УДК 616.517 ISSN 1727-5741

В.В. Короленко, Р.Л. Степаненко
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Медико-соціальні аспекти псоріазу

Мета роботи — вивчення ролі псоріазу як соціальної детермінанти громадського здоров'я в провідних країнах світу. Для цього слід проаналізувати епідеміологічну ситуацію щодо псоріазу в країнах Європи, США та інших країнах світу з урахуванням наявності там систем медичної статистики, які здатні ефективно організовувати збір та обробку статистично вірогідної інформації про хворобу, а також дані про біоекономічну значущість цього дерматозу.

Матеріали та методи. Проведено бібліосемантичний ретроспективний аналіз доступних джерел літератури та мережі Інтернет, структурно-логічний аналіз, використано методи узагальнення та прогнозування.

Результати та обговорення. Встановлено значну глобальну поширеність псоріазу, показано медико-соціальний вплив, зокрема внаслідок вищого ризику інфарктів, інсультів і смертності від серцево-судинних захворювань у осіб, які страждають на псоріаз у тяжкій формі, а також змін психоемоційного стану пацієнтів. Продемонстровано економічну складову лікування псоріазу.

Висновки. З огляду на виявлені тенденції вважаємо за можливе пропонувати медико-соціальні показники щодо псоріазу як один із індикаторів належного функціонування системи громадського здоров'я, первинної медико-санітарної допомоги та дерматовенерологічної служби.

Ключові слова

Псоріаз, епідеміологія, біоекономіка, громадське здоров'я, ВООЗ, Україна.

За даними досліджень, у світі спостерігається неухильне зростання кількості хворих із хронічними дерматозами. Одним з найпоширеніших хронічних шкірних захворювань є псоріаз. Його питома вага в загальній структурі захворюваності шкіри становить від 7 до 10 %, а серед госпітальних хворих зі шкірними хворобами — до 20—25 % [4]. Глобальна поширеність псоріазу коливається від 0,1 до 11,8 % [10]. У західних країнах поширеність цього дерматозу сягає 2—4 % популяції [19, 29, 33, 44].

За дослідженнями фахівців ВООЗ, за впливом на якість життя псоріаз можна порівняти з іншими неінфекційними захворюваннями. Залежно від ступеня тяжкості і локалізації уражень хворі можуть відчувати значний фізичний дискомфорт або втрачати працездатність. Свербіж і біль можуть заважати сну. Ураження шкіри рук можуть перешкоджати деяким видам професійної діяльності, заняттям спортом і догляду за членами сім'ї.

Хворі на псоріаз можуть відчувати сором у зв'язку з зовнішніми виявами хвороби і потерпати від низької самооцінки, зумовленої страхами громадського неприйняття і психосексуального характеру. Нерідко вони відчувають психологічний дискомфорт, особливо коли вони стикаються з громадським осудом, який може виражатися в дискримінації під час найму на роботу та в соціальній ізоляції. Депресія і стан тривожності у хворих на псоріаз спостерігаються частіше, ніж загалом у популяції. Епідеміологічні дослідження свідчать, що ймовірність розвитку психіатричних розладів у дітей, хворих на туберкульоз та псоріаз, вищий, ніж у дітей, які не мають цього захворювання [48].

Мета роботи — вивчення ролі псоріазу як соціальної детермінанти громадського здоров'я у провідних країнах світу. Для цього слід проаналізувати епідеміологічну ситуацію щодо псоріазу в Європі, США та інших країнах світу з урахуванням наявності в них систем медичної статистики, які здатні ефективно організовувати збирання та обробку статистично вірогідної інформації про зазначену хворобу, а також дані щодо біоекономічної значущості цього дерматозу.

Матеріали та методи

Проведено бібліосемантичний ретроспективний аналіз джерел літератури та мережі Інтернет, структурно-логічний аналіз, використано методи узагальнення та прогнозування.

Результати та обговорення

Поширеність (Prevalence) псоріазу в Європі варіює між 0,73 % (Шотландія) і 2,9 % (Італія).

