

В.Г. Кравченко<sup>1</sup>, Я.О. Ємченко<sup>1</sup>, А.В. Кравченко<sup>2</sup>, А.М. Дацук<sup>2</sup><sup>1</sup>Полтавський державний медичний університет<sup>2</sup>Харківський національний медичний університет

## Псоріаз: сучасний стан захворюваності та організаційні заходи

**Мета роботи** – провести епідеміологічний аналіз захворюваності на псоріаз у світі та в Україні і визначити причини її перманентного поширення, а також окреслити основні завдання дерматовенерологічної галузі для поліпшення ситуації в нашій країні.

**Матеріали та методи.** З метою проведення порівняльного аналізу використано доступні дані епідеміологічних досліджень і надбання з власної багаторічної дерматологічної практики.

**Результати та обговорення.** Досить високі показники поширеності псоріазу в економічно розвинених країнах можна розглядати як відображення існуючої там організаційної системи охорони здоров'я і високого рівня медичної допомоги. Аналітичні дані щодо захворюваності на псоріаз в окремих областях України свідчать про значну поширеність цього дерматозу навіть попри відсутність суворого обліку захворювань у регіонах. Терапія псоріатичної хвороби, особливо її ускладнених форм, наразі супроводжується значними труднощами і не забезпечує тривалої ремісії. Тому лікування таких пацієнтів необхідно проводити в спеціалізованих дерматовенерологічних закладах, в яких мають бути зосереджені необхідні кадрові, матеріальні ресурси і спеціальне медичне обладнання.

**Висновки.** З метою проведення результативних заходів у боротьбі з псоріатичною хворобою та її наслідками дерматологічні підрозділи комунальної і приватної власності мають налагодити облік і звітність щодо захворюваності. Президія УАЛДВК належить створити чіткий план заходів задля якомога раннього виявлення, лікування і запобігання розвитку ускладнень дерматозу, а також на підставі новітніх вітчизняних і світових наукових досягнень розробити алгоритми і протоколи лікування хворих з різними клінічними типами і формами псоріазу. Тільки спільними зусиллями асоціації дерматологів і значної частини лікарської спільноти (педіатрів, кардіологів, ендокринологів, імунологів) під керівництвом Національної служби здоров'я України і МОЗ України можна подолати це захворювання, оскільки епідеміологічні і терапевтичні аспекти псоріатичної хвороби є проблемами не тільки дерматології.

### Ключові слова

Псоріаз, епідеміологія, лікування, звітність, організаційні заходи.

Одним із традиційно складних захворювань у практичній діяльності дерматологів є псоріаз, який на сьогодні визнано не лише хворобою, а й позитивним станом, що характеризується хронічним і тривалим перебігом з періодами загострень і ремісій, а також вираженою ко- і поліморбідністю. Розпочинаючись нерідко в дитячому віці, процес «псоріатичного маршу» зазвичай супроводжує пацієнта впродовж усього життя, маючи характерні клінічні та соціальні особливості. Хвороба, окрім хронізації з перманентними загостреннями, не тільки погіршує якість життя пацієнтів, а й має велику соціальну значущість. У світі донині тривають нескінченні

дискусії щодо ймовірних причин виникнення і розвитку цієї патології, а також методів оптимальної терапії. Існуючі концепції етіології і патогенезу псоріазу неоднозначні і не спроможні розкрити усіх механізмів розвитку захворювання. Відомо також, що псоріаз супроводжується широким спектром порушень гомеостатичних процесів, зокрема змінами гормонального фону, вільнорадикального та кисневого гомеостазу, ендогенною інтоксикацією, які впливають на імунний статус організму і свідчать на користь імунозалежного патофізіологічного механізму розвитку псоріазу [4, 6, 19, 20, 22].

Ми поділяємо справедливо, на наш погляд, трактовку псоріазу як псоріатичної хвороби, зважаючи на системний характер впливу на організм, доведену підвищену коморбідність із пору-

Таблиця 1. Кількість хворих на псоріаз у різних країнах світу (за А.А. Котвіцькою, В.В. Карло, 2013)

Країна	Кількість населення країни, п	Кількість хворих*, %	Кількість хворих, п	Кількість хворих*, п	Ранг
США	315 172 000	2,4	7 564 128	7 000 000	1
Німеччина	81 843 809	3–6,5	3 519 283	3 000 000	2
Франція	63 468 168	2–4,7	2 157 918	2 000 000	3
Україна	45 560 255	0,21**	98 544**		
		3	1 366 807	1 500 000	4
Польща	38 208 618	3	1 146 259		5
Іспанія	46 163 116	1,4–3	1 015 589		6
Канада	33 676 000	1,8–2,7	774 548	> 1 000 000	7
Австралія	23 444 000	2,6	609 544		8
Нідерланди	16 805 350	1,8–5	571 382		9
Бельгія	11 041 266	2–3	276 031		10
Швеція	9 540 065	2–3	238 502		11
Болгарія	7 364 570	3	220 937		12
Норвегія	5 049 500	3–4,8	196 930		13
Данія	5 580 516	1,5–4,2	161 835		14
Швейцарія	7 952 600	2	159 052		15
Фінляндія	5 426 500	2–3	135 663		16
Литва	2 988 400	2–4	89 652		17
Словенія	2 062 680	1–2	30 940		18
Загальна кількість	721 347 413		20 235 000		

Примітка. \* Дані Української асоціації псоріазу; \*\* Дані офіційної статистики МОЗ України.

Таблиця 2. Кількість хворих на псоріаз віком до 18 років у різних країнах світу (за А.А. Котвіцькою, В.В. Карло, 2013)

Країна	Кількість хворих, %	Кількість хворих, п
Бельгія	10	27 603
Швеція	18	42 930
Фінляндія	15	20 350
Данія	15	24 275
Болгарія	5–7	16 562
Україна	Офіційна статистика відсутня	

шеннями імунного статусу і системним запаленням (псоріатичний артрит та різноманітні ко- і поліморбідні стани), статистичну достовірність щодо підвищеного ризику розвитку метаболічного синдрому [7, 8, 17, 26].

У загальній структурі захворюваності шкіри питома вага псоріазу становить, за даними окремих дослідників, від 7 до 10 %, а серед госпіталізованих зі шкірними хворобами — до 20–25 % [6, 7, 17]. За даними Міжнародної федерації асоціацій псоріазу (International Federation of Psoriasis Associations) його поширеність у світі неоднакова і залежить від регіону, коливаючись у межах 1,2–5 %, а середній показник поширеності становить близько 3 % у загальній популяції [10]. Результати інших досліджень вказують на більш широкий діапазон поширеності дерматозу в світі — від 0,1 до 11,8 %. За даними ВООЗ загальне число хворих на псоріаз в усьому світі становить близько 125 млн (табл. 1, 2).

Отже, в країнах світу псоріаз має різну поширеність. Найвищу захворюваність реєструють у Північній та Західній Європі, причому серед 18 країн найвищі показники виявлено в Німеччині (до 6,5 %), Нідерландах (до 5 %), Норвегії

(до 4,8 %), Франції (до 4,7 %) і Данії (до 4,2 %), де середній рівень поширеності сягає 2,8 %. У Східній Азії показник набагато нижчий (Китай: 0,05–1,23 %, Японія: 0,29–1,18 %). Рідше на псоріаз хворіють представники монголоїдної раси, рідко – негроїдної, серед американських індіанців та ескімосів випадків псоріазу практично не відзначено [10]. У двох третин пацієнтів із псоріазом діагностують легкі та помірні форми захворювання, а в одній третині – середні та тяжкі (псоріатична еритродермія, псоріатичний артрит, пустульозний псоріаз), які призводять до тривалої непрацездатності та/або інвалідизації пацієнтів [1, 11, 12, 14–17]. За даними українських науковців у галузі дитячої дерматології, близько 14 % пацієнтів занедужують на псоріаз у віці до 9 років, а в більшості випадків початок захворювання припадає на період 5–15 років, що підтверджує епідеміологічну значущість хвороби в дитячому віці. Аналізуючи поширеність псоріазу серед дітей і підлітків загалом в Україні в період 2001–2011 рр. [2, 3], констатовано підвищення захворюваності на 46,5 % (у Чернівецькій області – на 78,6 %, Луганській – на 47,5 %, в АР Крим – на 42,5 %, у Полтавській області – на 14,6 %, Харківській – на 12,2 %). На псоріаз хворіють як жінки, так і чоловіки, але якщо у дитячому віці вищу захворюваність спостерігають серед дівчат, то у дорослому віці на 60–65 % частіше хворіють чоловіки. Усереднений показник захворюваності на псоріаз у осіб віком до 18 років у європейських країнах становить близько 13 % [10], причому аналіз показників поширеності дерматозу у дітей та підлітків до 18 років у окремих країнах свідчить про найбільшу кількість хворих у Швеції. Загальний стан захворюваності на псоріаз в Україні наразі важко оцінити, оскільки реальної картини не існує через відсутність суворого обліку хворих та статистичних даних у дерматологічних закладах. Чітко розробленої форми обліку, яка б передбачала врахування пацієнтів за адміністративними регіонами, віком, статтю, формою, стадією і типом хвороби, кількістю днів, проведених у стаціонарі, сумарними термінами непрацездатності, числом інвалідизованих пацієнтів унаслідок псоріатичної хвороби тощо, на жаль, також не існує. Орієнтовні дані з цих питань, які не претендують на репрезентативність, можна отримати переважно із наукових джерел, зокрема щодо захворюваності в окремих областях країни. Так, за даними Харківського науково-дослідного інституту дерматології і венерології в 2017 р. в Україні було зареєстровано 110 155 хворих на псоріаз (що становить 259,7 на 100 тис. населення), тоді як у 2007 р. їх було 93 713 (201,7 на 100 тис. населен-

ня). В деяких аналітичних статтях представлено відомості про кількість хворих на псоріаз у Вінницькій, Полтавській і Кіровоградській областях. Зокрема, число хворих на псоріаз у Вінницькій області за період 1996–2005 рр. збільшилось з 4848 до 5701; загальний показник поширеності хвороби на 100 тис. населення коливався в межах від 274,8 до 323,2, демонструючи щорічне зростання реєстрації випадків цього дерматозу. Автори дослідження припускають як причину такого стану несвоєчасну діагностику хвороби у пацієнтів дитячого віку і той факт, що псоріаз лікували як інший, клінічно подібний дерматоз, що уповільнювало час точної діагностики хвороби. Деякі нижчі показники виявлення хворих із уперше встановленим діагнозом псоріазу серед дорослих (з 391 до 375 випадків) і дітей (із 78 до 52) автори пов'язують з тим, що багато хворих, вірогідно, намагаються лікуватися самостійно, застосовуючи методи нетрадиційної медицини, і звертаються до лікаря лише у разі більш тяжкого перебігу хвороби [6].

Поширеність псоріазу серед населення Полтавської області за період 2008–2013 рр. значно зросла, головним чином за рахунок міського населення (збільшення інтенсивного показника на 100 тис. населення з 195,4 у 2008 р. до 276,3 у 2013). Аналізуючи поширеність псоріазу серед дітей і підлітків загалом в Україні протягом 2001–2011 рр., інші автори [3] констатували зростання захворюваності на 46,5 % (у Чернівецькій області – на 78,6 %, Луганській – на 47,5 %, в АР Крим – на 42,5 %, у Полтавській – на 14,6 %, Харківській – на 12,2 %). Навіть ці не зовсім повні аналітичні дані щодо захворюваності на псоріаз в окремих областях країни свідчать про значну поширеність цього дерматозу в нашій країні. Таку тенденцію, зокрема і велику частку ускладнених форм псоріазу, більшість вітчизняних дослідників схильні розглядати переважно як сукупність несприятливих чинників, зокрема погіршення екологічної обстановки, незадовільний рівень матеріально-побутових умов, який спонукає до психоемоційного напруження в суспільстві, що врешті-решт призводить до скорочення клінічної ремісії і частішого випадків загострень дерматозу з ускладненнями. Але це судження, на наш погляд, не є вирішально вагомим, враховуючи значний рівень захворюваності на псоріаз і частоту ускладнених форм у країнах Західної Європи і США, де загальний рівень життя набагато перевищує такий у нашій країні. Досить високі показники поширеності псоріазу в розвинених країнах окремі дослідники [10] вважають відображенням існуючої там організаційної системи охорони здоров'я і висо-

