

УДК 616.517-036(477.44)

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПСОРИАЗУ НА ВІННИЧЧИНІ

С.В. Дмитренко

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Ключові слова: псоріаз, особливості клініки, предиктори, перший зрілий вік.

Напевно, про жодне зі шкірних захворювань не написано так багато, як про псоріаз. Але й до сьогодні він залишається загадкою, попри рекордну кількість (більш як 7000) лікарських засобів [3, 4, 8, 9, 11].

Проблема псоріазу посідає одне з провідних місць у практичній дерматології. Значне його поширення, особливо у осіб молодого віку, хронічний перебіг, брак єдиної науково обґрунтованої етіотропної та патогенетичної терапії змушує вважати проблему псоріазу надзвичайно актуальною.

Є численні теорії виникнення псоріазу, але найважливішою вважають генетичну схильність. Якщо роль генетичних чинників у розвитку псоріазу можна вважати достовірно встановленою, то про тип успадкування сперечаються досі. Мультифакторіальну модель успадкування псоріазу визнають багато авторів [1, 7]. За такого типу спадковості на генетичний компонент припадає 72,7%, на чинники довкілля — 27,3%. Причому генетичний компонент зумовлений дією не одного гена, а кількох.

На перебіг псоріазу впливають і предиктори (алкоголь та куріння). Встановлено асоціацію псоріазу до виникнення дерматозу з курінням [2]. Куріння є чинником ризику щодо розвитку псоріазу у чоловіків та жінок, а алкоголь погіршує його перебіг. Алкоголь спричинює імунний дисбаланс та індукує зміни в капілярах шкіри, спричинюючи загострення псоріазу, і створює несприятливе тло для його перебігу [2].

Результати досліджень, що стосуються сезонності, в більшості випадків збігаються в тому, що частота захворюваності на псоріаз пов'язана з метеорологічними умовами певного регіону. Серед них високі контрастні температури і відносна вологість повітря певним чином впливають на сезонність, частоту і поширення псоріазу. Вони служать пусковим механізмом, при цьому знижуються загальні захисно-приспосувальні механізми в організмі хворого [6, 12, 13].

Цікаві дані щодо поширення псоріазу серед населення України. Так, у степовій частині цей показник становить 0,6—1,2%. Найбільше хворих на псоріаз в Україні, за даними статистичного управління МОЗ, у карпатському регіоні, де захворюваність досягає 2,1—3,7% [5].

Згідно з даними клініко-епідеміологічних досліджень, проведених за останнє десятиріччя в Україні, найчастіше захворювання дебютує в молодому віці (21—40 років). Частіше стали реєструвати ексудативно-бляшкоподібний псоріаз з високою резис-

тентністю до лікування, а також ускладнення його перебігу.

Грунтуючись саме на таких підходах, обстежено 156 хворих (96 чоловіків і 60 жінок) молодого віку з різними формами клінічного перебігу. Відповідно до вікової періодизації, всіх хворих зараховано в групу зрілого віку (табл. 1) першого періоду (чоловіки 21—35 років, жінки — 22—35 років) [9]. Всі хворі мешкають у Вінницькій області (табл. 2). Протягом останніх 10 років аналіз динаміки звернення до дерматолога хворих на псоріаз на Вінниччині виявив достовірне її зростання за всіма показниками (табл. 3).

Хворі скаржилися на поганий настрій, дратівливість, проблеми в особистому житті. Спадковий чинник виявлено у 73 хворих (41 чоловіка і 32 жінок). Причому вказаний дерматоз спостерігався у батька-пробанда 23 хворих, у матері 10 хворих, у братів 10 хворих, у сестер 8 хворих, у дідів по бать-

Таблиця 1. Розподіл хворих на псоріаз за віком

Рік народження	Чоловіки		Жінки	
	Абс.	%	Абс.	%
1971 (35)	29	30,2	11	18,3
1972 (34)	1	1,2	3	5,0
1973 (33)	2	2,1	1	1,7
1974 (32)	2	2,1	3	5,0
1975 (31)	1	1,2	2	3,3
1976 (30)	3	3,1	3	5,0
1977 (29)	2	2,1	1	1,7
1978 (28)	6	6,2	1	1,7
1979 (27)	3	3,1	3	5,0
1980 (26)	3	3,1	2	3,3
1981 (25)	5	5,2	2	3,3
1982 (24)	3	3,1	4	6,7
1983 (23)	7	7,3	5	8,3
1984 (22)	4	4,0	15	25,0
1985 (21)	25	26,0	4	6,7
Разом	96		60	

Примітка. В дужках зазначено вік хворих.