У більшості досліджень вказують рівень поширеності понад 1 %, а саме: 2 % (95 % CI: 1,86—2,14) у Швеції [22], 1,10 % (95 % CI: 0,11—2,09), 1,40 % (95 % CI: 0,94—1,86) та 1,40 % (95 % CI: 1,18—1,62) у Норвегії [9, 16], 2,84 % (95 % CI: 2,53—3,15) у Данії [30], 1,58 % (95 % CI: 0,00—3,35) у Югославії [6], 1,48 % (95 % CI: 1,20—1,80), 1,52 % (95 % CI: 1,51—1,53) та 1,87 % (95 % CI: 1,89—1,91) у Великій Британії [19, 32, 41], 1,43 % (95 % CI: 1,23—1,63) в Іспанії [17], 2,90 % (95 % CI: 2,39—3,41) в Італії [39], 2,00 % (95 % CI: 1,98—2,20) та 2,53 % (95 % CI: 2,50—2,56) у Німеччині [7, 40]. У двох дослідженнях з Великої Британії дають нижчі оцінки рівня поширеності: 0,73 % на території Шотландії (95 % CI: 0,69—0,76) [42] та 0,80 % (95 % CI: 0,78—0,82) [21] на території всього Сполученого Королівства. У європейській частині Росії цей показник дорівнює 0,72 % (95 % CI: 0,70—0,74) [2].

У Сполучених Штатах Америки поширеність псоріазу коливається від 0,7 до 2,6 %. У більшості досліджень показники подібні до європейських: 1,43 % (95 % CI: 1,27—1,59) [26] та 2,60 % (95 % CI: 2,43—2,77) [28], водночас, за даними H.S. Javitz і співавт. [25] вони становлять 0, 70 % (95 % CI: 0,67—0,73).

Рівні поширеності серед латиноамериканців та індіанців, в Африці (Єгипет і Танзанія) й Азії (Китай, Шрі-Ланка, Тайвань) варіюють від повної відсутності виявлення до оцінок нижче за 0,5 % [5, 13, 14, 20, 34, 46, 50]. Найвищі рівні поширеності названо в дослідженнях із Австралії — від 2,30 % (95 % CI: 1,39—3,21) до 6,6 % (95 % CI: 5,4—7,9) [27, 35, 37].

Поширеність псоріазу у дітей (за визначенням — у віці до 18 років) становила до 0,71 % у Європі [7] та зовсім відсутня в Азії [11, 49]. Вже згадане дослідження [7], виконане в Німеччині, показало зростання поширеності з віком (0,37 % у 0—9 років та 1,01 % у 10—18 років).

Дослідження захворюваності (Incidence) на псоріаз, за даними первинної медичної допомоги, показали рівні 120—130 випадків/100 000 осіб на рік (Нідерланди) [15] і 140 випадків/100 000 осіб на рік (Сполучене Королівство) [23]. Захворюваність на псоріаз дітей збільшується з віком: від 13,5 випадку/100 000 осіб на рік (0—3 роки) до 53,1 випадку/100 000 (14—18 років) [45].

Попри вищі оцінки захворюваності на псоріаз у Великій Британії [23] порівняно зі США [8, 24], у цих дослідженнях засвідчено аналогічну тенденцію до збільшення захворюваності з віком до 39 років, у віці 40—49 років цей показник знижується, перш ніж знову зрости, утворюючи другий пік у віці 50—59 років у Сполученому Королівстві [23] і майже 60—69 років у США [8, 24].

Значної різниці в поширеності та захворюваності на псоріаз чоловіків і жінок не виявлено, хоча одностайної думки щодо цього немає [33].

