

## Особенности клинических проявлений сифилиса в Оренбургской области

Андреев С.В., Воронина Л.Г., Сетко Н.П.

ГБОУ ВПО Оренбургский государственный медицинский университет Минздрава России, 460000, г. Оренбург

*Уровень заболеваемости инфекциями, передаваемыми преимущественно половым путем, в том числе сифилисом, остается высоким. В работах последних лет отмечаются патоморфоз сифилиса, усложнение дифференциальной диагностики, изменение частоты проявлений клинических признаков. С целью анализа особенностей клинического течения сифилиса были проанализированы 1304 случая заболевания сифилисом. Отмечены высокая распространенность сифилиса среди людей репродуктивного возраста, преобладание в структуре скрытых форм, среди которых ведущее место занимает сифилис скрытый ранний. Продемонстрированы такие особенности течения первичного сифилиса, как эрозивные формы твердого шанкра, осложненные формы в виде баланопоститов, уменьшение частоты регионарного лимфаденита, экстрагенитальная локализация сифилиса. Отмечены особенности течения вторичного сифилиса в виде уменьшения частоты встречаемости остатков твердого шанкра и регионарного склераденита, преобладания папулезной формы, увеличения частоты ладонно-подошвенных сифилидов, широких кондилом, поражения слизистой оболочки рта и языка.*

**Ключевые слова:** сифилис; распространенность; клинические формы; особенности клинического течения.

*Для цитирования:* Андреев С.В., Воронина Л.Г., Сетко Н.П. Особенности клинических проявлений сифилиса в Оренбургской области. *Российский журнал кожных и венерических болезней.* 2015; 18(3): 55-58.

### CLINICAL MANIFESTATIONS OF SYPHILIS IN THE ORENBURG REGION

*Andreev S.V., Voronina L.G., Setko N.P.*

Orenburg State Medical University, 460000, Orenburg, Russia

*The incidence of sexually transmitted infections, including syphilis, remains high. Recent reports discuss syphilis pathomorphosis, difficulties in the differential diagnosis, and changes in the incidence of clinical manifestations. A total of 1304 cases with syphilis are analyzed in order to detect the specific features of clinical course of the disease. Syphilis is highly prevalent in subjects of reproductive age. Latent forms predominate in the morbidity structure, the leading form is early latent syphilis. Characteristics of primary syphilis are demonstrated: erosive hard chancre, complicated forms such as balanopostitis, a lesser incidence of regional lymphadenitis, extragenital location of the infection. The course of secondary syphilis is characterized by a lesser incidence of hard chancre rudiments and of local scleradenitis, predominance of the papular form, lesser incidence of the palmar and plantar syphilids, wide condylomata, involvement of the buccal and lingual mucosa.*

**Key words:** syphilis; prevalence; clinical forms; clinical course.

*Citation:* Andreev S.V., Voronina L.G., Setko N.P. Clinical manifestations of syphilis in the Orenburg region. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney.* 2015; 18(3): 55-58. (in Russian)

Инфекции, передаваемые преимущественно половым путем (ИППП), относятся к социально значимым заболеваниям, и, несмотря на тенденцию к снижению их распространенности, проблема охраны и сохранения репродуктивного здоровья остается актуальной [1–4]. Похожая тенденция прослеживается и по заболеваемости сифилисом. После критического роста заболеваемости сифилисом в конце XX века, достигшим максимума в 1997 г., намечилось ее неуклонное снижение среди населения РФ

и Оренбургской области в частности [1, 2, 5]. Однако это не должно влиять на настороженность врачей-дерматовенерологов и участковых врачей-терапевтов, к которым зачастую обращаются больные сифилисом за консультативно-диагностической помощью при наличии неспецифических жалоб и симптомов. Отмечены случаи ошибочной постановки диагноза и необоснованного назначения антибактериальных препаратов, что в последующем осложняло распознавание и адекватное лечение болезни [6, 7]. В ряде работ о патоморфозе сифилиса, наблюдаемом в настоящее время, подчеркнуты сложности дифференциальной диагностики [8–10].

#### Сведения об авторах:

Андреев Сергей Викторович, аспирант (eeuy@mail.ru); Воронина Людмила Григорьевна, доктор мед. наук, профессор (orenderm@mail.ru); Сетко Нина Павловна, доктор мед. наук, профессор (nauka@orgma.ru).

#### Corresponding author:

Voronina Lyudmila, MD, PhD, DSc, prof. (orenderm@mail.ru).

