

Тернопольская область эндемична по боррелиозу, на укусы клещей население часто не обращает внимания, соответствующее обследование и профилактические мероприятия не проводятся, поэтому серологические находки при случайном обследовании могут отражать процесс «проэпидемичивания» населения, а для корректной трактовки результатов необходим тщательный анализ клинико-эпидемиологических данных конкретного пациента и эффективности терапии *ex juvantibus*.

Таким образом, среди возбудителей боррелиоза при мигрирующей эритеме преобладала *B. afzelii* (во всех расшифрованных

случаях), часто в сочетании с *B. garinii* и *B. burgdorferi*; комбинации из 2 и 3 возбудителей наблюдали у всех. Бесспорным доказательством причастности боррелиоза к мигрирующей эритеме и соответственно необходимости целенаправленного лечения является обнаружение таких антигенов *Borrelia burgdorferi*: OspC в блоте IgM и VlsE – IgG. Наличие других антигенов отдельно не является подтверждением диагноза, однако требует повторного обследования и дальнейшего диспансерного наблюдения. Показано более широкое обследование на боррелиоз пациентов с кожными болезнями с учетом эпидемиологического анамнеза.

Язлюк В.С.

РАННЕЕ НАЧАЛО АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ КАК МАРКЕР МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

ООО «Медицинский комплекс», 398059, г. Липецк, Россия

Андрогенная алопеция (АА) является наиболее частой причиной выпадения волос у мужчин и женщин, что в свою очередь оказывает негативное влияние на их социально-психологический статус. АА – наследственная андрогензависимая постепенно прогрессирующая миниатюризация толстых пигментированных терминальных волос до состояния, подобного веллусу. Развитие АА стадии III по шкале Гамильтона–Норвида до 36-летнего возраста является ранней АА. Во многих исследованиях была продемонстрирована связь АА с такими заболеваниями, как ишемическая болезнь сердца, инсулинорезистентность, артериальная гипертензия, дислипидемия, рак предстательной железы, доброкачественная гиперплазия предстательной железы и некоторые факторы окружающей среды, такие как курение. Тем не менее продолжается дискуссия о связи этих заболеваний и факторов окружающей среды с АА. Метаболический синдром в свою очередь рассматривают как независимый фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, которые являются основной причиной смерти и инвалидности во всем мире.

Цель данного – выявление связи метаболического синдрома с ранним началом АА (в возрасте от 18 до 25 лет). Выбор

этой возрастной группы был обусловлен редкой встречаемостью ишемической болезни сердца с развернутой клинической картиной в данной возрастной группе и стремлением к более раннему выявлению модифицируемых факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (к которым относят метаболический синдром) с целью их дальнейшего устранения.

Материал и методы. В данное исследование, по типу случай-контроль, были включены 100 мужчин в возрасте 18–25 лет (50 пациентов с ранним началом АА и 50 здоровых мужчин контрольной группы). Всем респондентам была выполнена трихоскопия и поиск диагностических критериев наличия метаболического синдрома.

Результаты. Метаболический синдром был диагностирован у 18 пациентов с ранним началом АА и у 2 пациентов из контрольной группы ($p < 0,05$).

Таким образом, всех больных с ранним началом АА необходимо обследовать на предмет обнаружения метаболического синдрома, а раннее начало АА можно рассматривать как ранний маркер метаболического синдрома.

Яковлев А.Б.¹, Круглова Л.С.¹, Новоселов В.С.²

СУКОЛИН ГЕННАДИЙ ИВАНОВИЧ: ЖИЗНЬ ЗАМЕЧАТЕЛЬНОГО ЧЕЛОВЕКА

¹Кафедра дерматовенерологии и косметологии ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ;

²Кафедра кожных и венерических болезней ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»

Минздрава России, 119991, г. Москва, Россия

Недавно отечественная дерматовенерология понесла тяжелую утрату: на 77-м году жизни после тяжелой и продолжительной болезни скончался выдающийся отечественный ученый-дерматовенеролог, врач и преподаватель, доктор медицинских наук, профессор Геннадий Иванович Суколин.

Геннадий Иванович родился 2 марта 1940 года.

В 1963 г. окончил Башкирский государственный медицинский институт по специальности «Лечебное дело», в 1963–1965 гг. учился в аспирантуре по специальности «Кожные и венерические болезни» во II Московском ордена Ленина государственном медицинском институте им. Н.И. Пирогова, на кафедре кожных и венерических болезней и в клинике под руководством профессора М.М. Желтакова. По окончании аспирантуры в 1965 г. он защитил кандидатскую диссертацию, посвященную проблеме лечения атопического дерматита, в которой обосновал применение препарата гистаглобулин в комплексном лечении этого заболевания, предложил конкретные схемы и программы терапии [1].

В 1967–1970 гг. Геннадий Иванович работал ассистентом кафедры дерматовенерологии Башкирского ГМИ, принимал активное участие в качестве дерматолога в многочисленных медико-генетических экспедициях, проводимых Институтом медицинской генетики

совместно с рядом исследовательских институтов с целью изучения распространенности наследственной патологии человека в разных климатических географических зонах: Узбекистане, Азербайджане, Российской Федерации.

В 1960-х годах Г.И. Суколин работал врачом в странах Северной Африки, в частности в Алжире, Тунисе и Марокко. Известны его работы по эпидемиологии и клиническим особенностям микозов в Северной Африке и нашей стране, в том числе – фавуса и других эндемических форм дерматомикозов, а также хромомикоза и эумикетомы. Им были описаны случаи развития в очагах фавозной атрофии кожи шиповато-клеточного рака [1].

Большой интерес представляют работы, посвященные изучению патогенеза и терапии зудящих дерматозов, представленные в диссертационных монографиях К.А. Телегиной и Г.И. Суколина.

В Алжире Геннадий Иванович преподавал в медицинском колледже. Он знал в совершенстве французский и английский языки. В республиках СССР эпидемиологию микозов Геннадий Иванович изучал как в России, так и в Узбекистане, Туркмении и Азербайджане. Им был установлен ряд клинико-эпидемиологических особенностей дерматомикозов и глубоких микозов в различных климатических географических зонах.