Таблиця 2. Хворі на псоріаз, які перебувають на диспансерному обліку у Вінницькій області, віком від 21 до 35 років

Район	Разом		Чоловіки		Жінки	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Чечельницький	21	1,8	12	1,6	9	2,2
Барський	54	4,7	31	4,3	23	5,5
Тиврівський	16	1,4	10	1,4	6	1,4
Мурованокурилівський	30	2,6	18	2,5	12	2,9
Піщанський	24	2,1	17	2,3	7	1,7
Теплицький	26	2,2	15	2,0	11	2,6
Гайсинський	25	2,15	19	2,6	6	1,4
Тульчинський	56	4,9	43	6,0	13	3,1
Тростянецький	25	2,15	15	2,0	10	2,4
Чернівецький	20	1,8	13	1,8	7	1,7
Іллінецький	15	1,3	13	1,8	2	0,5
Хмільницький	112	9,8	66	9,2	46	11,1
Калинівський	40	3,6	22	3,0	18	4,3
Козятинський	55	4,8	35	4,8	20	4,8
Бершадський	66	5,8	36	5,0	30	7,2
Оратівський	49	4,2	32	4,4	17	4,1
Погребищенський	21	1,8	11	1,5	10	2,4
Ладижинський	30	2,6	20	2,7	10	2,4
Немирівський	36	3,3	25	3,4	11	2,6
Крижопільський	11	0,9	4	0,6	7	1,7
Могилів-Подільський	82	7,3	57	7,9	25	6,0
Липовецький	18	1,6	13	1,7	5	1,2
Томашпільський	35	3,0	19	2,6	16	3,8
Жмеринський	45	3,9	28	3,9	17	4,1
Вінницький	70	6,1	45	6,3	25	6,0
Літинський	90	8,0	52	7,2	38	9,1
Шаргородський	22	2,0	17	2,3	5	1,2
Ямпільський	48	4,2	37	5,2	11	2,6

Таблиця 3. Динаміка звертання до лікаря хворих на псоріаз у Вінницькій області за 1996—2005 рр.

Рік	Звертання				Уперше виявлені			
	Разом		У тому числі до 14 років		Разом		У тому числі до 14 років	
	Абс.	На 100 тис. населення	Абс.	На 100 тис. населення	Абс.	На 100 тис. населення	Абс.	На 100 тис. населення
1996	4848	274,83	284	16,10	328	18,29	47	2,66
1997	5043	285,89	304	17,23	378	21,42	61	3,45
1998	5016	284,36	297	16,23	387	21,93	61	3,45
1999	5062	286,97	299	16,95	372	21,08	61	3,45
2000	5179	293,60	326	18,48	302	17,12	85	4,81
2001	5331	302,22	282	15,98	361	20,46	67	3,79
2002	5477	310,49	292	16,55	350	19,84	73	4,13
2003	5634	319,39	256	14,51	326	18,48	35	1,98
2004	5575	316,05	238	13,49	328	18,59	53	3,00
2005	5701	323,19	259	14,68	302	17,12	47	2,66

ковій лінії 5 хворих, у дідів по материнській лінії 5 хворих; у бабусь по батьковій 5 хворих, по матері — 7 хворих; у дядьків по батьковій 3 хворих. Причому у одного пацієнта на псоріаз хворіють дід, батько і всі дядьки по батьковій лінії; у дядьків по матері 4 хворих.

Супутня патологія була у 6 хворих — у 4 чоловіків і 2 жінок (табл. 4). Сезонність виявлено у 107 чоловіків та у 49 жінок. Більшість хворих мали чітко сформований тип псоріазу: зимовий — 94 хворі, осінній — 10, весняний — 19, весняно-осінній — 4, змішаний — 28, літній — 4 хворі. Шкідливі звички мали 67 пацієнтів, із них 56 чоловіків курили і 3 зловживали алкоголем; 8 жінок курили.