Дослідження епідеміології псоріазу в Україні не вирізняються досконалістю медико-статистичних систем та потерпають від гіподіагностики через недостатній рівень розвитку сфери громадського здоров'я, чим можна пояснити низьку поінформованість населення, пізнє звернення пацієнтів та суттєву різницю рівня поширеності стосовно відповідних європейських показників. У 2013 р. поширеність псоріазу в абсолютних числах становила 101 048 пацієнтів, серед яких було понад 6 000 дітей, а захворюваність сягала 222,5 на 100 тис. у загальній популяції. У 2011 р. поширеність псоріазу в абсолютних числах становила 102 100 пацієнтів, серед яких було 6 698 дітей, а захворюваність сягала 223,9 на 100 тис., у тому числі 83,7 на 100 тис. серед дітей. У 2009 р. поширеність псоріазу становила 98 544 хворих (0,21 % населення), а захворюваність — 13 529 осіб (0,03 %) [1, 3].

У значної частини хворих на псоріаз розвивається артрит, що уражує суглоби рук, ступень, зап'ясть, гомілковостопні суглоби, а також шийний і поперково-крижовий відділи хребта. У деяких випадках деформуються суглоби, що тягне за собою стійку втрату працездатності. Поширеність псоріазу у пацієнтів з артритом у загальній популяції становить 2—3 %, а у хворих на артрит — 7 %. Запальний артрит зустрічається в 2—3 % загальної популяції, а у хворих на псоріаз цей показник варіює від 6 до 42 % [38].

Можливе ураження нігтів пальців ніг і рук, що супроводжується лущенням, утворенням наростів, а також відшаруванням нігтьових пластинок.

Вияви псоріазу можуть призвести до зміни поведінки хворих, наслідком чого можуть стати ожиріння, підвищене споживання алкоголю і тютюну. Припускають, що куріння провокує вияви псоріазу, тоді як ожиріння скоріше за все є наслідком зміни поведінки хворого як реакції на патологічний стан. Зв'язок між алкоголізмом і псоріазом, можливо, пояснюється психологічним стресом, пов'язаним із захворюванням.

Перебіг помірної або тяжкої форми псоріазу може ускладнюватися різними коморбідними патологіями. Зокрема, у хворих на псоріаз підвищений відносний ризик щодо ішемічної хвороби серця, інсульту, гіпертонічної хвороби, дисліпідемії, цукрового діабету і хвороби Крона. Підвищеною частотою випадків гіпертонічної хвороби та цукрового діабету можна частково пояснити зазначений у великих популяційних когортних дослідженнях вищий ризик щодо інфарктів, інсультів і смертності від серцево-

Таблиця. **Судинні захворювання і смертність: кореляція з наявністю псоріазу і традиційних серцево-судинних факторів ризику, OR (95 % CI) (36, допрацьовано)**

Фактор ризику	Периферична артеріальна хвороба	Ішемічна хвороба серця	Цереброваскулярна хвороба	Смертність унаслідок уражень судин
Артеріальна гіпертензія	3,52 (2,44—5,07)	2,92 (2,48—3,44)	3,32 (2,59—4,25)	1,13 (0,95—1,34)
Цукровий діабет	2,40 (1,84—3,13)	2.30 (1,96—2,70)	2.08 (1,70—2,54)	1,27 (1,05—1,52)
Дисліпідемія	1,81 (1,39—2,36)	2,39 (2,05—2,80)	1,56 (1,27—1,90)	0,35 (0,28—0,43)
Куріння	1,78 (1,20—2,63)	1,83 (1,42—2,37)	1,78 (1,32—2,40)	0,80 (0,59—1,09)
Псоріаз	1,98 (1,38—2,82)	1,78 (1,51—2,11)	1,70 (1,33—2,17)	1,86 (1,56—2,21)

судинних захворювань у хворих на псоріаз у тяжкій формі [48].

У хворих на псоріаз значно частіше, ніж у контрольних групах, діагностували атеросклероз (співвідношення шансів OR 2,18; 95 % довірчий інтервал CI: 1,59—3,01). Також у них значно частіше виявляли ішемічну хворобу серця (OR 1,78; 95 % CI: 1,51—2,11), цереброваскулярні захворювання (OR 1,70; 95 % CI: 1,33—2,17) або периферичну артеріальну хворобу (OR 1,98; 95 % CI: 1,38—2,82) [36].