кого рівня медичної допомоги. Найвірогідніше, це може бути свідченням чіткого обліку захворюваності і звітності медичних закладів. Дані щодо поширеності псоріазу в Україні суттєво відрізняються від середніх показників у Європі і в різних країнах світу. На думку фахівців, фактичний відсоток цього захворювання набагато вищий [7, 10], оскільки за неофіційними даними в Україні на псоріаз хворіє понад 3 % населення. Офіційні відомості щодо кількості хворих на псоріаз віком до 18 років в Україні, як зазначалося вище, відсутні, однак відомі певні особливості клінічного перебігу псоріазу у дітей раннього віку і рідше — у підлітків. До них можна віднести: нетипову для дорослих локалізацію висипки (великі складки, ділянки, що зазнають впливу тертя або травмування); ураження шкіри обличчя, волосистої частини голови за типом себорейного дерматиту; більш виражений свербіж в осередку ураження; наявність ексудативних форм з явищами мацерації, інколи мокнуття із утворенням нашарувань кірколуточок. Існує інверсна форма псоріазу, яка частіше виникає впродовж першого року життя, з переважним ураженням великих складок та промежини. Описано випадки поєднання псоріазу з алергічними виявами, переважання краплинної форми папульозних елементів, імітування клінічної картини інших дерматозів (кандидози, atopічний дерматит, екзема), відсутності інфільтрації висипки, наявності еритематозних плям із чіткими межами. Патогномонічна «псоріатична тріада» слабо виражена або взагалі відсутня. У дітей рідко спостерігають еритродермічну і артропатичну форми хвороби, крім випадків, коли в прогресуючій стадії псоріазу еритродермія спровокована надмірною інсоляцією або неадекватним застосуванням зовнішніх терапевтичних засобів. Деякі дослідники вважають, що найбільш поширеною у дітей є краплеподібна форма псоріазу, переважно асоційована зі стрептококковим фарингітом. У таких пацієнтів спостерігають типові дисеміновані невеличкі бляшки на обличчі, тулубі і волосистій частині голови. У маленьких дітей псоріаз може спочатку виникати в аногенітальній ділянці і часто помилково його розцінюють як пелюшковий дерматит. Інші різновиди псоріазу у дітей і підлітків виявляють рідше. Ці самі вчені вважають, що артропатичний псоріаз (АП) більш поширений у разі пізнього початку хвороби. До того ж у дітей, у яких захворювання починається рано і первинно уражаються обличчя і тулуб, перебіг псоріазу набуває більш тяжкої форми [4, 11, 14, 15].

Тяжким ускладненням псоріатичної хвороби є АП, поширеність якого, за узагальненим аналі-

зом даних літератури, становить від 2,0 до 29,6 % і навіть більше у третини від загального числа хворих на псоріаз [14, 19, 24]. При цьому поширеність АП в різних кліматичних зонах є майже однаковою. Шкірні висипки, властиві цій хворобі, в 50–64 % випадків передують суглобовому синдрому, в 8–10 % — вияви артриту виникають одночасно з ураженнями шкіри, а в 15–26 % випадків (переважно у дітей) дерматоз виявляється приблизно через рік після появи перших активних явищ суглобового синдрому — це так званий латентний АП.

На сьогодні в Україні серед осіб молодого і підліткового віку спостерігають зростання частоти тяжких, рефрактерних до фармакотерапії форм псоріазу, зокрема АП, який розвивається у 5–8–30 % хворих, пустульозного псоріазу (в 1 % осіб із псоріазом) і псоріатичної еритродермії (в 1–4 %), що не тільки значно впливає на якість життя пацієнтів у суспільстві, а й зумовлює їхню інвалідизацію та хронізацію процесу з непередбачуваними наслідками [2, 3].

Втрата працездатності є найчутливішим соціально-економічним наслідком псоріазу з тяжким перебігом та/або АП. Вона може початися вже на ранній стадії розвитку хвороби і ставати пожиттєвою проблемою. Через непрацездатність хворі раніше йдуть на пенсію або взагалі припиняють роботу. Попередження інвалідності значною мірою залежить від своєчасної та адекватної терапії, метою якої є досягнення ремісії хвороби. Крім того, псоріаз пов'язаний зі скороченням тривалості життя пацієнтів. Смертність хворих за тяжкого перебігу та/або АП зростає через підвищення кардіоваскулярного ризику та розвитку амілоїдозу нирок [1].

