

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

**РАННИЙ ПРИОБРЕТЕННЫЙ СИФИЛИС: КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ В ГОДЫ ПОДЪЁМА ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА. Сообщение 2. ВТОРИЧНЫЙ ПЕРИОД СИФИЛИСА**

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

Наблюдение за особенностями течения и клинических проявлений сифилиса за последние 150 лет убедило ведущих сифилидологов мира, что для данной инфекции характерен патоморфоз – изменение течения и клинических проявлений инфекционного заболевания в процессе многолетних наблюдений. Патоморфоз сифилиса объясняют как изменением патологических свойств возбудителя, особенно на фоне сочетания с другими ИППП [4, 5, 6, 11], так и изменением иммунного статуса организма человека вследствие воздействия вредных факторов внешней среды (включая последствия аварии на Чернобыльской АЭС для населения Беларуси), а также нерациональным и неоправданно частым использованием антибиотиков [1, 2, 4-9]. Многие авторы отмечают более частую регистрацию малосимптомных форм сифилиса, его атипичного течения [3, 5, 6, 8, 12], более редкую регистрацию поздних форм сифилиса [8, 9], существенное повышение удельного веса раннего скрытого сифилиса [5, 6,]. По данным некоторых российских исследователей, именно проявления вторичного периода сифилиса претерпевают в последние десятилетия наибольшие отклонения от «классических» манифестаций этой стадии болезни [1-4, 6-8, 10-12]. Определенные проблемы с оценкой диагностической ценности симптомов вторичного периода сифилиса возникают и в связи с переходом на измененную классификацию сифилиса в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра, согласно которой вторичный период уже не делят на вторичный свежий, вторичный рецидивный и вторичный скрытый сифилис, а учёт заболевания идёт под рубрикой «вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек».

Вторичный период сифилиса начинается с появления вторичных высыпаний (пятнистых, папулёзных или пустулёзных) на коже и слизистых оболочках на 9-12-й неделе от момента заражения и длится в течение 2-3 лет.

Учитывая неодинаковую выраженность отдельных симптомов вторичного периода сифилиса в периоды подъёма и угасания эпидемического процесса [2, 4], а также тот факт, что мы стоим на пороге новой волны подъёма заболеваемости данной инфекцией, мы

изучили особенности клинических проявлений вторичного периода сифилиса во время последней волны подъёма заболеваемости в период с 1989 г. по 1995 г. При обсуждении результатов исследования мы сравним наши данные с данными А.Д.Попович и соавт. (1976), которая изучила особенности клинических проявлений этой инфекции в 1969-1975 г.г. (т.е. в период подъёма второй послевоенной волны заболеваемости сифилисом) у 343 больных г. Минска [9]. Знание современной клиники вторичного периода сифилиса должно уменьшить число диагностических ошибок и будет способствовать своевременному выявлению и адекватной терапии пациентов с данным диагнозом.

### **Материал и методы**

Нами проанализированы 1344 истории болезни больных вторичным сифилисом кожи и слизистых оболочек, получавших лечение в Минском городском клиническом кожно-венерологическом диспансере в период с 1989 по 1995 годы. Распределение больных по полу: мужчин - 708, женщин – 636. Больные были в возрасте от 16 лет до 68 лет, причём в возрасте 16-19 лет было 9,2 %, 20-34 лет – 71,7 %, 35-49 лет – 15,1 %, 50-69 лет – 4,0 % пациентов. С учётом действовавшей в то время МКБ-IX больные были распределены нами на две группы: у 538 больных (40,0 %) был сифилис вторичный свежий, а у 806 (60,0 %) – сифилис вторичный рецидивный. Анализировались клинические проявления, результаты лабораторной диагностики сифилиса, с использованием методов параметрической статистики.

### **Результаты**

Динамика заболеваемости сифилисом в Республике Беларусь в период с 1945 г. по 2008 г. отражена на рис. 1.