Порівняння відношень шансів поширеності основних судинних хвороб та смертності внаслідок серцево-судинних і цереброваскулярних хвороб у хворих на псоріаз дає змогу оцінити інші фактори ризику розвитку судинних захворювань (таблиця). Відношення шансів OR для діагностики захворювань периферичних артерій у хворих на псоріаз (OR 1,98; 95 % CI: 1,38—2,82) було більшим за OR для діагностики захворювань периферичних артерій у хворих з дисліпідемією (OR 1,81; 95 % CI: 1,39—2,36) і курців (OR 1,78; 95 % CI: 1,20—2,63). У пацієнтів з артеріальною гіпертензією (OR 3,52; 95 % CI: 2,44—5,07) і цукровим діабетом (OR 2,40; 95 % CI: 1,84—3,13) частіше, ніж у хворих на псоріаз, виявляли захворювання периферичних артерій. Крім того, псоріаз був незалежно пов'язаний зі збільшенням смертності від усіх судинних причин (OR 1,86; 95 % CI: 1,56—2,21) [36]. Це надзвичайно важливо, бо серцево-судинні захворювання є головною причиною смертності в Україні.

Ведення хворих на псоріаз полягає в лікуванні не тільки уражених ділянок шкіри, а й супутніх захворювань. Фахівці охорони здоров'я повинні бути поінформовані про ймовірність виникнення їх для своєчасної діагностики, а також лікування хворих на псоріаз з урахуванням можливого впливу терапії на розвиток коморбідних станів. Слід проводити скринінг хворих з тяжкими формами псоріазу щодо виявлення факторів ризику серцево-судинних захворювань і надавати їм послуги з консультування та лікування. Важливими складовими медичної допомоги є забезпечення переходу хворих до здорового режиму харчування і належного рівня фізичної активності, а також боротьба з іншими факторами ризику, зокрема надлишковою масою тіла, адже зниження її може сприяти підвищенню ефективності лікування псоріазу [48].

Розв'язання проблем щодо псоріазу важливе також з позицій біоекономіки, оскільки дослідження свідчать про високу вартість лікування цієї хвороби, а також асоційованість її з серцево-судинними захворюваннями. Тобто можна очікувати помітного економічного ефекту від оптимізації управління захворюваністю на цей дерматоз.

Так, у Італії середня загальна вартість лікування одного хворого на псоріаз на рік (середня PASI-оцінка 21,4), в тому числі прямих і непрямих пунктів, становила 8371,61 євро. У разі помірної тяжкості перебігу захворювання (PASI ≤ 20) — 5226,04 євро, з тяжким перебігом (PASI > > 20) — 11434,40 євро на рік [12].

У Швейцарії «out-of-pocket» витрати («з кишені») на амбулаторне лікування на пацієнта на рік коливалися від 600—1100 швейцарських франків для помірно тяжкого псоріазу до 2400—9900 швейцарських франків для тяжких форм. З урахуванням витрат на стаціонарне лікування на суму понад 60 млн швейцарських франків сумарні річні витрати на лікування псоріазу в Швейцарії в 2004/2005 фінансовому році становили приблизно 314—458 млн швейцарських франків [31].

У Німеччині середні загальні витрати сягали 6709 євро на одного пацієнта на рік. Середня оцінка PASI — 18,2; PBSA (площа ураження) — 28,9 %. Щорічні витрати були найвищими (8831 євро) у пацієнтів з низьким достатком. У них також був найвищий рівень PASI (22,2) [43].

У США витрати на лікування одного хворого на псоріаз на рік становили 1500 доларів, проте база даних, яку використовували в дослідженні,

не містила інформації про витрати пацієнта «out-of-pocket» або від втрат продуктивності на робочому місці. Водночас автори дають оцінку від 11 до 25 млрд доларів на рік — як загальну суму втрат унаслідок псоріазу в США [18].