#### Материалы и методы

Проанализированы 1304 случая сифилиса у больных (534 мужчины и 770 женщин, проходивших лечение в ГБУЗ Областной кожно-венерологический диспансер (Оренбург) в 2010–2014 гг. Были использованы следующие учетные документы: №025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного», №003/у

Таблица 1

## Клинические проявления первичного сифилиса

Симптом	Частота проявления признака	
	абс.	%
<b>Твердый шанкр:</b>		
эрозивная форма	96	60,8%*
язвенная форма	32	20,3%
сочетание эрозивной и язвенной форм	30	19%
единичный твердый шанкр	60	38%
множественные твердые шанкры	98	62%*
генитальная локализация	130	82,3%
парагенитальная локализация	4	2,5%
экстрагенитальная локализация	24	15,2%
<b>Атипичные твердые шанкры:</b>		
шанкр-амигдалит	1	0,6%
шанкр-панариций	5	3,2%*
индуративный отек	2	1,3%
<b>Осложнения:</b>		
фимоз	24	15,2%
парафимоз	4	2,5%
баланопостит	80	50,6%*
вульвовагинит	15	9,5%
регионарный лимфаденит	89	56,3%
односторонний	95	60,1%
двусторонний	63	39,9%*
умеренный	87	55,1%
выраженный	30	19%

Примечание. \* –  $p < 0,05$ .

«Медицинская карта стационарного больного», №065/у «Медицинская карта больного венерическим заболеванием», №030/у-04 «Контрольная карта диспансерного наблюдения». Диагноз сифилиса был верифицирован согласно приказам Минздрава России от 25.07.03 №327 «Об утверждении протокола ведения больных «Сифилис», от 26.03.01 №87 «О совершенствовании серологической диагностики сифилиса».

Критериями включения пациентов в исследование являлось наличие верифицированного диагноза сифилиса, критериями исключения – тяжелая сопутствующая соматическая и инфекционная патология (заболевания сердечно-сосудистой системы, легких, в том числе туберкулез легких и бронхиальная астма, сахарный диабет, вирусные и неинфекционные гепатиты, ВИЧ-инфекция), наличие помимо сифилиса других диагностируемых ИППП.

Статистическую обработку данных проводили с помощью методов параметрической и непараметрической статистики с использованием программы Statistica 10.0, Microsoft Excel 2013. Уровень значимости статистических различий оценивали с помощью  $t$ -критерия Стьюдента с учетом проверки на симметричное распределение, в противном случае оценивали значимость критерия Манна-Уитни, статистически значимыми считали данные при  $p < 0,05$ .

## Результаты

В исследование были включены 1304 больных – 534 (41%) мужчины и 770 (59%) женщин.

Анализируя данные об инкубационном периоде, отмечено укорочение инкубационного периода до 1–1,5 нед у 42 (3,2%) больных, максимальная длительность инкубационного периода до 11–12 нед – у 73 (5,6%) больных. Сред-

няя продолжительность составила  $45 \pm 8,3$  дня, что говорит о тенденции к удлинению инкубационного периода.

Для выявления связей между длительностью инкубационного периода и факторами был проведен корреляционный анализ Спирмена, показавший, что наиболее значимыми с положительной корреляционной связью были употребление антибиотиков в анамнезе за последние 1 мес ( $r = 0,75$ ), 3 мес ( $r = 0,4$ ), 6 мес ( $r = 0,35$ ), применение противовирусных препаратов для лечения ОРВИ ( $r = 0,47$ ), возраст пациента ( $r = 0,58$ ); отрицательную корреляционную связь имели такие факторы, как злоупотребление алкоголем ( $r = 0,67$ ), занятие тяжелым физическим трудом на работе ( $r = 0,41$ ), несбалансированное неполноценное питание ( $r = 0,25$ ). Приведенные факторы, различная сила и направленность корреляционной связи говорят о влиянии ряда факторов на иммунологическую реактивность пациентов и, как следствие, изменение в широком диапазоне сроков инкубационного периода.

Возрастная динамика заболеваемости характеризуется максимальными показателями в возрастной период 20–29 лет, в этом возрастном периоде зарегистрировано 252 (47,2%) случая заболевания у мужчин и 521 (67,7%) у женщин, из них первичный сифилис у 60 (73,1%) мужчин и у 21 (75%) женщин, вторичный сифилис у 74 (46,5%) мужчин и у 99 (51,8%) женщин. Третичный сифилис чаще отмечен в возрастном периоде 40 лет и старше – у 4 (0,31%) мужчин, в 30–39 лет – у 4 (0,31%) женщин.