Стан проблеми щодо псоріатичної хвороби та АП в нашій країні погіршується з кожним роком через недостатні профілактичні заходи, спрямовані на раннє виявлення захворювання. Дуже повільно впроваджуються сучасні методи діагностики та лікування псоріазу, вартість терапії є високою, недосконалою залишається матеріально-технічна база лікарняних закладів, недостатнім є охоплення санаторно-курортним лікуванням і санітарно-просвітницькою роботою населення щодо необхідності звернення до лікарів за появи перших ознак псоріатичної хвороби. Відсутність репрезентативної статистики і національного реєстру хворих на псоріаз, а також низький рівень інформаційно-просвітницької роботи серед населення, зокрема із висвітленням у засобах масової інформації даних щодо ризику інвалідності та хронізації псоріатичного процесу за відсутності адекватного та своєчасного лікування, призвели до того, що цей дерматоз ство-

рює не тільки медичну, а й соціальну значущість проблеми псоріатичної хвороби.

Пізнє звернення пацієнтів до лікарів, несвоєчасність встановлення діагнозу та неадекватне лікування на початкових етапах захворювання можуть бути вагомими причинами ускладненого перебігу псоріазу. Спровоковані зазначеними і, напевно, іншими, ще не до кінця з'ясованими чинниками, різноманітні ускладнення за типом ексудативних, пустульозних форм, псоріатичної дифузної еритродермії, АП зазвичай потребують тривалого лікування в стаціонарах дерматологічних закладів, де для цього повинні бути створені всі необхідні акредитаційні умови.

Доводиться визнати, що існуюча на сьогодні організація лікарської допомоги хворим на псоріаз у нашій країні перебуває на недостатньому рівні і потребує рішучих заходів для її покращення. Значна поширеність псоріазу в Україні, включаючи невраховані випадки внаслідок самолікування та інші незареєстровані випадки, свідчить про надзвичайну актуальність розроблення нової ефективної стратегії з організації боротьби з таким дерматозом, необхідність налагодження обов'язкового обліку хворих з уперше встановленим діагнозом і загальної кількості хворих на кожному адміністративному рівні та звітності центрів дерматології в областях перед підрозділами медичної статистики МОЗ України. Важливим є систематичний моніторинг захворюваності на цей дерматоз на державному і територіальному рівнях з метою виявлення хворих та проведення своєчасної і раціональної терапії. Основними напрямками вирішення проблеми псоріазу, попередження його ускладнених форм і перманентного рецидивування є суттєве покращення обізнаності населення щодо цієї хвороби із висвітленням ризику інвалідності за відсутності своєчасного лікування та впровадження обов'язкового медичного страхування, що сприятиме ранній діагностиці захворювання, а також більшій доступності медичної та фарма-

цевтичної допомоги. Лікування пацієнтів із псоріатичною хворобою має проводитись у забезпечених спеціалізованих дерматовенерологічних закладах, в яких мають бути зосереджені необхідні кадрові, матеріальні ресурси і спеціальне медичне обладнання (лікарі високої кваліфікації, бактеріологічні, біохімічні лабораторії, рентгенкабінет, установки для ПУВА-терапії, солярії тощо).

## Висновки

Існуюча організація лікарської допомоги хворим на псоріаз у нашій країні потребує рішучих заходів для покращення. Значна поширеність псоріазу свідчить про необхідність розроблення нової ефективної стратегії з організації боротьби із цим дерматозом, обов'язковості налагодження чіткого обліку пацієнтів із вперше встановленим діагнозом і загальної кількості хворих на кожному адміністративному рівні, звітності центрів дерматології в областях перед підрозділами медичної статистики МОЗ України з метою виявлення хворих та проведення своєчасної і раціональної терапії. Пропонуємо:

1. УАЛДВК у найближчі терміни: а) розробити і запропонувати для затвердження МОЗ України відповідні форми обліку і звітності щодо псоріатичної хвороби; б) створити план заходів з раннього виявлення, лікування і попередження її ускладнень; в) на підставі новітніх вітчизняних і світових наукових досягнень розробити алгоритм і протоколи лікування пацієнтів з різними клінічними типами і формами захворювань.
2. Керівництву УАЛДВК невідкладно запропонувати НСЗ і МОЗ України запровадити через Департаменти охорони здоров'я ОДА обов'язкову звітність обласних дерматовенерологічних центрів і надання щорічних звітів щодо псоріазу в підрозділ статистики МОЗ з подальшим їхнім аналізом, створенням плану дій і контролем за його виконанням.

## Список літератури

1. Вантюх Н.В. Сучасні аспекти етіології і патогенезу псоріазу // *Наук. вісн. Ужгородського університету, серія «Медицина»*.— Ужгород, 2013.— Вип. 1 (46).— С. 182—187.
2. Волкославская В.Н., Гутнев А.Л. Динамика заболеваемости патологией кожи и инфекциями, передающимися половым путем, у населения Украины за последние годы (2000—2010 гг.) // *Актуальные вопросы дерматовенерологии и косметологии: материалы VI съезда дерматовенерологов Республики Беларусь (Витебск, 24—25 ноября 2011 г.)*.— ARS медика, 2011.— № 15.— С. 23—26.
3. Волкославська В.М., Гутнев О.Л. Про стан захворюва-

ності та особливості перебігу деяких дерматозів у підлітків в Україні // *Клін. імунол. Алергол. Інфектол.*— 2013.— № 1.— С. 16—20.

4. Дашук А.М., Петров Б.Р. *Кожные болезни*.— Х.: Основа, 2000.— 391 с.
5. Ємченко Я.О., Іщейкін К.Є., Кайдашев І.П. Особливості клініко-лабораторних показників та клінічного перебігу псоріазу у хворих із супутнім аліментарним ожирінням // *Вісн. проблем біології і медицини*.— 2021.— № 1 (159).— С. 53—57.
6. Ємченко Я.О., Іщейкін К.Є., Кайдашев І.П. Аналіз захворюваності та поширеності на псоріаз в Україні та в Полтавській області // *Вісн. проблем біології і медицини*.— 2014.— Т. 14, вип. 3 (47).— С. 72—76.

7. Ємченко Я.О., Іщейкін К.Є., Кайдашев І.П. Сучасні погляди на імунопатогенез псоріазу // Світ медицини та біології.— 2018.— Т. 3 (65).— С. 134–139.
8. Ємченко Я.А. Особенности клинического течения псориаза у больных с сопутствующим метаболическим синдромом в зависимости от уровня системного воспаления // Georgian Medical News.— 2014.— № 11 (236).— С. 43–47.
9. Ємченко Я.О., Іщейкін К.Є. Деякі спільні аспекти патогенезу псоріазу та метаболічного синдрому // Світ медицини та біології.— 2013.— № 1 (36).— С. 176–180.
10. Котвицька А.А., Карло В.В. Дослідження показників поширеності псоріазу в країнах світу та в Україні // Запорізький мед. журн.— 2013.— № 3 (78).— С. 38–42.
11. Кравченко В.Г., Іщейкін К.Є., Кравченко А.В. та ін. Дерматологія і венерологія: навчально-методичний посібник для лікарів-інтернів.— К.: Людмила, 2020.— 296 с.
12. Кравченко В.Г., Іщейкін К.Є., Степаненко В.І., Попова І.Б. Реформування дерматовенерологічної галузі і шляхи налаштування інтегративних відносин з первинною ланкою охорони здоров'я // Україна. Здоров'я нації.— 2020.— № 2 (59).— С. 125–130.
13. Кутасевич Я.Ф., Волкославська В.М. Стан ресурсів і діяльність дерматовенерологічної служби за 1998–2018 рр. в Україні. Нагальні задачі // Дерматологія, венерологія.— 2019.— № 2 (84).— С. 46–49. doi: 10.33743/2308-1066-2019-2-46-49.
14. Сизон О.О. Епідеміологія та взаємозалежність коморбідності артропатичного псоріазу і клінічного перебігу хвороби // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2014.— № 1 (52).— С. 14–24.
15. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни: учебник для врачей и студентов.— М.: Трида-Х, 2000.— 656 с.
16. Федоренко О.Є. Клінічний досвід терапії псоріазу // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2012.— № 1 (44).— С. 59–62.
17. 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.
18. Barnas J.L., Ritchlin C.T. Etiology and Pathogenesis of Psoriatic Arthritis // Rheum. Dis. Clin. North Am.— 2015.— Vol. 41 (4).— P. 643–663. doi: 10.1016/j.rdc.2015.07.006.
19. Eder L., Widdifield J., Rosen C.F. et al. Trends in the prevalence and incidence of psoriasis and psoriatic arthritis in Ontario, Canada: A population-based study // Arthritis Care Res. (Hoboken).— 2019.— Vol. 71.— P. 1084–1091. doi: 10.1002/acr.23743.
20. Enamandram M., Kimball A.B. Psoriasis epidemiology: the interplay of genes and the environment // J. Invest. Dermatol.— 2013.— Vol. 133 (2).— P. 287–289. doi: 10.1038/jid.2012.434.
21. Griffiths C.E.M., Barker J.N.W.N. Pathogenesis and clinical features of psoriasis // Lancet.— 2007.— Vol. 370.— P. 263–271.
22. Guttman-Yassky E., Krueger J.G., Lebwohl M.G. Systemic immune mechanisms in atopic dermatitis and psoriasis with implications for treatment // Exp. Dermatol.— 2018.— Vol. 27 (4).— P. 409–417. doi: 10.1111/exd.13336.
23. Harden J.L., Krueger J.G., Bowcock A.M. The immunogenetics of Psoriasis: A comprehensive review // J. Autoimmun.— 2015.— Vol. 64.— P. 66–73. doi: 10.1016/j.jaut.2015.07.008.
24. Huerta C., Rivero E., Rodríguez L.A.G. Incidence and risk factors for psoriasis in the general population // Arch. Dermatol.— 2007.— Vol. 143.— P. 1559–1565. doi: 10.1001/archderm.143.12.1559.
25. 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. doi: 10.1016/j.jaad.2008.10.062.
26. Tollefson M.M., Crowson C.S., McEvoy M.T., Maradit Kremers H. Incidence of psoriasis in children: a population-based study // J. Am. Acad. Dermatol.— 2010.— Vol. 62.— P. 979–987. doi: 10.1016/j.jaad.2009.07.029.
27. Wei J.C.-C., Shi L.-H., Huang J.-Y. et al. Epidemiology and medication pattern change of psoriatic diseases in Taiwan from 2000 to 2013: a nationwide, population-based cohort study // J. Rheumatol.— 2018.— Vol. 45.— P. 385–392. doi: 10.3899/jrheum.170516.

V.G. Kravchenko<sup>1</sup>, Ya.A. Emchenko<sup>1</sup>, A.V. Kravchenko<sup>2</sup>, A.M. Dashchuk<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Poltava State Medical University*

<sup>2</sup> *Kharkiv National Medical University*

## Psoriasis: current status of incidence and organizational measures

**Objective** — to conduct an epidemiological analysis of the incidence of psoriasis in the world and in Ukraine and to determine the reasons for its permanent spread, as well as to outline the main tasks of the dermatovenerological field to improve the situation in our country.

**Materials and methods.** In order to conduct a comparative analysis, available data from epidemiological studies and our own long-term dermatological practice were used.

**Results and discussion.** Quite high prevalence rates of psoriasis in economically developed countries can be considered as a reflection of the existing organizational health care system and high level of medical care. Analytical data on the incidence of psoriasis in certain regions of Ukraine indicate a significant prevalence of this dermatosis, even in the absence of strict registration of diseases in the regions. The therapy of psoriatic disease, especially its complicated forms, is currently accompanied by significant difficulties and does not provide long-term remission. Therefore, the treatment of such patients must be carried out in specialized dermatovenerological institutions, in which the necessary personnel and material resources and special medical equipment should be concentrated.

**Conclusions.** In order to carry out effective measures in the fight against psoriatic disease and its consequences, dermatological units of municipal and private property should establish accounting and reporting on the morbidity. The presidium of the UALDVK should create a clear plan of measures for the earliest possible detection, treatment and prevention of complications of dermatosis, as well as, develop algorithms and protocols for the treatment of patients with various clinical types and forms of psoriasis on the basis of the latest national and international scientific achievements. Only the joint

efforts of the association of dermatologists and a significant part of the medical community (pediatricians, cardiologists, endocrinologists, immunologists) under the leadership of the National Health Service of Ukraine and the Ministry of Health of Ukraine can defeat this disease, since the epidemiological and therapeutic aspects of psoriasis are not purely dermatological problems.

**Keywords:** psoriasis, epidemiology, treatment, reporting, organizational measures.

---

**Дані про авторів:**

**Кравченко Володимир Григорович**, д. мед. н., проф. кафедри шкірно-венеричних хвороб

**Ємченко Яна Олександрівна**, д. мед. н., доц., зав. кафедри шкірно-венеричних хвороб

<https://orcid.org/0000-0003-1207-6777>

E-mail: yanaumsa@ukr.net

**Кравченко Андрій Володимирович**, к. мед. н., асист. кафедри дерматології, венерології і СНІДу

**Дащук Андрій Михайлович**, д. мед. н., проф., зав. кафедри дерматології, венерології і СНІДу