З огляду на глобальну соціальну значущість псоріазу 67-ма Всесвітня асамблея охорони здоров'я у 2014 р. прийняла резолюцію, в якій:

1) закликає держави-члени продовжувати інформаційно-пропагандистську діяльність для підвищення рівня інформованості про псоріаз і боротьби зі стигматизацією, яку відчувають такі хворі, зокрема в рамках заходів, що проводять щорічно 29 жовтня в державах-членах;
2) пропонує Генеральному директору:
   — привернути увагу до проблеми псоріазу та її наслідків для громадського здоров'я, опублікувавши глобальну доповідь з проблеми псоріазу, включаючи дані про його поширеність та захворюваність у світі. Особливо наголосити на необхідності подальших досліджень з проблеми псоріазу. Виявляти успішні підходи до інтеграції заходів боротьби з псоріазом у служби щодо неінфекційних захворювань, для зацікавлених сторін, зокрема осіб, що визначають політику, до кінця 2015 р.;
   — розмістити інформацію про діагностику, лікування і медичну допомогу в зв'язку з псоріазом на веб-сайті ВООЗ з метою підвищення рівня інформованості громадськості про псоріаз і його загальні фактори ризику, а також забезпечення можливості для проведення санітарно-освітньої роботи і ліпшого розуміння проблеми псоріазу [47].

ВООЗ також рекомендувала виконати такі основні заходи з підвищення рівня медичного обслуговування хворих на псоріаз:

а) забезпечення прихильності осіб, що визначають політику, і надання адекватної управлінської підтримки;
б) розширення доступу до медичного обслуговування та основних лікарських засобів для лікування псоріазу;
в) навчання і професійна підготовка працівників охорони здоров'я, зокрема зайнятих у службах первинної медичної допомоги;
г) створення основної мережі дерматологів та інших профільних фахівців і забезпечення можливості розширення цієї мережі в разі потреби;
д) проведення для хворих на псоріаз заходів медико-санітарної освіти, консультування та програм навчання самодопомоги;
е) створення ефективних механізмів, які могли б сприяти розвитку організацій, які надають підтримку хворим на псоріаз і їхнім сім'ям [48].

Надзвичайно важливим кроком щодо імплементації в Україні міжнародних принципів ведення псоріазу стало затвердження і впровадження до практики адаптованої клінічної настанови та уніфікованого клінічного протоколу щодо псоріазу [3].

Висновки

Таким чином, з огляду на значну глобальну поширеність псоріазу, відчутний медико-соціальний вплив, зокрема внаслідок вищого ризику інфарктів, інсультів і смертності від серцево-судинних захворювань у хворих на псоріаз у тяжкій формі, а також зміни їхнього психоемоційного стану, потенційну економічну значущість захворюваності, вважаємо за можливе пропонувати медико-соціальні показники щодо псоріазу як один із індикаторів належного функціонування системи громадського здоров'я, первинної медико-санітарної допомоги та дерматовенерологічної служби.

Список літератури

1. Котвіцька А.А., Карло В.В. Дослідження показників поширеності псоріазу в країнах світу та Україні // Запорож. мед. журн. — 2013. — № 3 (78). — С. 38—42.
2. Османова Ф.М. Оценка частоты псориаза по данным обращаемости и медицинских осмотров // Вестн. дерматол. — 1985. — № 1. — 46—48.
3. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при псоріазі, включаючи псоріатичні артропатії, наказ Міністерства охорони здоров'я України від 20.11.2015 № 762. — Режим доступу: http://www.dec.gov.ua/mtd/_psoriaz.html.
4. Харченко Т. Псориаз в Украине: современные подходы к решению проблемы // Укр. мед. часопис. — 01.10.2012 р. [Електронна публікація] www.umj. com.ua. — С. 1—3.
5. Abdel-Hafez K., Abdel-Aty M.A., Hofny E.R.M. Prevalence of skin diseases in rural areas of Assiut Governorate, Upper Egypt. // Int. J. Dermatol. — 2003. — Vol. 42. — P. 887—892.
6. Arzensek J., Kansky A., Kavcic C. Epidemiology of psoriasis in the Celje area // Acta Derm. Venereol. — 1984. — Vol. 64. — P. 106—108.
7. Augustin M., Glaeske G., Radtke M.A. Epidemiology and comorbidity of psoriasis in children // Br. J. Dermatol. — 2010. — Vol. 162. — P. 633—636.
8. Bell L.M., Sedlack R., Beard C.M. Incidence of psoriasis in Rochester, Minn, 1980—1983 // Arch. Dermatol. — 1991. — Vol. 127. — P. 1184—1187.
9. Braathen L.R., Botten G., Bjerkedal T. Prevalence of psoriasis in Norway // Acta Derm. Venereol. — 1989. — Vol. 142. — P. 5—8.
10. Chandran V., Raychaudhuri S.P. Geoepidemiology and environmental factors of psoriasis and psoriatic arthritis // J. Autoimmunity. — 2010. — Vol. 34. — P. 314—321.
11. Chen G.Y., Cheng Y.W., Wang C.Y. Prevalence of skin diseases among schoolchildren in Magong, Penghu, Taiwan: a community-based clinical survey // J. Formos Med. Assoc. — 2008. — Vol. 107. — P. 21—29.
12. Colombo G.L., Altomare G.F., Peris K. et al. Moderate and

