфангиит прощупывался в виде плотноэластического тяжа на спинке полового члена у 42 мужчин (11,0 %), больных первичным сифилисом.

Полиаденит к моменту окончания лечения был отмечен у 394 больных (67,6 %).

Важную роль в диагностике первичного сифилиса отводится лабораторным методам исследования. Темнопольная микроскопия отделяемого эрозивных или язвенных шанкров была выполнена (нередко повторно и даже трижды) у 568 больных, бледная трепонема была обнаружена у 555 больных (97,7 %).

У всех пациентов с подозрением на первичный сифилис проводились серологические исследования крови: реакция связывания комплемента (реакция Вассермана) с

кардиолипидным и трепонемным антигенами, микрореакция преципитации (МРП), РИФ-200 и РИФ-абс.

РВ с кардиолипидным антигеном была отрицательной у 209 больных (35,8 %), слабо положительной и положительной – у 10,9 %, резко положительной – у 53,3 % с титрами реагенов 1 : 10 – 1 : 80. РВ с трепонемным антигеном была отрицательной у 175 пациентов (30,0 %), слабо положительной и положительной – у 16,2 %, резко положительной – у 53,8 % с титрами антител от 1 : 10 - 1 : 80. МРП была отрицательной у 201 пациента (34,5 %), слабо положительной и положительной – у 13,9 %, резко положительной – у 51,6 %, титр антител 1 : 2 - 1 : 8. Таким образом, реакция связывания комплемента (РВ) с трепонемным антигеном оказалась более чувствительной, а серонегативная фаза первичного периода сифилиса имела место в анализируемой группе у 175 пациентов (30,0 %).

РИФ-200 и РИФ-абс оказались отрицательными у 70 больных первичным сифилисом, т.е. у 12,0 %, слабо положительной и положительной – у 227 (39,0 %), а резко положительной – у 286 (49,0 %) с титрами антител от 1 : 800 до 1 : 12 800.

Сифилис нередко сочетается с другими инфекциями, передаваемыми половым путём [1, 2, 4, 7, 11, 17, 18]. В анализируемой нами группе больных первичным сифилисом были диагностированы также следующие ИППП: свежая гонорея у 15 больных (9 мужчин и 6 женщин) – 2,6 %; хроническая гонорея – 16 больных (6 мужчин и 10 женщин) – 2,7 %; трихомониаз – у 29 больных (7 мужчин и 22 женщины) – 5,0 %; уrogenитальный микоплазмоз, уреapлазмоз – 18 больных (8 женщин и 10 мужчин) – 3,1 %; уrogenитальный хламидиоз – у 9 больных (6 мужчин и 3 женщины) – 1,5 %. Эта статистика лишней раз подчеркивает необходимость лабораторного обследования на ИППП всех больных сифилисом и санации выявленных сопутствующих инфекций.

В ы в о д ы

1. Клиническая картина различных стадий приобретенного сифилиса претерпела за последние 100 лет определённые изменения, что наглядно видно на примере современных проявлений первичного периода сифилиса.

2. Первичный период сифилиса в годы подъёма эпидемического процесса характеризуется:

- удлинением инкубационного периода до $28,2 \pm 1,6$ дня;
- преобладанием генитальной локализации твёрдых шанкров – 95,2 % ($P < 0,001$); редкой регистрацией экстрагенитальных (4,1 %) и биполярных (0,7 %) твердых шанкров; соотношением одиночные ТШ : множественные ТШ равным 1,4 : 1;
- несмотря на увеличение удельного веса язвенных (48,5 % - при одиночных и 31,0 % - при множественных ТШ) и множественных шанкров (42,0 %) сохраняется

достоверное преобладание эрозивных (51,5 % при одиночных и 58,0 % - при множественных ТШ) и одиночных ТШ (58,0 %) $P < 0,05$;