Диагноз первичного сифилиса был установлен у 158 (12,1%) больных, соотношение мужчин и женщин было 1:4,1 – 127 (80,4%) мужчин и 31 (19,6%) женщины ( $p < 0,05$ ); средний возраст  $26,2 \pm 5,8$  года. Низкую долю выявления первичного сифилиса можно объяснить анатомо-физиологическими особенностями женской половой системы и трудностью визуальной диагностики твердых шанкров влажной локализации и на шейке матки.

В большинстве случаев первичный сифилис проявлялся в виде типичного твердого шанкра эрозивной формы – 96 (60,8%) и сочетанием эрозивной и язвенной форм – 30 (19%) больных (см. таблицу).

Единичный твердый шанкр наблюдался лишь у 60 (38%) больных, множественные – у 98 (62%), среднее количество шанкров при этом составило  $2,4 \pm 0,5$ . Отмечена достаточно высокая частота экстрагенитальной локализации – у 24 (15,2%) больных. Атипичные твердые шанкры наблюдались у 8 (5,1%) больных, большая часть была в виде шанкра-панариция – у 5 (3,2%). Осложнениями, сопровождающими твердый шанкр, чаще были баланопоститы – 80 (50,6%). Преимущественно осложнения встречались среди лиц, злоупотребляющих алкоголем – 42 (33,8%), употребляющих психоактивные вещества – 9 (7,2%), в том числе наркотики, а также у больных старше 60 лет – 29 (23,4%). В общем анализе крови чаще зафиксирован умеренный лейкоцитоз ( $12 \pm 1,5 \cdot 10^9/\text{л}$ ) – у 102 (64,5%), повышенная СОЭ ( $14 \pm 4,1$  мм/ч) – у 90 (56,7%). Степень изменений в общем анализе крови коррелировала с наличием осложненных форм ( $r = 0,75$ ;  $p < 0,05$ ). Статистически значимых изменений в биохимическом анализе крови в данном периоде не выявлено.

Обращает на себя внимание тот факт, что регионарный лимфаденит в 89 (56,3%) случаях сопровождал первичную сифилому, причем двусторонний лимфаденит отмечен в 63 (39,9%) случаях. Частота проявления лимфаденита коррелировала с частотой применением антибиотиков ( $r = -0,65$ ;  $p < 0,05$ ), при этом двусторонний лимфаденит имел положительную связь с такими факторами как возраст ( $r = 0,3$ ;  $p < 0,05$ ), злоупотребление алкоголем ( $r = 0,7$ ;  $p < 0,05$ ).

Диагноз вторичного сифилиса был установлен у 386 (29,6%) больных (172 мужчины и 214 женщин;  $p > 0,05$ ),

средний возраст 28,9 года. Остатки твердого шанкра и регионарный склераденит при вторичном сифилисе встречались у 150 (38,9%) мужчин и у 120 (31,1%) женщин.

Розеолезный сифилид выявлен у 40 (10,4%) больных. Суммарно розеолезные и розеолезно-папулезные высыпания встречались у 96 (24,9%) больных; папулезный сифилид – у 215 (55,7%) больных, причем его типичная форма – у 100 (25,9%;  $p < 0,05$ ), ладонно-подошвенный сифилид – у 56 случаев (14,5%), широкие кондиломы – у 49 (12,7%), реже встречалась эрозивная форма – у 10 (2,6%), акнеформный сифилид – у 10 (2,6%), сифилитическая лейкодерма – у 25 (6,5%) больных. Сифилитическая алопеция зафиксирована у 36 (9,3%) больных, наиболее часто встречалась смешанная форма (4,7%;  $p < 0,05$ ), диффузная – у 3,1%, мелкоочаговая – у 1,6%. Поражение слизистой оболочки ротовой полости и языка отмечено у 43,5% больных, из них папулезный сифилид – у 147 (38,1%;  $p < 0,05$ ), сифилитическая эритематозная ангина – у 12 (3,1%), сифилитическая заеда – у 9 (2,3%) больных. В общем анализе крови лейкопения ( $3,5 \pm 1,2 \cdot 10^9/\text{л}$ ) зафиксирована у 102 (26,4%) больных с пустулезным сифилидом, тромбоцитопения ( $130 \pm 24 \cdot 10^9/\text{л}$ ) – у 95 (24,6%) и ускорение СОЭ ( $14,2 \pm 2,9$  мм/ч) – у 119 (30,8%) с сифилитической лейкодермой. В биохимическом анализе крови наиболее часто отмечено повышение АЛТ ( $51 \pm 8,1$  ЕД/л) и АСТ ( $48 \pm 4,9$  ЕД/л) – у 116 (8,9%) больных, щелочной фосфатазы ( $160 \pm 19,1$  ЕД/л) – у 59 (4,5%), умеренная гипопротейнемия ( $53 \pm 2,2$  г/л) – у 45 (3,4%) больных. При инструментальном обследовании чаще отмечались изменения на ЭКГ (нарушение процессов реполяризации левого желудочка – у 43 или 3,2% больных), аритмия – у 54, или 4,1%), сглаженность зубца Т – у 35, или 2,7% ( $p < 0,05$ ). При проведении эхокардиографии значимой органической патологии не выявлено, что возможно при токсико-дистрофических процессах миокарда.