severe plaque psoriasis: cost-of-illness study in Italy // Ther. Clin. Risk Manag. — 2008. — Vol. 4 (2). — P. 559—568.
13. Convit J. Investigation of Incidence of Psoriasis Among Latin American Indians. — Washington, 1963.
14. Cooperative Psoriasis Study Group. Distribution of psoriasis in China: A nationwide screening in 1984 // Chin. J. Dermatol. — 1986. — Vol. 19. — P. 253—262.
15. Donker G.A., Foets M., Spreeuwenberg P. Management of psoriasis in general practice now more in agreement with the guidelines of the Dutch College of General Practitioners (NHG) // Ned. Tijdschr. Geneeskd. — 1998. — Vol. 142. — P. 1379—1383.
16. Falk E.S., Vandbakk O. Prevalence of psoriasis in a Norwegian Lapp population // Acta Derm. Venereol.— 1993. — Vol. 182 (Suppl.). — P. 6—9.
17. Ferrandiz C., Bordas X., Garcia-Patos V. Prevalence of psoriasis in Spain (Epiderma Project: phase I) // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. — 2001. — Vol. 15. — P. 20—23.
18. Fowler J.F., Duh M.S., Rovba L. et al. The impact of psoriasis on health care costs and patient work loss // J. Am. Acad. Dermatol. — 2008. — Vol. 59 (5). — P. 772—780.
19. Gelfand J.M., Weinstein R., Porter S.B. Prevalence and treatment of psoriasis in the United Kingdom — a population-based study// Arch. Dermatol. — 2005. — Vol. 141. — P. 1537—1541.
20. Gibbs S.A.M. Skin disease and socioeconomic conditions in rural Africa: Tanzania // Int. J. Dermatol. — 1996. — Vol. 35. — P. 633—639.
21. Gillard S.E., Finlay A.Y. Current management of psoriasis in the United Kingdom: patterns of prescribing and resource use in primary care // Int. J. Clin. Pract. — 2005. — Vol. 59. — P. 1260—1267.
22. Hellgren L. Psoriasis. The Prevalence in Sex, Age and Occupational Groups in Total Populations in Sweden. Morphology, Inheritance and Association with other Skin and Rheumatic Diseases // Stockholm: Almqvist and Wiksell: 1967.
23. Huerta C., Rivero E., Garcia Rodriguez L.A. Incidence and risk factors for psoriasis in the general population // Arch. Dermatol. — 2007. — Vol. 143. — P. 1559—1565.
24. Icen M., Crowson C.S., McEvoy M.T. et al. Trends in incidence of adult onset psoriasis over three decades: a population-based study // J. Am. Acad. Dermatol. — 2009. — Vol. 60. — P. 394—401.
25. Javitz H.S., Ward M.M., Farber E. et al. The direct cost of care for psoriasis and psoriatic arthritis in the United States // J. Am. Acad. Dermatol. — 2002. — Vol. 46. — P. 850—860.
26. Johnson M., Roberts J. Skin conditions and related need for medical care among persons 1—74 years. United States, 1971—1974 // Vital Health Stat. — 1978. — Vol. 11 (1–5). — P. 1—72.
27. Kilkenny M., Stalhakis V., Jolley D. et al. Maryborough skin health survey: prevalence and sources of advice for skin conditions // Australas. J. Dermatol. — 1998. — Vol. 39. — P. 233—237.
28. Koo J. Population-based epidemiologic study of psoriasis with emphasis on quality of life assessment // Dermatol. Clin. —1996. — Vol. 14. — P. 485—496.
29. Kurd S.K., Gelfand J.M. The prevalence of previously diagnosed and undiagnosed psoriasis in US adults: results from NHANES 2003—2004 // J. Am. Acad. Dermatol. — 2009. — Vol. 60. — P. 218—224.
30. Lomholt G. Prevalence of skin diseases in a population; a census from the Faroe Islands // Dan. Med. Bull. — 1964. — Vol. 11. — P. 1—7.
31. Navarini A.A., Laffitte E., Conrad C. et al. Estimation of cost-of-illness in patients with psoriasis in Switzerland // Swiss. Med. Wkly. — 2010. — Vol. 140 (5—6). — P. 85—91.