Характер роботи розподілявся таким чином: у чоловіків фізичний — 35 випадків, розумовий — 23, змішаний — 37; у жінок фізичний — 6, розумовий — 27, змішаний — 26.

Тривалість захворювання від 1 до 5 років була у 36 хворих, від 5 до 10 років — у 30, понад 10 років — у 33, 20 років — у 5 хворих, понад 20 — у 17, 30 років — у 2, понад 30 років — у 2 хворих.

Поширений псоріаз виявлено у 123 пацієнтів (76 чоловіків та 47 жінок), обмежений — у 33 (22 чоловіки та 11 жінок). Тяжкі форми псоріазу спостерігалися у 20 хворих, 12 чоловіків хворіли на артропатичний псоріаз, 2 — на еритродермію. Серед жінок лише у 6 був артропатичний псоріаз. Псоріаз волосяної частини голови виявлено у 79 хворих (чоловіків 51, жінок 28). Отже, серед усіх форм псоріазу превалював інфільтративно-бляшковий (48 чоловіків і 27 жінок), далі йшли монетоподібна форма (15 чоловіків і 10 жінок), географічна (6 чоловіків та 4 жінки), краплеподібна (10 чоловіків та 8 жінок), дифузна (10 чоловіків та 4 жінки), кільцеподібна (2 чоловіки та 4 жінки), ексудативна (2 чоловіки), дисемінована (2 чоловіки).

Стадії захворювання: прогресуюча — у 60 чоловіків, стаціонарна — у 27, регресивна — у 6, ремісії — у 2 хворих; серед жінок прогресуючу стадію виявлено у 36, стаціонарну — у 17, регресивну — у 6, ремісії — у 2.

Вікова характеристика хворих на псоріаз припадає на період найвищої соціальної та фізичної активності — 21—35 років. Через усвідомлення своєї хвороби часто хворі стають замкненими, знижується сексуальна та репродуктивна активність.

Таким чином, захворюваність на псоріаз за останні роки значно зросла у осіб молодого віку (21—35 років). Більше на псоріаз хворіють чоловіки. У 46,8% хворих простежувався спадковий характер псоріазу. Причиною дебюту хвороби, її загострення та рецидиву найчастіше є предиктори (психоемоційні навантаження, шкідливі звички та ін.). У більшості хворих був зимовий тип псоріазу. Клінічні вияви псоріатичної хвороби залежали від місця проживання хворого. Скажімо, у хворих із сіл Вінниччини псоріаз мав обмежений характер, чого не спос-

Таблиця 4. Клініко-епідеміологічні особливості псоріазу

Ознака	Чоловіки		Жінки		Разом
	Абс.	%	Абс.	%	
Спадковість	41	5,9	32	8,1	73
Зв'язок дебюту зі стресом	19	2,7	15	3,8	34
Без причин	25	3,5	11	2,8	36
Супутня патологія	4	0,6	2	0,5	6
Травма	3	0,4	2	0,5	5
Операція	2	0,2	1	0,3	3
Після народження дитини			3	0,8	3
Служба в армії	7	1,0			7
Сезонність	107	15,1	49	12,3	156
Шкідливі звички	59	8,3	8	2,0	67
Поширений псоріаз	76	10,7	47	11,9	123
Обмежений псоріаз	22	3,1	11	2,8	33
Форма псоріазу					
бляшкоподібна	48	6,8	27	6,8	75
монетоподібна	15	2,1	10	2,5	25
географічна	6	0,8	4	1,0	10
краплеподібна	10	1,4	8	2,0	18
дифузна	10	1,4	4	1,0	14
кільцеподібна	2	0,2	4	1,0	6
ексудативна	2	0,2			2
десемінована	2	0,2			2
псоріатична артропатія	12	1,7	6	1,5	18
еритродермія			2	0,5	2
псоріаз волосяної ділянки голови	51	7,1	28	7,1	79
Стадія хвороби					
прогресуюча	60	8,5	36	9,1	96
стаціонарна	27	3,8	17	4,3	44
регресуюча	6	0,8	6	1,5	12
ремісії	2	0,2	2	0,5	4
Характер роботи					
фізичний	35	4,9	6	1,5	41
розумовий	23	3,2	27	6,8	50
змішаний	37	5,2	26	7,1	63

терігалося у городян. Це пов'язано з тим, що міські хворі вдаються до самолікування, застосовуючи до рогі засоби, які рекламують по телебаченню. Або ще гірше — стають здобиччю аферистів та шарлатанів. Зрештою звертаються до лікарів із псоріазом, резистентним до лікування. Висипка мала інфільтративно-бляшкоподібний характер, тяжкі форми псоріазу спостерігалися частіше у чоловіків.

Отже, виявлені нами особливості перебігу псоріазу у осіб зрілого віку першого періоду ще раз нагадують про те, що треба індивідуально підходити до хворого і дотримуватися прадавнього правила: не зашкодь!

Особливості перебігу псоріазу у жителів Вінниччини належить враховувати під час планування й проведення лікарських й профілактичних заходів.

На превеликий жаль, не всі хворі стоять на диспансерному обліку, з ними не проводять профілактичних заходів, а тим паче — санаторно-курортного лікування, тобто немає поетапного ведення цих пацієнтів. Не здійснюють моніторингу хворих на псоріаз, що перебувають на обліку. Трапляються випадки, коли на диспансерному обліку стоять особи, які виїхали за межі регіону або померли. Зміни не реєструють, що заважає якісно вивчати проблему поширення псоріазу в окремих регіонах.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Азарова, Хамаганова И.В., Поляков А.В. Генетика псоріаза // Рос. журн. кожн. и вен. болезней.— 2003.— № 6.— С. 29—30.
2. Айязтулов Р.Ф., Юхименко В.В. Значение факторов риска в возникновении и течении псориазической болезни // Рос. журн. кожн. и вен. болезней.— 2001.— № 1.— С. 41—42.
3. Арутюнов В.Я. Современные взгляды на патогенез, клинику и лечение псоріаза // Сов. мед.— 1960.— № 9.— С. 36—37.
4. Болотна Л.А., Решетняк О.В. Новий фармакотерапевтичний підхід до лікування псоріазу // Дерматол. та венерол.— 2002.— № 2 (16).— С. 56—58.
5. Буянова О.В. Стан проблеми етіопатогенезу, лікування хворих на псоріаз в Україні, розробка сучасних теорій // Укр. журн. дерматол. та венерол.— 2005.— № 4.— С. 35—36.
6. Ващенко А.П. Влияние сезонных факторов на динамику заболеваемости псоріазом // Вестн. дерматол. и венерол.— 1976.— № 5.— С. 71—73.

7. Довжанский С.И., Пинсон И.Я. Генетические и иммунные факторы в патогенезе псоріаза // Рос. журн. кожн. и вен. болезней.— 2006.— № 1.— С. 14—15.

8. Довжанский С.И., Утц С.П. Псоріаз или псоріатическая болезнь.— Саратов: Изд-во Саратовск. ун-та, 1992.— С. 271.

9. Ковешников В.Г., Никитюк Б.А. Медицинская антропология.— К.: Здоров'я.— 1992.— С. 163.

10. Коляденко В.Г., Чернышев П.В. Характеристика клеточного иммунитета у больных псоріазом // Укр. журн. дерматол. та венерол.— 2000.— № 2.— С. 55—65.

11. Коляденко Е.В. Псоріаз и противоопухолевая функция // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология.— 2001.— № 2—3.— С. 95—97.

12. Рахманов А.Б., Рахматов Т.П., Худжамбергивев О.А. Особенности течения псоріаза в Узбекистане // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2004.— № 2.— С. 20—22.

13. Щагей И.Д. Сезонность, частота и распространенность псоріаза // Вестн. дерматол. и венерол.— 1985.— № 11.— С. 43—45.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА НА ВИННИЧЧИНЕ

С.В. Дмитренко

Установлена тенденция к возрастанию заболеваемости псоріазом в Винницкой области (с 274 больных на 100 тыс. населения в 1996 г. до 323 — в 2005 г.). Более тяжелые клинические формы псоріаза наблюдались у городских жителей.

FEATURES OF CLINICAL COURSE OF PSORIASIS IN VINNITSA REGION

S.V. Dmitrenko

Tendency to increasing of psoriasis morbidity in Vinnitsa region (from 270 on 100 000 in 1996 to 323 on 100 000 in 2005) was established. Most severe clinical forms of psoriasis were observed in town-dwellers.