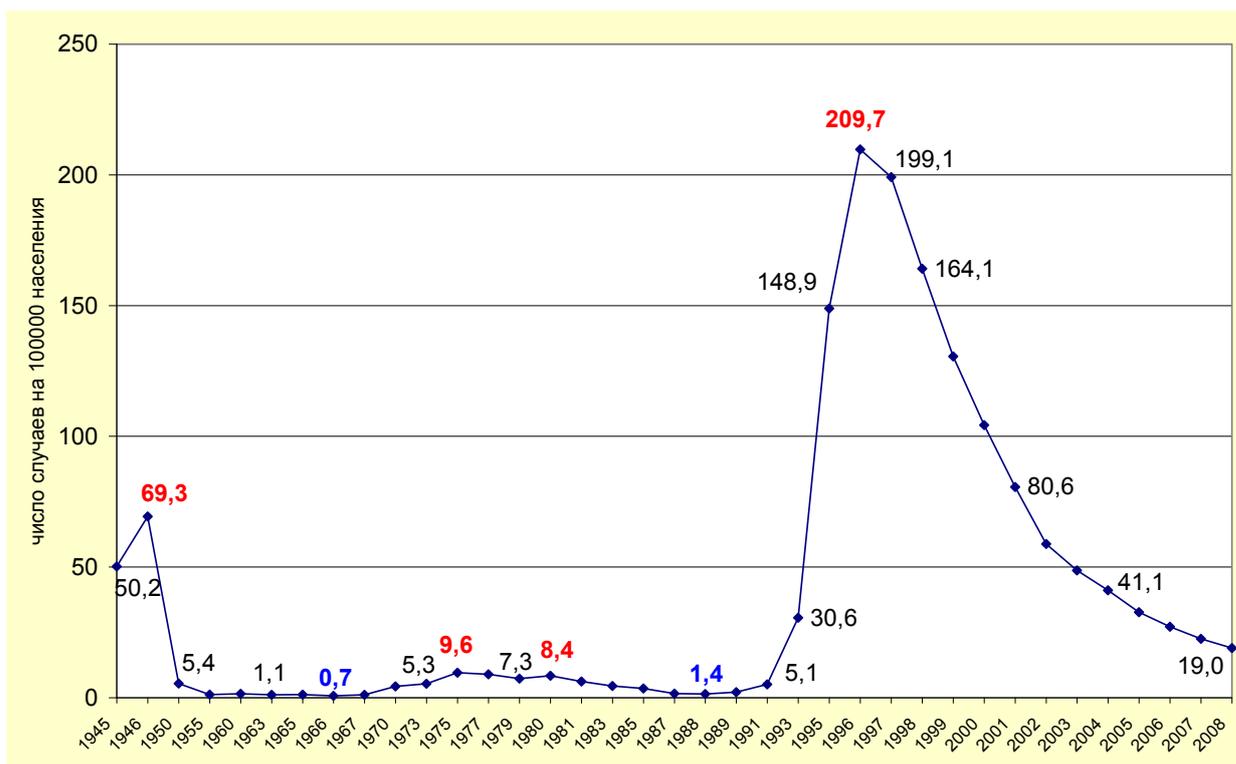


Рисунок 1 - Заболеваемость сифилисом в Республике Беларусь в 1945-2008 гг. (число случаев на 100 000 населения)

Частота различных клинических проявлений вторичного сифилиса кожи и слизистых оболочек представлена в таблице 1.