32. Nevitt G.J., Hutchinson P.E. Psoriasis in the community: prevalence, severity and patients' beliefs and attitudes towards the disease // Br. J. Dermatol. — 1996. —Vol. 135. — P. 533—537.
33. Parisi R., Symmons D.P.M., Griffiths C.E.M., Ashcroft D.M. Identification and Management of Psoriasis and Associated Comorbidity project team Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence // J. Investigative Dermatol. — 2013. — Vol. 133. — P. 377—385.
34. Perera A., Atukorale D.N., Sivayogan S. Prevalence of skin diseases in suburban Sri Lanka // Ceylon. Med. J. — 2000. — Vol. 45. — P. 123—128.
35. Plunkett A., Marks R. Review of the epidemiology of psoriasis vulgaris in the community // Australas. J. Dermatol. — 1998. — Vol. 39. — P. 225—232.
36. Prodanovich S., Kirsner R.S., Kravetz J.D. et al. Association of psoriasis with coronary artery, cerebrovascular, and peripheral vascular diseases and mortality // Arch. Dermatol. — 2009. — Vol. 145 (6). — P. 700—703.
37. Quirk C. Skin disease in the Busselton population survey // Med. J. Aust. — 1979. — Vol. 1. — P. 569—570.
38. Rahman P., Elder J.T. Genetic epidemiology of psoriasis and psoriatic arthritis // Ann. Rheum. Dis. — 2005. — Vol. 64 (Suppl. II). — P. 37—39.
39. Saraceno R., Mannheimer R., Chimenti S. Regional distribution of psoriasis in Italy // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. — 2008. — Vol. 22. — P. 324—329.
40. Schlander M., Schwarz O., Viapiano M. et al. Administrative prevalence of psoriasis in Germany // Value Health. — 2008. — Vol. 11. — P. A615—616.
41. Seminara N.M., Abuabara K., Shin D.B. et al. Validity of The Health Improvement Network (THIN) for the study of psoriasis // Br. J. Dermatol. — 2011. — Vol. 164. — P. 602—609.
42. Simpson C.R., Anderson W.J.A., Helms P.J. et al. Coincidence of immunemediated diseases driven by Th1 and Th2 subsets suggests a common aetiology. A population-based study using computerized general practice data // Clin. Exp. Allergy. — 2002. —Vol. 32. — P. 37—42.
43. Sohn S., Schoeffski O., Prinz J. et al. Cost of Moderate to Severe Plaque Psoriasis in Germany: A Multicenter Cost-of-Illness Study // Dermatol. — 2006. — Vol. 212. — P. 137—144.
44. Stern R.S., Nijsten T., Feldman S.R. Psoriasis is common, carries a substantial burden even when not extensive, and is associated with widespread treatment dissatisfaction // J. Investig. Dermatol. — 2004. — Vol. 9. — P. 136—139.
45. Tollefson M.M., Crowson C.S., McEvoy M.T. Incidence of psoriasis in children: a population-based study // J. Am. Acad. Dermatol. — 2010. — Vol. 62. — P. 979—987.
46. Tsai T.F., Wang T.S., Hung S.T. Epidemiology and comorbidities of psoriasis patients in a national database in Taiwan // J. Dermatol. Sci. — 2011. — Vol. 63.— P. 40—46.
47. WHA 67/18. Psoriasis — Available at: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB133/B133_R2-en.pdf [Accessed 20 Nov. 2016].
48. WHA 67/A67/18. Psoriasis — Available at: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_18-en.pdf [Accessed 20 Nov. 2016].
49. Yang Y.C., Cheng Y.W., Lai C.S. Prevalence of childhood acne, ephelides, warts, atopic dermatitis, psoriasis, alopecia areata and keloid in Kaohsiung County, Taiwan: a community-based clinical survey // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. — 2007. — Vol. 21. — P. 643—649.
50. Yip S.Y. The prevalence of psoriasis in the Mongoloid race // J. Am Acad. Dermatol. — 1984. — Vol. 10. — P. 965—968.