– у большинства больных (91,6 %) ТШ имеют обычные размеры от 0,5 мм до 15 мм, гигантские ТШ наблюдаются в 5,7 %, карликовые – в 3,2 %;

– атипичные и осложненные ТШ по-прежнему встречаются сравнительно редко (соответственно, 0,7 % и 3,6 %);

– односторонний регионарный лимфаденит выявляется у 26,1 % больных, двухсторонний – у 70,1 %, отсутствие регионарного лимфаденита отмечено у 3,8 % больных; специфический лимфангиит выявлен только у 11,0 % мужчин с ПА, а полиаденит – у 67,6 %, что указывает на меньшую выраженность реакции лимфоидной системы на бледную трепонему в последние годы.

Поскольку 30,0 % больных находились в стадии первичного серонегативного сифилиса, решающее значение в лабораторном подтверждении диагноза имеет обнаружение бледной трепонемы в отделяемом твердого шанкра (обнаружена в 97,7 %) и постановка РИФ (положительная у 88,0 % больных).

ЛИТЕРАТУРА

1. Айзятулов Р.Ф. Сифилис (иллюстрированное руководство). – Донецк : Донеччина, 1998. – С. 13 – 47.
2. Аствацатуров К.Р. Сифилис, его диагностика и лечение: руководство для врачей. – М.: Медгиз, 1956. – С. 44 – 66.
3. Борисенко К.К. Первичный сифилис. // В кн.: Кожные и венерические болезни : руководство для врачей. – М., 1999. т.1. – 517 – 531.
4. Борисенко К.К., Лосева О.К., Чистякова Т.В., Клюваева Н.М. Особенности клиники и течения сифилиса у лиц, злоупотребляющих алкоголем. // Вестн. дерматол. венерол. – 1988. - № 4. – С. 41 – 45.
5. Бугорский В.Н., Халдин А.А., Рюмкина Н.А. Современные особенности клиники ранних форм сифилиса (на примере Тульского региона). // Клини. дерматол. и венерол. – 2004. - № 1. – С. 30 – 33.
6. Венерические болезни. Под ред. О.К.Шапошникова. – М.: Медицина, 1980. – С. 52 – 81.
7. Вислобоков А.В. Особенности клинических проявлений сифилиса у сельских жителей. // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2006. - № 1. – С. 46 – 49.
8. Главинская Т.А. К казуистике экстрагенитальных твердых шанкров. // Вестн. дерматол. венерол. – 1989. - № 1. – С. 68 – 69.

9. Елькин В.Д., Фельдблюм И.В., Ворожцова Т.В. Клинико-эпидемиологическая характеристика сифилиса в Пермской области. // Рос. журн. кож. и вен. бол. -2000. - № 5. – С. 41 – 43.
10. Захаров В.К., Захаров С.В. Клинические проявления и течение сифилиса в современных условиях. // Дерматовенерология, косметология, сексопатология. – 1998. - № 1. – С. 121 – 123.
11. Зудин Б.И. Особенности клинического течения сифилиса, совершенствование методов его диагностики и лечения (клинико-экспериментальное исследование) : Автореф. дисс. ... доктора мед. наук. М., 1990.
12. Калугина О.Г., Соколовский Е.В. Ранний манифестный сифилис: современная клиника первичного периода. // Вестн. дерматол. венерол. – 2002. - № 6. – С. 44 – 48.
13. Мавров Г.И. Современные особенности сифилиса: эпидемиология, диагностика и лечение. // Журнал дерматол. и венерол. – 1999. - № 1 (7). – С. 31 – 35.
14. Оловяшников О.Р., Никифоров Б.Н., Севашевич А.В. и др. Особенности сифилиса в период эпидемии. // Тез докл. VII Росс. Съезда дерматол. и венерол. , ч. III. – Казань, 1996. – С. 67 – 68.
15. Потекаев Н.С., Потекаев С.Н., Потекаев Н.Н. Клиническое распознавание первичного сифилиса. Часть 1. // Вестн. дерматол. венерол. – 2002. - № 4. – С. 24 – 34.
16. Потекаев Н.С., Потекаев С.Н., Потекаев Н.Н. Клиническое распознавание первичного сифилиса. Часть 2. // Вестн. дерматол. венерол. – 2002. - № 5. – С. 25 – 33.
17. Сифилис: иллюстрированное руководство. Под ред. проф. В.И.Прохоренкова. – М.: Мед. книга. – 2002. – С. 23 – 37.
18. Чеботарев В.В., Павлик Л.В., Земцов М.А. Особенности течения сифилиса в период эпидемии. // Вестн. дерматол. венерол. – 1999. - № 6. – С. 56 – 58.
19. Юцковский А.Д., Дубняк Н.С., Стефанович Я.А. и др. Особенности клинических проявлений сифилиса. // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2000. - № 1. – С. 41-42.
20. Яцуха М.В., Козырева Л.Т., Бобкова И.Н., Аверина В.И. Сифилитическая инфекция в России в период бурного развития и угасания эпидемического процесса. // ИППП. – 2002. - № 1. – С. 41 – 43.

Abstract

**Early Acquired Syphilis: Clinical Manifestations During the Rise in an Epidemic Process.
Report 1. Early Period of Syphilis.**

V.G.Pancratov, O.V.Pankratov, V.V.Yarmolovich, L.V.Klimova

A total of 583 case-histories of primary syphilis patients treated at Minsk Clinical Dermatovenerologic Dispensary from 1989 to 2005, i.e. during the rise in the morbidity of the third afterwar syphilis wave in Belarus, have been evaluated and the results of this analysis are reported. Current clinical picture of the primary period of syphilis is characterized by prolonged incubation period of up to $28,2 \pm 1,6$ days; the prevalence of single erosive genital chancres (the ratio of single to multiple solid chancres is 1,4:1; genital to extragenital ones is 23:1; erosive to ulcerative ones is 1,2 –1,5 :1); the presence of regional lymphadenitis in 96,2% of cases; lower incidence of lymphangiitis (11%) and polyadenitis (67,6 %). Laboratory confirmation of the diagnosis should be performed by means of dark-field microscopy (pale treponema is revealed in 97,7 %) and by current nontreponemic and treponemic serological tests (positive results are registered in 70% and 88% of patients respectively).

Р е ф е р а т

РАННИЙ ПРИОБРЕТЕННЫЙ СИФИЛИС: КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ В ГОДЫ ПОДЪЁМА ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА. Сообщение 1. ПЕРВИЧНЫЙ ПЕРИОД СИФИЛИСА

В.Г.ПАНКРАТОВ, О.В.ПАНКРАТОВ, В.В.ЯРМОЛОВИЧ, Л.В.КЛИМОВА

– Приведены результаты анализа 583 историй болезни больных первичным сифилисом, находившихся на лечении в Минском городском клиническом кожно-венерологическом диспансере в период с 1989 г. по 2005 г., т.е. годы подъёма заболеваемости третьей послевоенной волны сифилиса на территории Беларуси. Современная клиника первичного периода сифилиса характеризуется: удлинением инкубационного периода до $28,2 \pm 1,6$ дня; преобладанием одиночных эрозивных генитальных шанкров (соотношение одиночные : множественные твердые шанкры равно $1,4 : 1$; генитальные шанкры : экстрагенитальные шанкры – $23 : 1$, эрозивные шанкры : язвенные шанкры – $1,2-1,5 : 1$); наличием регионарного лимфаденита у 96,2 % больных, более редким выявлением лимфангита (11 %) и полиаденита (67,6 %). Лабораторное подтверждение диагноза должно проводиться с помощью темнопольной микроскопии (бледная трепонема обнаруживается в 97,7 %) и современных нетрепонемных и трепонемных серологических тестов (положительные результаты регистрируются соответственно у 70 % и 88 % пациентов).