**Розеолезная сыпь** являлась одним из самых частых проявлений высыпаний вторичного периода сифилиса – она отмечена у 57,5 % больных. При первой манифестации вторичного периода сифилиса (т.е. *сифилис вторичный свежий*) розеолезная сыпь выявлялась у 88,2 % пациентов, а при рецидивном сифилисе – у 37,1 % больных. Наиболее типичная локализация розеолезной сыпи при вторичном сифилисе – боковые поверхности туловища. Розеола представляет собой сосудистые пятна диаметром 0,5-1 см с нерезкими очертаниями, округлой или овальной формы, не шелушащиеся и не возвышающиеся над уровнем окружающей кожи. Цвет на начальном этапе – розово-красный или красный, при регрессе и на более поздних этапах сифилитической инфекции – бледно-розовый. Яркость элементов усиливается при трении, приёме сосудорасширяющих средств (например, препаратов никотиновой кислоты). Розеолезная сыпь исчезает при надавливании и витропрессии (осмотре при давлении предметным стеклом). Однако, если сифилитическая розеола существует более 2-3 недель, в коже может отложиться гемосидерин, и элементы сыпи не будут полностью исчезать при надавливании и витропрессии, оставаясь в виде буроватых пятен. Наличие только розеолезной сыпи имело место у 28,4 % больных, при этом при первой манифестации вторичного периода - у 55,1 % больных, при рецидивах сыпи - у 10,7 %. Преобладала

типичная розеола (95,5 %), элевирующая уртикароподобная розеола описана у 9 пациентов (0,7 %), сливная розеола – у 15 (1,1 %), причём исключительно у пациентов с первой манифестацией вторичного периода в ответ на начало пенициллинотерапии. Преобладала распространенная симметрично распложенная розеола, тенденция к группировке розеолезных пятен отмечена у 20,5 % больных, а среди больных рецидивным сифилисом – у 34,2 %.

Папулёзный сифилид туловища и конечностей отмечен у 762 (56,7 %) больных вторичным сифилисом кожи и слизистых оболочек, в том числе у 62 (11,5%) больных с первой манифестацией высыпаний (т.е. вторичный свежий сифилис по МКБ-9) и у 700 (89 %) больных рецидивным сифилисом. Преобладал лентикулярный папулёзный сифилид (50,5 %), нуммулярные и псориазиформные папулы регистрировались редко, почти исключительно при рецидивах сифилиса (соответственно, у 1,2 и 0,45 %), несколько чаще наблюдали себорейные папулы (4,5 %) волосистой части головы, причем  $\frac{3}{4}$  пациентов страдали рецидивным сифилисом.

Т а б л и ц а 1

Частота клинических проявлений вторичного периода сифилиса

Симптомы	Число наблюдений	
	абсолютное	%
Розеолезная сыпь туловища и конечностей,	773	57,5
<i>в том числе</i> как моносимптом,	382	28,4
сгруппированная розеолезная сыпь	276	20,5
Розеолезно-папулёзная сыпь	390	29,0
Папулёзный сифилид туловища и конечностей,	762	56,7
<i>в том числе:</i> лентикулярные папулы,	679	50,5
нуммулярные папулы,	16	1,2
себорейные папулы,	61	4,5
псориазиформные папулы.	6	0,45
Папулы гениталий и перианальной области,	476	35,4
<i>в том числе:</i> мокнущие эрозивные и эрозивно-язвенные папулы,	51	3,8
широкие кондиломы.	22	1,6
Папулы подошв	469 (38)	34,9 (2,8)
Папулы ладоней	399 (33)	29,7 (2,5)
Папулы губ, углов рта	51	3,8
Папулы слизистой полости рта (щёки, небо, дужки миндалин, миндалины)	218	16,2
Папулы языка	79	5,9
Ангина специфическая эритематозная	410	30,5
Ангина специфическая эритематозно-папулёзная	88	6,5
Ларингит сифилитический	26	1,9
Пустулезный сифилид,	22	1,6
<i>в том числе:</i> эктимы и рупии	7	0,5
Пигментный сифилид (лейкодерма)	14	1,0

Алопеция сифилитическая,	115	8,6
<i>в том числе:</i> симптом Пинкуса,	6	0,45
выпадение бровей	8	0,6
Твердый шанкр или его остатки (обнаруживался только у больных с вторичным свежим сифилисом)	381	70,8
Фимоз	29	2,2
Парафимоз	6	0,45
Полиаденит,	1034	76,9
<i>в том числе:</i> регионарный (паховый)	473	35,2
Увеличение только паховых лимфоузлов	106	7,9
Отсутствие реакции лимфатической системы	204	15,9

Примечание: цифры в скобках при описании папулезной сыпи – сыпь как моносимптом.

У 290 (29,0 %) больных (178 пациентов с первой манифестацией вторичного периода и 112 - при рецидивах ) отмечено сочетание розеолезной и папулезной сыпи.

Папулы гениталий, промежности, включая перианальную область, выявлены у 476 (35,4 %) больных, в том числе у 416 (51,6 %) – при рецидивном сифилисе. У абсолютного большинства больных (80,4 %) папулы данной локализации сочетались с папулезными или папулезно-розеолезными высыпаниями на туловище, в качестве моносимптома папулы гениталий и промежности описаны у 93 (6,9 %) больных, практически исключительно при рецидивном сифилисе (т.е. у 11,5 % этой подгруппы). Широкие кондиломы выявили у 22 больных (1,6 %), гипертрофированные, эрозивные и эрозивно-язвенные папулы гениталий и промежности имели место у 51 (3,8 %) больных.

Если папулезный или розеолёзно-папулезный сифилид ладоней и подошв у больных вторичным сифилисом с первой манифестацией высыпаний обнаружен только у 31 пациента (5,8 %), то у больных с рецидивами высыпаний – у 368 (45,6 %). Ассоциация ладонно-подошвенного сифилида и папул ано-генитальной области выступила в качестве моносимптома у 33 больных вторичным рецидивным сифилисом., что составило 4,1 % этой подгруппы.

Поражение слизистой оболочки полости рта констатировано у 767 (57,1 %) больных. Эритематозная специфическая ангина выявлена у 410 больных (30,5 %), эритематозно-папулезная ангина – у 88 (6,5 %); папулы на слизистой щёк, неба, миндалин описаны у 218 (16,2 %) больных; папулы губ, углов рта – у 51 больного; высыпания на языке, представленные в основном папулами по типу «скошенного луга» отмечены у 79 больных (5,9 %), в том числе у 55 больных рецидивным сифилисом. Сифилитический ларингит диагностирован у 3 больных вторичным сифилисом с первой манифестацией высыпаний и у 23 пациентов с рецидивным сифилисом.

Сифилитическая лейкодерма была зарегистрирована у 14 больных рецидивным сифилисом (1,7 %). Сифилитическая алопеция волосистой части головы диагностирована у 115 (8,6 %) больных вторичным сифилисом кожи и слизистых оболочек, в том числе мелкоочаговая – у 50, диффузная - у 41 больных, смешанная – у 24. Очаговое выпадение периферической части бровей отмечено у 8, симптом Пинкуса – у 6 больных вторичным сифилисом.

Пустулезный сифилид наблюдался у 22 больных (1,6 %), в том числе оспенновидный сифилид у 1 пациентки с рецидивным сифилисом и сифилитическая эктима – у 7 больных.

Твердый шанкр в различных стадиях эволюции выявлен у 381 больного вторичным сифилисом с первой манифестацией вторичных проявлений, т.е. у 70,8 % больных. Фимоз выявлен у 29 (2,15 %) больных вторичным сифилисом кожи и слизистых оболочек, в том числе у 8 (1,0 %) больных рецидивным сифилисом, а умеренный парафимоз – у 6 больных с первой манифестацией сыпи (1,1 %).

Полиаденит обнаружен у 76,9 % больных, в том числе более выраженный паховый аденит у 473 пациентов (35,2 %). Увеличение только паховых лимфатических узлов констатировано у 106 больных (7,9 %). Отсутствие реакции лимфатической системы отмечено в историях болезни 204 больных вторичным сифилисом (15,9 %), в том числе у 12 (2,2 %) больных вторичным свежим сифилисом и у 192 (24,4 %) вторичным рецидивным сифилисом.

У 309 больных вторичным сифилисом кожи и слизистых оболочек с первой манифестацией вторичных проявлений болезни, у которых имелся ещё и твердый шанкр, а также у 136 больных с эрозивными и мокнущими папулезными сифилидами аногенитальной области было проведено исследование на наличие бледной трепонемы в отделяемом высыпаний методом темнопольной микроскопии. Бледная трепонема была обнаружена соответственной у 278 (90,0 %) и 126 (92,6 %) пациентов.

Реакция Вассермана и микрореакция преципитации с обоими антигенами оказались положительными у 100 % больных, титры реагинов по РВ были от 1 : 40 до 1 : 640 у 93 % больных, а у 7 % - 1 : 10 – 1 : 20. Титры антител по МРП у 94,5 % больных были от 1 : 8 до 1 : 128, а у 5,5 % больных – 1 : 2 – 1 : 4. Результаты исследования РИФ-200, РИФ-абс при поступлении приведены в 1298 историях болезни и они оказались положительными в 100 % с титрами антител 1 : 3200 – 1 : 51 200. РИТ при поступлении была исследована у 1087 больных вторичным сифилисом, процент иммобилизации бледных трепонем свыше 51 % отмечен у 846 больных (77,8 %), а иммобилизация 31-50 % трепонем отмечена у 241 пациента (22,2 %).

Реакция обострения Лукашевича-Герксгеймера на первые инъекции препаратов пенициллина отмечена у 75,2 % больных, причем у больных вторичным сифилисом с первой манифестацией высыпаний – в 84,4 % наблюдений.

Сифилис может сочетаться с другими ИППП, всего мы наблюдали подобное сочетание у 215 больных (16 %), в том числе: урогенитальный трихомониаз был выявлен у 149 больных (соотношение женщины : мужчины - 6 : 1), свежая гонорея – у 11 больных, хроническая гонорея – у 9, урогенитальный хламидиоз – у 7, мочеполовой уреаплазмоз или микоплазмоз – у 22, чесотка – у 14, лобковый педикулёз – у 3. О нередком выявлении сочетанной венерической инфекции у больных сифилисом сельских жителей сообщает А.В.Вислобоков [4].

### **Обсуждение**

По данным А.Д.Попович и соавт. (1976) [9], в период подъёма второй послевоенной волны заболеваемости сифилисом на территории Республики Беларусь были отмечены следующие особенности клинических проявлений вторичного свежего и вторичного рецидивного сифилиса. У всех 136 больных вторичным свежим сифилисом сохранялись шанкры разной степени развития, при этом у 30 больных еще сохранялись признаки фимоза и у 6 – парафимоза. На частое выявление фимоза и парафимоза при вторичном свежем сифилисе у сельских жителей указывает А.В Вислобоков[4]. О.Г.Калугина [6] отмечала частоту регистрации первичной сифиломы или её остатков у 90,2 % больных вторичным свежим сифилисом. По нашим данным, наличие твердого шанкра имело место только у 70,8 % больных ( $P < 0,01$ ), ниже было число шанкров осложненных фимозом и парафимозом. Имеются публикации и о более редком выявлении твердого шанкра у этих больных – 11-15 % [12] до 59 % [4].

Основным проявлением была розеолезная сыпь (88 %), в том числе в сочетании с папулезной сыпью – у 50 %, что почти повторяет цифры наших наблюдений в период с 1989 г. по 1995 г. ( $P > 0,1$ ). О подобной высокой частоте розеолезного сифилида при вторичном свежем сифилисе сообщают многие авторы [2, 4, 6, 8], о выявлении розеолезных высыпаний у 64 – 69 % больных сообщают отдельные российские авторы [4, 12]. Папулезный сифилид туловища и конечностей в годы подъёма заболеваемости второй волны был равен 12,0 %, а в годы третьей волны этот показатель сохранил те же позиции – 11,5 % ( $P > 0,1$ ). Имеются публикации как о более частом выявлении папулезного сифилида туловища [2, 4, 6], так и более редком – до 0,5 % [8]. Вместе с тем, во время начала третьей волны подъёма заболеваемости сифилисом у больных с первой манифестацией вторичного периода существенно реже ( $P < 0,02$ ) выявлялись папулы аногенитальной локализации (по данным А.Д.Попович и соавт. [9] она наблюдалась у 62

% больных, по нашим данным – у 12,2 %). Большинство российских авторов находили папулезные высыпания генитальной локализации чаще – от 26-29 % [2, 5, 12] до 46,6 % [6], а Т.П.Пискалова и соавт. [8] у 12 % больных.

Ладонные и подошвенные сифилиды по данным [9] были зарегистрированы у 14,7 % больных вторичным свежим сифилисом, по нашим данным – у 5,8 %. По данным российских авторов ладонные и подошвенные сифилиды у больных вторичным свежим сифилисом в последние годы регистрируются значительно чаще – у 12 -19 % больных [5, 8, 12], у 20,3 % [2] и даже у 40,1 % [6]. Существенно реже в последние годы выявлялось у наших больных поражение слизистой оболочки полости рта при первой манифестации вторичного периода сифилиса (34,8 % против 91 % по данным А.Д.Попович и соавт.[9]). При этом сифилитическая ангина отмечена у 21,8 %, что согласуется с другими наблюдениями [6, 12], в целом поражение слизистой полости рта наблюдали чаще [4] или реже [2].

Если в 1969-1975 гг. у больных минчан отсутствие реакции лимфатической системы при вторичном свежем сифилисе отмечено только у 1 больного из 136 (0,7 %), то в 1989-1995 гг. – у 2,2 %. Практически такие же цифры отсутствия реакции лимфатической системы у больных вторичным свежим сифилисом сообщают российские исследователи [1, 6, 8, 11]. Реакция обострения Лукашевича-Герксгеймера отсутствовала по данным А.Д.Попович и соавт. [9] у 7,3 % больных, а по нашим данным в последние годы – у 15,6 % ( $P < 0,05$ ).

Сравнивая клинические проявления вторичного рецидивного сифилиса у жителей г. Минска в 1969-1975 гг. с таковыми в 1989-1995 гг. следует признать, что они претерпели незначительные изменения. Ведущим элементом сыпи был и остается папулезный сифилид туловища и конечностей (92,5 % - 89,0 %), на это указывают и российские авторы [6, 8,12]. Вместе с тем, в последние годы в Беларуси отмечается повышение удельного веса папулезного сифилида аногенитальной локализации (51,6 % против 16,5 %), ладоней и подошв (45,6 % против 29,9 %), снижение частоты пустулезных сифилидов ( 2,2 % против 5,5 %). В других регионах СНГ отмечают как более частую регистрацию сифилидов ладоней и подошв [4, 6], папул ано-генитальной области [5, 6, 12], пустулезных сифилидов [12], так и более редкую их встречаемость [2, 4, 8], а Т.П.Пискалёва и соавт.[8] вообще не находили пустулезных элементов у обследованного контингента больных. Российские авторы в отличие от наших наблюдений сообщают о высокой частоте выявления широких кондилом в аногенитальной области – от 6,3 % [6], 13-14 % [5], до 41,6 -43,3 % [7, 8, 10]. Поражение слизистой оболочки полости рта наблюдалось в Беларуси на протяжении 2 последних волн подъёма заболеваемости