Третичный сифилис в форме нейросифилиса позднего был зарегистрирован у 11 (0,84%) больных, из них 6 (54,5%) имели в анамнезе терапию дюрантными формами пенициллинов при лечении скрытых форм сифилиса (давность лечения от 5 до 12 лет). Сифилис протекал во всех случаях по типу менингovasкулярного с преобладанием эпилептиформных припадков – у 7 (63,6%), нарушения чувствительности – у 7 (63,6%), парестезии, расстройства рефлексов, расстройства речи и памяти – у 8 (72,7%), астенизации – у 9 (81,8%). В общем анализе крови регистрировались лейкопения ( $3,2 \pm 1,2 \cdot 10^9/\text{л}$ ) и тромбоцитопения ( $120 \pm 21 \cdot 10^9/\text{л}$ ) у 63,6% больных.

Скрытые формы сифилиса были обнаружены у 748 (57,4%) больных, из них сифилис скрытый ранний – у 724 (55,5% в общей структуре всех форм и 96,7% – скрытых форм). В возрастной структуре по данной форме преобладали пациенты 20–29 лет, сифилис скрытый ранний зарегистрирован чаще у женщин (47,6%), чем у мужчин (39,1%);  $p < 0,05$ . Этот период сифилиса чаще сопровождался умеренным лейкоцитозом ( $11,9 \pm 1,5 \cdot 10^9/\text{л}$ ) у 295 (39,4%) больных, ускорением СОЭ ( $15,2 \pm 2,9 \cdot 10^9/\text{л}$ ) у 149 (19,9%). В биохимическом анализе крови были отмечены повышение АЛТ ( $37,1 \pm 2,1$  ЕД/л) и АСТ ( $36,2 \pm 2,9$  ЕД/л) у 57 (7,6%) больных.

Сифилис скрытый поздний и сифилис скрытый неуточненный, как ранний или поздний, был зарегистрирован у 13 (1%) и 12 (0,9%) больных соответственно. В общем анализе крови отмечены лейкопения ( $3,2 \pm 1,1 \cdot 10^9/\text{л}$ ) – у 14 (56%) больных, относительная лимфопения ( $15,1 \pm 1,2\%$ ) – у 5 (20%), тромбоцитопения ( $125 \pm 10,1 \cdot 10^9/\text{л}$ ) – у 3 (12%) больных. В биохимическом анализе отмечена гипопротейнемия ( $51 \pm 2,5$  г/л) у 10 (20%) больных. На ЭКГ отмечались чаще нарушения проводимости, процессов реполяризации желудочков у 14 (56%) пациентов;  $p < 0,05$ .

Проведенный многофакторный дисперсионный анализ показал, что для злокачественного течения сифилиса значимыми являются укорочение инкубационного периода менее 2 нед ( $p < 0,05$ ), возраст старше 60 лет ( $p < 0,05$ ), злоупотребление алкоголем ( $p < 0,05$ ), употребление инъекционных наркотиков ( $p < 0,001$ ), наличие лейкопении менее  $2,7 \cdot 10^9/\text{л}$  ( $p < 0,05$ ), тромбоцитопении менее  $85 \cdot 10^9/\text{л}$  ( $p < 0,001$ ). Наличие трех из перечисленных признаков повышает риск злокачественного течения на 42%.

Таким образом, при анализе клинического течения сифилиса у населения Оренбургской области отмечены следующие клинические особенности:

- отмечено удлинение инкубационного периода сифилиса;
  - среди клинических форм первичного сифилиса наиболее часто встречались эрозивные, эрозивно-язвенные, осложненные формы в виде баланопоститов и твердого шанкра экстрагенитальной локализации; для первичного и скрытого раннего сифилиса были характерны лейкоцитоз, ускорение СОЭ;
  - в структуре заболеваемости сифилиса преобладали скрытые формы, среди которых на первом месте по распространенности был сифилис скрытый ранний;
  - клиническими особенностями вторичного сифилиса в явились уменьшение частоты встречаемости остатков твердого шанкра и регионарного склераденита, преобладание папулезной формы, увеличение частоты ладонно-подошвенных сифилидов, широких кондилом, поражение слизистой оболочки рта и языка; в клиническом течении для вторичного, скрытого позднего и неуточненного были характерны лейкопения, тромбоцитопения, токсико-дистрофические изменения миокарда на ЭКГ;
  - предикторами злокачественного течения сифилиса можно считать укорочение инкубационного периода менее 2 нед ( $p < 0,05$ ), возраст старше 60 лет ( $p < 0,05$ ), злоупотребление алкоголем ( $p < 0,05$ ), употребление инъекционных наркотиков ( $p < 0,001$ ), наличие лейкопении менее  $2,7 \cdot 10^9/\text{л}$  ( $p < 0,05$ ), тромбоцитопении менее  $85 \cdot 10^9/\text{л}$  ( $p < 0,001$ ).
- Пик заболеваемости сифилисом приходился на возраст от 20 до 29 лет (мужчин –  $47,2 \pm 3,2\%$ , женщин –  $67,7 \pm 6,9\%$ ). Средний возраст больных первичным сифилисом –  $26,2 \pm 5,8$  года.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Кубанова А.А., Кубанов А.А., Мелехина Л.Е., Богданова Е.В., Бутарева М.М. Результаты анализа деятельности медицинских организаций дерматовенерологического профиля в Российской Федерации за 2012 год. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2013; 5: 21–39.
2. Кытманова Л.Ю., Москвичева М.Г. Основные тенденции эпидемии ВИЧ-инфекции и динамика заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем. *Общественное здоровье и здравоохранение*. 2014; 2: 13–20.
3. Рахматулина М.Р., Шашкова А.А. Инфекции, передаваемые половым путем, и их влияние на репродуктивное здоровье детей и подростков. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2013; 4: 30–7.
4. Сергейко И.В., Люцко В.В. Профилактика нарушений репродуктивного здоровья у женщин в возрасте до 40 лет. *Фундаментальные исследования*. 2014; 4-2: 350–4.
5. Уфимцева М.А., Малишевская Н.П., Сырнева Т.А. Клинико-эпидемиологические особенности сифилиса на территориях Урала, Сибири и Дальнего Востока. *Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии*. 2009; 2: 68–73.
6. Богомолов Б.П., Сорокина А.А., Королева М.А. Сифилис у больной с первичным диагнозом инфекционный мононуклеоз, цитомегаловирусная и герпетическая инфекции. *Клиническая медицина*. 2014; 2: 71–3.



7. Мисенко Д.Н., Прохоренков В.И., Чесноков А.Б., Прокопьева А.А. Случай активного третичного сифилиса полости рта. *Клиническая дерматология и венерология*. 2013; 3: 51–3.
8. Ковтунова В.А., Сердюков А.Г., Рассказов Д.Н. Эпидемиологические особенности течения сифилиса в европейских странах. *Астраханский медицинский журнал*. 2011; 1: 19–23.
9. Агаев Р.А., Горланов И.А., Никифоров Б.Н., Егорова Ю.С., Еремина Н.В., Смирнова Т.С. и др. Динамика и тенденции течения скрытых форм сифилиса и развития серорезистентности в Ленинградской области и Санкт-Петербурге на современном этапе. *Журнал инфектологии*. 2011; 3: 18–25.
10. Бондаренко Г.М., Унучко С.В., Губенко Т.В., Матюшенко В.П. Клинико-эпидемиологические особенности сифилиса на современном этапе. *Дерматология та венерология*. 2014; 2: 65–70.