В.В. Короленко, Р.Л. Степаненко

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев

Медико-социальные аспекты псориаза

Цель работы — изучение роли псориаза как социальной детерминанты общественного здоровья в ведущих странах мира. Для этого следует проанализировать эпидемиологическую ситуацию по псориазу в странах Европы, США и других странах мира с учетом наличия там систем медицинской статистики, которые способны эффективно организовывать сбор и обработку статистически достоверной информации о болезни, а также данные по биоэкономической значимости этого дерматоза.

Материалы и методы. Проведено библиосемантический ретроспективный анализ доступных источников литературы и сети Интернет, структурно-логический анализ, использованы методы обобщения и прогнозирования.

Результаты и обсуждение. Установлено значительную глобальную распространенность псориаза, показано медико-социальное влияние, в том числе вследствие высокого риска инфарктов, инсультов и смертности из-за сердечно-сосудистых заболеваний у больных псориазом в тяжелой форме, а также изменений психоэмоционального состояния пациентов. Продемонстрировано экономическую составляющую лечения псориаза.

Выводы. Учитывая выявленные тенденции, считаем возможным предложить медико-социальные показатели относительно псориаза как один из индикаторов надлежащего функционирования системы общественного здоровья, первичной медико-санитарной помощи и дерматовенерологической службы.

Ключевые слова: псориаз, эпидемиология, биоэкономика, общественное здоровье, ВОЗ, Украина.

V.V. Korolenko, R.L. Stepanenko

O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

Medical and social aspects of psoriasis

Objective — to study the role of psoriasis as social factor of public health in the leading countries of the world. To do that we should examine the epidemiological situation regarding psoriasis in Europe, the US and other countries taking into account the presence of medical statistics in these countries which could effectively organize the collection and processing of statistically reliable information on this disease, as well as data on bioeconomical significance of this dermatosis.

Materials and methods. Bibliosemantic retrospective analysis of available literature and Internet sources was conducted; methods of structural and logical analysis, synthesis and prediction were applied.

Results and discussion. Significant global prevalence of psoriasis was established; medical and social impact of psoriasis was demonstrated, including the resulting high risk of heart attacks, strokes and death from cardiovascular diseases in persons with severe psoriasis, as well as patients' psychic and emotional changes. The economic component of psoriasis treatment is demonstrated.

Conclusions. Taking into account the tendencies, we consider it possible to suggest health and social exponents for psoriasis as an indicator of the proper functioning of public health system, primary care and dermatovenereologic services.

Key words: psoriasis, epidemiology, bioeconomy, Public Health, WHO, Ukraine.

Дані про авторів:

Короленко Володимир Васильович, к. мед. н.
01601, м. Київ, бульв. Тараса Шевченка, 13
E-mail: v_korolenko@yahoo.com

Степаненко Роман Леонідович, к. мед. н., асист. кафедри дерматології та венерології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця