

*Рагозин Р.О., аспирант,  
Ханты-Мансийский клинический кожно-венерологический диспансер,  
Петров И.М., доктор медицинских наук, доцент,  
Тюменский государственный медицинский университет,  
Дьячкова Э.Э., аспирант,  
Рагозина О.В., кандидат медицинских наук, доцент,  
Ханты-Мансийская государственная медицинская академия*

## СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У НАСЕЛЕНИЯ СЕВЕРНОГО РЕГИОНА

**Аннотация:** при изучении псориаза среди населения ХМАО наблюдаются определенные половые, возрастные и гендерные особенности встречаемости данной патологии. Рецидивы псориаза у жителей северного региона наблюдаются гораздо чаще, чем в южных территориях, однако отмечается сезонная инверсия обострений: зимне-летний, вместо осенне-весеннего. Частота рецидивов нарастает от юношеского возраста к максимуму в периоды зрелости и снижается к пожилому. У женщин отмечается более строгая цикличность рецидивов, вплоть до наступления пред- и постменопаузального периода, в отличие от неопределенного течения, которое наблюдается у мужчин. Общегрупповая тенденция – увеличение сегментов неопределенного и постоянно-рецидивирующего течения, что возможно связано с измененной продолжительностью фактических сезонов года и характерным фотопериодом.

**Ключевые слова:** псориаз, демография, клиника, северный регион

### Введение

Псориаз – системное заболевание с поражением кожи, опорно-двигательного аппарата и висцеральных органов, в связи с чем многие ученые характеризуют этот дерматоз как «псориатическую болезнь» [6, 9, 16, 19, 20, 24, 26, 37, 38, 42, 46], распространенность которой неуклонно увеличивается [25, 27, 30, 36, 40, 47].

Несмотря на то, что псориаз относят к убиквитарной патологии, наиболее высокие показатели наблюдаются в странах северной Европы (до 4%) [18, 32] наиболее низкие в африканских и латиноамериканских странах и Японии (менее 0,5%). Заболеваемость псориазом в России и странах СНГ составляет от 1,5 до 3%, с учетом региональных особенностей [1, 3, 5, 10, 15, 19, 22, 23], в условиях Севера и Дальнего Востока распространенность повышается [29]. Среди пациентов дерматологического профиля удельный вес данного заболевания составляет 17-27% [30].

При хронических дерматозах чаще, чем при других заболеваниях, возникают психологические проблемы, особенно у женщин и лиц молодого возраста [7, 8, 11], часто наблюдаются депрессивные реакции и другая психопатология [13, 35], что характеризуется значительным снижением качества жизни больных [7, 28].

В некоторых субъектах РФ необходимо учитывать и региональную патологию, в случае с Ханты-Мансийским автономным округом это описторхоз, который в 40-50 % случаев сочетается с хроническими дерматозами, как отягощающий фактор развития и течения псориаза [14, 15, 34].

Представляется актуальным изучение псориатической болезни с точки зрения экологической коморбидности [2, 4, 20, 48] с учетом регионального компонента, в рамках концепции формирования психосоматической патологии [28], на фоне незавершенной адаптации к условиям северного региона.

### Объекты и методы исследования

Предметом изучения явилась выборка больных (n=482) распространенным псориазом, из них 229 мужчин (средний возраст – 42,2±6,8 лет) и 253 женщины (средний возраст – 38,6±5,4 лет), находившихся на диспансерном учете в БУ «Ханты-Мансийский клинический кожно-венерологический диспансер» в период 2014-2017 гг.

Диагноз устанавливали на основании клинической картины заболевания, выявления симптомов псориатической триады, наличия феномена Кебнера в прогрессирующей стадии [31]. При распространенности кожного поражения до 24% площади тела процесс считался ограниченным, свыше 24% – распространенным. Степень тяжести псориатического процесса, выражаемая международным индексом PASI – Psoriasis Area and Severity Index [44] определяемым по формуле с использованием стандартизированной бальной системы оценки основных клинических симптомов. В исследование включены пациенты, индекс PASI которых составлял более 20,0 баллов.

Больные с тяжелыми формами псориаза (экссудативный, пустулезный, эритродермический), очаговыми поражениями, псориазом нетипичных локализаций (ладоней и подошв, лица, гениталий),

псориазическим артритом, исключены из исследования.

Для изучения возрастных особенностей использовалась схема периодизации постнатального онтогенеза человека, принятой на VII Всесоюзной конференции по проблемам возрастной морфологии, физиологии и биохимии АПН СССР (Москва, 1965) [12].

#### Результаты и обсуждение

Из обследованных 482 больных псориазом мужчин 229 (47,51%), средний возраст – 42,2±6,8 лет, женщин – 253 (52,48%), средний возраст – 38,6±5,4 лет. Сравнительный анализ сроков появления первых клинических проявлений у больных распространенным псориазом в зависимости от возраста и пола представлен в табл. 1.

В исследуемой группе наблюдаются выраженные возрастные и межполовые различия встречаемости псориаза. Если в юношеском возрасте разница невелика (Ж – 6 человек/2%; М – 14 человек/6%), то в I периоде зрелого возраста встречаемость псориаза превалирует у женщин (137 человек/55%), против 28 человек и 13% у мужчин. Во второй период зрелого возраста заболеваемость у мужчин достигает 70% (160 человек) и 43% у женщин (110 человек), хотя данные некоторых авторов свидетельствуют о большей распространенности псориаза II типа у женщин пре- и постменопаузального [21]. В возрастной группе пожилого возраста псориаз встречается только у мужчин (26 человек/11%).

Таблица 1

#### Встречаемость псориаза в возрастных группах пациентов, проживающих в северном регионе

Возрастная группа	Мужчины (n=229) абс. / %	Женщины (n=253) абс. / %
Юношеский (n = 20)	14 / 6	6 / 2
Зрелый возраст I период (n = 165)	28 / 13	137 / 55
Зрелый возраст II период (n = 270)	160 / 70	110 / 43
Пожилой (n = 26)	26 / 11	-

Таким образом, максимум встречаемости псориаза в ХМАО-Югре у женщин наблюдается в первом периоде зрелого возраста, а у мужчин во втором периоде, в группе пожилых пациентов фиксируются только мужчины, больные юношеского возраста в отличие от результатов других исследователей [15], встречаются в небольшом проценте случаев, относительно других возрастных групп.

Учитывая наиболее значимые факторы риска индуцирования и течения псориазической болезни в условиях Сибири, Севера и Дальнего Востока [29], такие как психические и физические перегрузки, переохлаждение хроническая инфекция, травмы, изменения климата считаем провести ана-

лиз встречаемости псориаза учитывая такой социальный фактор как характер трудовой деятельности (табл. 2). В группе учащихся (в данном случае это школьники старших классов и студенты) псориаз встречается у юношей в 3,9% (9 человек), у девушек в 7,5% (19 человек). У лиц, занимающихся физическим трудом, которые подвергаются большому количеству триггерных факторов псориаз наблюдается у женщин в 22,1% случаев (56 человек), а у мужчин в 49,9% (96 человек). Лица умственного труда испытывают достаточное количество стрессовых нагрузок, что, впрочем, не исключает воздействие как климатических факторов, так и соматических заболеваний.

Таблица 2

#### Встречаемость псориаза в зависимости от характера трудовой деятельности

Характер трудовой деятельности	Мужчины (n=229) абс. / %	Женщины (n=253) абс. / %
Учащийся (n = 28)	9 / 3,9	19 / 7,5
Физический труд (n = 152)	96 / 49,9	56 / 22,1
Умственный труд (n = 302)	124 / 54,1	178 / 70,5

Итак, работники умственного труда: мужчины – 54,1% (124 человека); женщины – 70,5% (178 человек). Наблюдается определенная гендерная стратификация встречаемости псориаза у жителей северного региона, учитывая данные о превалировании женщин в группах учащихся и работников

умственного труда и мужчин, занимающихся физическим трудом.

Таким образом, наблюдаются социальные и гендерные особенности проявлений псориаза в климатогеографических условиях северного региона.

Данные о дебюте псориаза в разных возрастных, социальных и автохтонных группах населения РФ и других стран достаточно противоречивы [17, 33, 49, 50, 51]. Псориаз 1 типа очень часто развивается в возрасте до 40 лет, пик 16–21 год, характеризуется тяжелым, часто рецидивирующим течением, присоединением системных нарушений и наличием семейного накопления. Псориаз 2 типа характеризуется более поздним началом, преимущественно после 50 лет, более благоприятным течением, отсутствием семейного накопления. У пациентов женского пола заболевание часто впервые дебютирует в пери- и постменопаузальном периоде [21].

В исследованиях южнокорейских ученых отмечается, что у 63,5% больных псориаз возник до 30-летнего возраста, при этом у мужчин чаще на третьем десятилетии жизни, у женщин – в подростковый период [45]. Исследование, проведенное в Восточной Саудовской Аравии, показало, что

средний возраст начала заболевания у мужчин составил 26,9 года, у женщин – 22,3 года. У 53,5% пациентов заболевание дебютировало до 30 лет [39]. В Турции средний возраст дебюта заболевания составил 25±16 лет у женщин, 28±15 лет у мужчин [43]. Результаты нашего исследования не добавляют ясности (табл. 3).

У мужчин первые клинические проявления псориаза чаще всего наблюдаются в юношеском возрасте (112 человек/49%), далее по убывающей следуют I период зрелого возраста (77 человек/34,8%) и II период (38 человек/16,2%), в пожилом возрасте дебют не отмечается. У женщин данный дерматоз чаще проявляется в возрасте от 21 до 35 лет (I период зрелого возраста (121 человек/48,4%), в возрасте от 16 до 20 лет (юношеский) дебют встречается в 36,1% (91 человек), во II периоде зрелого возраста дебют наступает всего у 40 человек (15,5%), в пожилом возрасте, так же как и у мужчин, дебют псориаза не возникает.

Таблица 3

**Дебют псориаза у мужчин и женщин разных возрастных групп**

Возрастная группа	Мужчины (n=229) абс. / %	Женщины (n=253) абс. / %
Юношеский	112 / 49,0	91 / 36,1
Зрелый возраст I период	77 / 34,8	121 / 48,4
Зрелый возраст II период	38 / 16,2	40 / 15,5
Пожилой	-	-

Рецидивы псориаза у жителей северного региона встречаются гораздо чаще, чем в южных территориях [15]. В нашем исследовании отмечается похожая закономерность, однако отмечается сезонная инверсия обострений: зимне-летний, вместо осенне-весеннего.

Частота рецидивов нарастает от юношеского возраста к максимуму в периоды зрелости и сни-

жается к пожилому. У женщин отмечается более строгая цикличность рецидивов, вплоть до наступления пред- и постменопаузального периода, в отличие от неопределенного течения, которое наблюдается, в большинстве своем, у мужчин (табл. 4).

Таблица 4

**Частота обострений в различных возрастных группах**

Возрастная группа	Частота обострений	Мужчины (n=229) абс. / %	Женщины (n=253) абс. / %
Юношеский (n = 20)	1 раз в 3-4 года	9 / 3,9	1 / 0,4
	1-2 раза в год	5 / 2,1	5 / 1,9
	3 раза в год	-	-
	4 и более раз в год	-	-
Зрелый возраст I период (n = 165)	1 раз в 3-4 года	18 / 7,8	12 / 4,7
	1-2 раза в год	22 / 9,6	44 / 17,4
	3 раза в год	19 / 8,3	28 / 11,0
	4 и более раз в год	52 / 22,7	35 / 13,8
Зрелый возраст II период (n = 270)	1 раз в 3-4 года	8 / 3,5	6 / 2,3
	1-2 раза в год	14 / 6,1	46 / 18,2
	3 раза в год	32 / 13,9	21 / 8,3
	4 и более раз в год	30 / 13,1	39 / 15,4

Продолжение таблицы 4

Пожилой (n = 26)	1 раз в 3-4 года	-	-
	1-2 раза в год	-	1 / 0,4
	3 раза в год	4 / 1,7	5 / 1,9
	4 и более раз в год	16 / 6,9	10 / 3,9

Характер течения псориаза у мужчин и женщин, проживающих в северном регионе (табл. 5) следующий. В юношеском возрасте у девушек реже наблюдается неопределенный и постоянно-рецидивирующий типы, чем у юношей. В первом и втором периодах зрелого возраста сохраняется

то же соотношение, абсолютные цифры и процентное соотношение выравнивается, только в группе пожилого возраста. Общая тенденция – увеличение долей неопределенного и постоянно-рецидивирующего течения.

Таблица 5

#### Характер течения псориаза у мужчин и женщин, проживающих в северном регионе

Возрастная группа	Характер течения	Мужчины (n=229) абс. / %	Женщины (n=253) абс. / %
Юношеский (n=20)	Зимний	2 / 0,87	2 / 0,8
	Летний	4 / 1,74	2 / 0,8
	Неопределенный	6 / 2,62	-
	Постоянно-рецидивирующий	4 / 1,74	-
Зрелый возраст I период (n=165)	Зимний	12 / 5,24	13 / 5,0
	Летний	20 / 8,73	24 / 9,5
	Неопределенный	31 / 13,53	10 / 3,9
	Постоянно-рецидивирующий	54 / 23,58	12 / 4,7
Зрелый возраст II период (n=270)	Зимний	23 / 10,04	24 / 9,5
	Летний	28 / 12,22	22 / 8,6
	Неопределенный	52 / 22,7	37 / 14,6
	Постоянно-рецидивирующий	48 / 20,96	36 / 14,1
Пожилой (n=26)	Зимний	3 / 1,31	2 / 0,8
	Летний	2 / 0,87	2 / 0,8
	Неопределенный	7 / 3,05	8 / 3,06
	Постоянно-рецидивирующий	-	2 / 0,8

#### Выводы

Демографические особенности встречаемости псориаза в ХМАО-Югре проявляются тем, что у женщин заболевание чаще наблюдается в первом периоде зрелого возраста, а у мужчин во втором периоде, в группе пожилых пациентов фиксируются только мужчины, больные юношеского возраста в отличие от результатов других исследователей, встречаются в небольшом проценте случаев, относительно других возрастных групп.

Наблюдается определенная гендерная стратификация встречаемости псориаза у жителей северного региона, учитывая полученные данные о превалировании женщин в группах учащихся и работников умственного труда и мужчин, занимающихся физическим трудом.

Первые клинические проявления псориаза у мужчин чаще всего наблюдаются в юношеском возрасте, далее по убывающей следуют I период и II период зрелого возраста, в пожилом возрасте дебют не отмечается. У женщин дерматоз чаще проявляется в возрасте от 21 до 35 лет (I период

зрелого возраста), в возрасте от 16 до 20 лет (юношеский) дебют встречается в 36,1%, во II периоде зрелого возраста дебют наступает всего в 15,5%) в пожилом возрасте, так же как и у мужчин, дебют псориаза не возникает.

Рецидивы псориаза у жителей северного региона встречаются гораздо чаще, чем в южных территориях, однако отмечается сезонная инверсия обострений: зимне-летний, вместо осеннее-весеннего. Частота рецидивов нарастает от юношеского возраста к максимуму в периоды зрелости и снижается к пожилому. У женщин отмечается более строгая цикличность рецидивов, вплоть до наступления пред- и постменопаузального периода, в отличие от неопределенного течения, которое наблюдается, в большинстве своем, у мужчин.

Особенности характера течения псориаза таковы, что в юношеском возрасте у девушек реже наблюдается неопределенный и постоянно-рецидивирующий типы, чем у юношей. В I и II периодах зрелого возраста сохраняется то же соотношение, абсолютные цифры и процентное со-

отношение выравнивается только у пожилых пациентов. Общегрупповая тенденция – увеличение сегментов неопределенного и постоянно-рецидивирующего течения, что возможно связано с измененной продолжительностью фактических сезонов года и характерным фотопериодом в зимние и, особенно, летние месяцы.