Поступила 10.02.15

## REFERENCE

1. Kubanova A.A., Kubanov A.A., Melehina L.E., Bogdanova E.V. The results of analysis of medical organizations dermatovenerological profile in the Russian Federation for the year 2012. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 2013; 5: 21–39.
2. Kytmanova L.Yu., Moskvicheva M.G. Major trends of the HIV epidemic dynamics incidence of sexually transmitted infections. *Obshchestvennoe zdorov'e i zdravoohranenie*. 2014; 2: 13–20.
3. Rakhmatulina M.R., Shashkova A.A. Sexually transmitted infections and their impact on the reproductive health of children and adolescents. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 2013; 4: 30–7.
4. Sergeyko I.V., Lyutsko V.V. Prevention of reproductive disorders in women under the age of 40 years. *Fundamentalnye issledovaniya*. 2014; 4-2: 350–4.
5. Ufimtseva M.A., Malishevskaya N.P., Syrneva T.A. Clinical and epidemiological features of syphilis in the Urals, Siberia and the Far East. *Sovremennye problemy dermatovenerologii, immunologii i vrachebnoy kosmetologii*. 2009; 2: 68–73.
6. Bogomolov B.P., Sorokina A.A., Koroleva M.A. Syphilis in a patient with a primary diagnosis of infectious mononucleosis, cytomegalovirus and herpes infection. *Klinicheskaya medicina*. 2014; 2: 71–3.
7. Misenko D.N., Prohorenkov V.I., Chesnokov A.B., Prokopieva A.A. The case of active tertiary syphilis of the mouth. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2013; 3: 51–3.
8. Kovtunova V.A., Serdyukov A.G., Rasskazov D.N. Epidemiological features of the course of syphilis in Europe. *Astrahanskiy medicinskiy zhurnal*. 2011; 1: 19–23.
9. Agaev R.A., Gorlanov I.A., Nikiforov B.N., Egorova Yu.S., Eremina N.V., Smirnova T.S., et al. Flow dynamics and trends of latent forms of syphilis and development serological resistance in the Leningrad region and St. Petersburg at the present stage. *Zhurnal infektologii*. 2011; 3: 18–25.
10. Bondarenko G.M., Unuchko S.V., Gubenko T.V., Matyushenko V.P. Clinical and epidemiological features of syphilis at the present stage. *Dermatologiya ta venerologiya*. 2014; 2: 65–70.

Received 10.02.15

## ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

© ТЕПЛЮК Н.П., 2015  
УДК 616.5+616.97]-08:93

## Из истории клиники кожных и венерических болезней им. В.А. Рахманова Первого МГМУ им. И.М.Сеченова

Теплюк Н.П.

Кафедра кожных и венерических болезней им. В.А. Рахманова (зав. – проф. О.Ю.Олисова) ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, 119991, г. Москва

До организации кафедры кожных и венерических болезней преподавание кожных и венерических болезней осуществлялось терапевтами и хирургами. 27 мая 1869 г. при Московском университете была создана кафедра кожных и венерических болезней. В конце XIX века Н.П. Мансуров находит спонсора для создания клинической базы кафедры. Им стал купец Гавриил Гаврилович Солодовников. 19 февраля 1895 г. состоялось торжественное открытие клиники кожных и венерических болезней, которая по единодушному признанию участников Международного конгресса врачей в Москве в 1897 г. была признана лучшей в Европе. Первым ее директором стал А.И. Поспелов. Во время Великой Отечественной войны клиника кожных и венерических болезней не прекращала работу. В 2013–14 гг. по инициативе руководства университета здание было отремонтировано и получило вторую жизнь.

Ключевые слова: кафедра кожных и венерических болезней; клиническая база кафедры; купец Солодовников Г.Г.; клиника кожных и венерических болезней; Московское общество венерологов и дерматологов; Великая Отечественная война; вторая жизнь клиники; правнучка Солодовникова Г.Г.; Дженифер Слевин.

Для цитирования: Теплюк Н.П. Из истории клиники кожных и венерических болезней им. В.А. Рахманова Первого МГМУ им. И.М.Сеченова. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2015; 18(3): 58–62.

### FROM THE HISTORY OF V. A. RAKHMANOV CLINIC OF CUTANEOUS AND VENEREAL DISEASES, I.M.SETCHENOV FIRST MOSCOW STATE MEDICAL UNIVERSITY

Теплюк Н.П.

V.A.Rakhmanov Department of Skin and Venereal Diseases, I.M.Setchenov First Moscow State Medical University, 119991, Moscow, Russia