практически с одинаковой частотой – у 55-60 % больных. Это согласуется с наблюдениями О.Г.Калугиной [6] на примере жителей г.Санкт-Петербурга. О более редкой встречаемости сифилитической ангины и папулезных высыпаний на слизистых полости рта пишут и другие авторы [2, 4, 5, 8, 12]. У белорусов реже стала регистрироваться лейкодерма (1,7 % против 8,4 %) ( $P<0,02$ ), сифилитическая алопеция (8,6 % против 15,0 %) ( $P<0,05$ ). Это вступает в некоторое противоречие с публикациями российских и украинских дерматовенерологов, которые находили более частыми эти проявления при рецидивном сифилисе – лейкодерма от 2,3-2,7 % до 9 – 13,6 % [1, 2, 4, 5, 6, 8, 11, 12], а по данным В.А.Рахманова и Б.И.Зудина [10], в период 1941-1950 гг. – лейкодерма регистрировалась у 38,2 % больных вторичным рецидивным сифилисом. Высокую частоту сифилитической алопеции (от 10-12 % до 37,6 – 39,9 %) находили многие авторы [1, 2, 4-8, 12]. На редкое появление симптома Пинкуса и выпадение бровей указывают также челябинские дерматовенерологии [8]. Реакция лимфатической системы на бледную трепонему у пациентов с рецидивным сифилисом в течение последних 20-25 лет остается достаточно высокой – лимфадениты выявлялись у 75,6 % - 76,9 % больных ( $P>0,1$ ). На это же указывают и исследования россиян [2, 6, 10], хотя имеются сообщения и о более редкой регистрации полиаденита у этих пациентов (39,1 – 54 %) [8, 11].

В настоящее время наметилась тенденция снижения реакции организма больных на начало противосифилитической терапии: если в 1969-1975 гг. реакция обострения регистрировалась у 82,6 % больных вторичным рецидивным сифилисом, то в 1989-1995 гг. – у 75,2 % ( $P>0,05$ ), а у больных вторичным свежим сифилисом соответственно 92,6 % и 84,4 %.

## ВЫВОДЫ

1. Клиническая картина вторичного сифилиса кожи и слизистых оболочек (при первой манифестации вторичного периода) в годы волны подъема заболеваемости характеризуется высокой частотой сохранности твердого шанкра или его остатков ( в среднем у  $\frac{3}{4}$  больных); преобладанием розеолезной или розеолёзно-папулёзной сыпи на коже туловища и конечностей, сравнительно нечастым выявлением папулезного сифилида в ано-генитальной области (12 %), ладонно-подошвенных сифилидов (5,8 – 14,7 %) при высокой частоте полиаденита и регионарного лимфаденита (97-99 %). Поражение слизистой оболочки полости рта встречается в среднем у каждого третьего больного, а реакция обострения Лукашевича-Герксгеймера регистрируется не менее чем у 84-92 % больных.

2. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек с давностью инфекционного процесса 6-12 месяцев и более (рецидивный сифилис) в годы подъёма волны

заболеваемости проявляется практически классическими клиническими манифестациями. Ведущим элементом сыпи был и остается папулезный сифилид туловища и конечностей (92,5 % - 89,0 %), несколько вырос удельный вес папулезного сифилида аногенитальной локализации (51,6 % против 16,5 %), ладоней и подошв (45,6 % против 29,9 %), на фоне снижения частоты пустулезных сифилидов ( 2,2 % против 5,5 %) и более редкой регистрации у белорусов лейкодермы (1,7 % против 8,4 %) ( $P < 0,02$ ) и сифилитической алопеции (8,6 % по нашим данным против 15,0 % во время второй послевоенной волны подъема заболеваемости сифилисом). Поражение слизистой оболочки полости рта у жителей Беларуси выявляется на протяжении 2 последних волн подъема заболеваемости практически с одинаковой частотой – у 55-60 % больных рецидивным сифилисом. Полиаденит выявляется у  $\frac{3}{4}$  больных. Реакция обострения на первые инъекции пенициллина отмечается у 75 – 82 % больных .

3. В целом, за последние 40 лет патоморфоз клинической картины вторичного сифилиса кожи и слизистых оболочек у жителей Беларуси проявлялся определенными динамическими изменениями отдельных клинических манифестаций этой инфекции.

#### Литература

1. Антоньев А.А., Нешков Н.С., Луганский Н.Е. Об особенностях клинических проявлений сифилиса в последние годы. // Вестн. дерматол. венерол. – 1978. - № 9. – С. 75 -78.
2. Бугорский В.Н., Халдин А.А., Рюмкина Н.А. Современные особенности клиники ранних форм сифилиса ( на примере Тульского региона) // Клин. дерматол. и венерол. – 2004. - № 1. – С. 30 – 33.
3. Васильев Т.В., Лосева О.К. Современные особенности клинического течения ранних форм сифилиса. // Клин. мед. – 1977. - № 7. – С. 136-142.
4. Вислобоков А.В. Особенности клинических проявлений сифилиса у сельских жителей. // Рос. журн. кожн. и вен. бол.- 2006. - № 1. – С. 46 – 49.
5. Захаров В.К., Захаров С.В. Клинические проявления и течение сифилиса в современных условиях //Дерматовенерология, косметология, сексопатология. – 1998. - № 1. – С. 121 – 123.
6. Калугина О.Г. Ранний манифестный сифилис: современная клиника вторичного периода. // Вестн. дерматол. венерол. – 2003. - № 5. – С. 60 – 66.
7. Костинская Е.М., Тотоонов Б.А., Есиева И.А. Особенности клинического течения вторичного периода сифилиса. // Вестн. дерматол. венерол.– 1976. - № 3. – С. 87-90.

8. Пискалова Т.П., Ковалев Ю.Н., Летуновская И.А. Вторичный сифилис: особенности течения на современном этапе. // Рос. журн. кожн. и вен. бол. – 1998. - № 5. – С. 29-31.
9. Попович А.Д., Каменко И.И., Штейнберг Л.Е. и др. Особенности течения сифилиса в настоящее время. // Актуальные вопросы дерматологии и венерологии. Сборник научных работ. Выпуск 20. – Минск, 1976. – С. 181 – 189.
10. Рахманов В.А., Зудин Б.И. Некоторые особенности клиники и течения вторичного периода сифилиса в настоящее время. // Вестн. дерматол. венерол. – 1968. - № 4. – С. 56 – 60.
11. Скрипкин Ю.К., Борисенко К.К., Глоzman В.Н. Некоторые аспекты современного течения сифилиса. // Вестн. дерматол. венерол. – 1975. - № 9. – С. 40 – 45.
12. Юцковский А.Д., Дубняк Н.С., Стефанович Я.А., Каменская О.Г. Особенности клинических проявлений сифилиса. // Рос. журн. кожн. и вен. бол. – 2000. - № 1. – С. 41-42.

#### РЕФЕРАТ

### **РАННИЙ ПРИОБРЕТЕННЫЙ СИФИЛИС: КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ В ГОДЫ ПОДЪЁМА ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА. Сообщение 2. ВТОРИЧНЫЙ ПЕРИОД СИФИЛИСА**

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

Приведены результаты анализа частоты и выраженности клинических симптомов и лабораторных диагностических тестов по данным ретроспективного изучения 1344 историй болезни больных вторичным сифилисом кожи и слизистых оболочек у пациентов, находившихся на стационарном лечении (дневной или круглосуточный стационар) в Минском городском клиническом кожно-венерологическом диспансере в период с 1989 г. по 1995 г. Вторичный свежий сифилис был диагностирован у 538 пациентов, вторичный рецидивный – у 806. Проведено сравнение полученных результатов с аналогичными материалами, полученными на этой же клинической базе в 1969-1975 гг. Сделан вывод, что за последние 40 лет патоморфоз клинической картины вторичного сифилиса кожи и слизистых оболочек у жителей Беларуси претерпел лишь незначительные динамические изменения по частоте выявления отдельных клинических манифестаций этой инфекции.

Abstract

**Early Acquired Syphilis: Clinical Manifestations During the Rise in an Epidemic Process.  
Report 2. Secondary Period of Syphilis.**

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