Следует отметить, что в большинстве случаев псориаз не является дебютным заболеванием, особенно в группах зрелого возраста, так же следует учитывать и первичность триггерного фактора, как то инфекционные, воспалительные, эндокринные заболевания, психические расстройства и экзогенные климатические факторы.

### Литература

1. Алиева П.М., Эфендиева Г.А. Клинико-эпидемиологическая характеристика летней формы псориаза в Республике Дагестан // Всероссийский съезд дерматовенерологов, 9-й: Тез. научных работ. Часть 1. Дерматология. г. Москва, 2005. С. 5.
2. Бакулев А.Л., Штода Ю.М., Утц С.Р. К вопросу о коморбидности при псориазе // Саратовский научно-медицинский журнал. 2014. №10 (3). С. 537 – 539.
3. Баткаев Э.А., Чернова Т.А., Абрамова Т.В. Псориаз и патология внутренних органов у больных, проживающих в Чувашской республике // Мат. конф. МГМСУ М, 2004. С. 49 – 50.
4. Батыршина С.В., Садыкова Ф.Г. Коморбидные состояния у больных псориазом // Практическая медицина. 2014, октябрь. №8 (84) С. 32 – 35.
5. Дегтяр Ю.С., Абабкова Т.В., Пономарева Ж.В. и др. Сезонность в первичной обращаемости больных дерматозами на Севере // Всерос. съезд дерматовенерологов, 8-й: Тез. науч. раб. М., 2001. №4.1. С. 214.
6. Донцова Е.В. Психонейроэндокринные особенности у больных псориазом // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2015. 18 (5). С. 34 – 38.
7. Донцова Е.В., Новикова Л.А. Опыт комбинированной терапии псориаза с учетом динамики качества жизни // Вестник новых медицинских технологий. 2016. Т. 23. №4. С. 136 – 141.
8. Зайцева О.Г. Психические расстройства у больных хроническими дерматозами: дис. ... канд. мед.наук. Краснодар, 2000. 124 с.
9. Кашеева Я.В. Псориатическая эритродермия: клинико-иммунологические аспекты и терапия: дис. ... канд. мед. наук. Екатеринбург, 2012. 130 с.
10. Керимов С.Е. Эпидемиология псориаза в Азербайджане // VIII Всерос. съезд дерматовенерологов: Тез. науч. работ. М. 2001. С. 265.
11. Китаева И.И. Психоневрологические синдромы у больных псориазом: автореф. дис. ... канд. мед.наук. Н. Новгород, 2003. 27 с.
12. Крылов А.А. «Психология: учебник (2-е изд.):»: Издательство Проспект. 2005. 474 с.
13. Львов А.Н. Дерматозы, коморбидные с психическими расстройствами: классификация, клиника, терапия и профилактика: дис. ... доктора мед. наук. Москва, 2006. 174 с.: ил.
14. Псориаз и описторхоз / С.Л. Матусевич, Н.В. Кунгуров, Н.Н. Филимонкова, Н.М. Герасимова. Тюмень: Издательство «Вектор Бук». 2000. 232 с.
15. Медведева О.В. Некоторые особенности иммунного статуса и клинической картины у больных псориазом, проживающих в различных регионах Тюменской обл.: дис. ... канд. медицинских наук. Тюмень. 2004. 115 с.: 13 ил.
16. Мельниченко О.О. Современные подходы к терапии тяжелых форм псориаза // Медицинский совет. 2017. №11. С. 208 – 211.
17. Мишина О.С., Дворников А.С., Донцова Е.В. Анализ заболеваемости псориазом и псориатическим артритом в Российской Федерации за 2009-2011 гг. // Доктор. Ру. 2013. №4. С. 52 – 55.
18. Молочков В.А. Бадюкин В.В., Альбанова В.И. Псориаз и псориатический артрит. М.: Товарищество научных изданий КМК, 2007. 300 с.
19. Мордовцев В.Н., Алиева П.М., Сергеев А.С. Заболевания кожи с наследственным предрасположением. Махачкала: Изд-во типографии ДНЦ РАН. 2002. 260 с.
20. Олисова О.Ю., Гаранян Л.Г. Коморбидности при псориазе // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2016. №19 (6) С. 346 – 348.
21. Опруженкова Е.П., Сидоренко О.А. Особенности развития и течения псориаза 2 типа у женщин в постменопаузе // Современные проблемы науки и образования. 2016. №3. URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=24573> (дата обращения: 25.08.2018)
22. Оразымбетова Д.А. Региональные особенности клиники и течения псориаза в Республике Казахстан: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Алматы, 2000. 35 с.

23. Рахматов А.Б., Шахматов Т.П., Худжамбердыев О.А. Особенности течения псориаза в Узбекистане // Украинский журн. дерматол., венерол., косметол. 2004. №2. С. 20 – 23.
24. Родин А.Ю., Щава С.Н., Сердюкова Е.А. Основы дерматовенерологии. ВолгГМУ Минздрава РФ. 2-е изд. доп. и перераб. Волгоград: Изд-во ВолгГМУ. 2016. 79 [1] с.
25. Сикорская Т.А. Вегетативно-метаболические расстройства и медикаментозная терапия стрептококк-ассоциированного псориаза: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Минск, 2016. 20 с.
26. Новые возможности наружной терапии псориаза / Ю.К. Скрипкин, П.Г. Богуш, Л.С. Круглова, А.С. Дворников // Вестник дерматологии и венерологии. 2006. №3. С. 33 – 37.
27. Смирнова С.В., Смольникова М.В., Барило А.А. Клинико-анамнестические критерии прогрессирования псориаза // Клиническая дерматология и венерология. 2016. Т. 15. №2. С. 9 – 15.
28. Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи) / А.Б. Смулевич, А.Л. Сыркин, В.Н. Козырев, М.Ю. Дробижев и др. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1999. Т. 99. №4. С. 4 – 16.
29. Терешин К.Я. Особенности течения псориаза в условиях Дальнего Востока и разработка методов его прогнозирования и корригирующей терапии: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. М. 2004. 33 с.
30. Толмачева Н.В., Анисимова А.С. Современный взгляд на этиологию и патогенез псориаза. Фундаментальные исследования. 2015. № 1-10. С. 2118-2121. URL: <http://www.fundamental-research.ru/ru/article/view?id=38609> (дата обращения: 01.04.2018)
31. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. 5-е изд., перераб. и доп. М.: Деловой экспресс. 2016. 768 с.
32. Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вулф К., Полано М., Сюрмонд Д. Дерматология. Москва, 1999.
33. Проблемы эпидемиологии псориаза / И.В. Хамаганова, А.А. Алмазова, Г.А. Лебедева, А.В. Ермаченко // Клиническая дерматология и венерология. 2015. №1. С. 12 – 16.
34. Хардикова С.А., Белобородова Э.И., Пестерев П.Н. Псориаз, кишечное всасывание (особенности при сочетании с описторхозом). Томск. 2000. 120с.
35. Юсупова Л.А. Влияние клинико-социальных факторов на развитие хронических дерматозов у больных с психическими расстройствами // Общественное здоровье и здравоохранение. 2010. №2. С. 10 – 16.
36. Obesity and obesity-related comorbidities in a Canadian First Nation population / S.G. Bruce, N.D. Riediger, J.M. Zacharias, T.K. Young // Prev Chronic Dis. 2011 Jan. №8 (1). P. A03
37. Cather J., Menter A. Novel therapies for psoriasis // Am. J. Clin. Dermatol. 2002. №3 (3). P. 159 – 73.
38. Cribier B. Rare or unusual forms of psoriasis // Ann. Dermatol. Venereol. 2012, Apr. №139. Suppl 2. P. 39 – 45.
39. Fatani M., Abdulghani M.H., Al-Afif K.A. Psoriasis in the eastern Saudi Arabia // Saudi Med. J. 2002. №23 (2). P. 213 – 217.
40. Psoriasis of early and late onset: a clinical and epidemiologic study from Spain / C. Ferrándiz, R.M. Pujol, V. García-Patos, X. Bordas et al. // J. Am. Acad. Dermatol. 2002, Jun. №46 (6). P. 867 – 73.
41. Treatment and referral patterns for psoriasis in United Kingdom primary care: a retrospective cohort study / J.M. Khalid, G. Globe, K.M. Fox, D. Chau et al. // BMC Dermatol. 2013. №13 (9). P. 29.
42. Koo J. Duration of remission of psoriasis therapies // J. Am. Acad. Dermatol. 2005. L. P. 55 – 58.
43. The evaluation of the sociodemographic and clinical features of Turkish psoriasis patients / N. Kundakci, U. Türsen, M.O. Babiker, E. Gürgey // Int. J. Dermatol. 2002. №41 (4). P. 220 – 224.
44. Langley R.G., Ellis CN: Evaluating psoriasis with Psoriasis Area and Severity Index, Psoriasis Global Assessment, and Lattice System Physician's Global Assessment // J. Am. Acad. Dermatol. 2004. №51. P. 563 – 9.
45. Na S.J., Jo S.J., Youn J.I. Clinical study on psoriasis patients for past 30 years (1982-2012) in Seoul National University Hospital Psoriasis Clinic // J. Dermatol. 2013. №40 (9). P. 731 – 735.
46. Raychaudhuri Siba P., Raychaudhuri Smriti K. Mechanistic rationales for targeting interleukin-17A in spondyloarthritis // Arthritis Res. Ther. 2017. 19. P. 51 – 55.
47. Ritchlin C.T., Colbert R.A., Gladman D.D. Psoriatic Arthritis // N. Engl. J. Med. 2017. 376. P. 957 – 970.
48. Geriatric Index of Comorbidity: validation and comparison with other measures of comorbidity / R. Rozzini, G.B. Frisoni, L. Ferrucci, P. Barbisoni et al. // Age Ageing, 2002, Jul. №31 (4). P. 277 – 85.
49. Schäfer T. Epidemiology of psoriasis. Review and the German perspective // Dermatol. 2006. №212 (4). P. 327 – 337.
50. Epidemiology and quality of life of patients with psoriasis in Chile / F. Valenzuela, P. Silva, M.P. Valdés, K. Papp // Actas Dermosifil. 2011. №102 (10). P. 810 – 816. 31.
51. Weigle N., McBane S. Psoriasis // Am Fam Phys. 2013. №87(9). P. 626 – 633.

## References

1. Alieva P.M., Efendieva G.A. Kliniko-epidemiologicheskaya harakteristika letnej formy psoriaza v Respublike Dagestan // Vserossijskij s"ezd dermatovenerologov, 9-j: Tez. nauchnyh rabot. CHast' 1. Dermatologiya. g. Moskva, 2005. S. 5.
2. Bakulev A.L., SHtoda YU.M., Utc S.R. K voprosu o komorbidnosti pri psoriaze // Saratovskij nauchno-medicinskij zhurnal. 2014. №10 (3). S. 537 – 539.
3. Batkaev E.A., CHernova T.A., Abramova T.V. Psoriaz i patologiya vnutrennih organov u bol'nyh, prozhivayushchih v CHuvashskoj respublike // Mat. konf. MGMSU M, 2004. S. 49 – 50.
4. Batoryshina S.V., Sadykova F.G. Komorbidnye sostoyaniya u bol'nyh psoriazom // Prakticheskaya medicina. 2014, oktyabr'. №8 (84) S. 32 – 35.
5. Degtyar YU.S., Ababkova T.V., Ponomareva ZH.V. i dr. Sezonnost' v pervichnoj obrashchaemosti bol'nyh dermatozami na Severe // Vseros. s"ezd dermatovenerologov, 8-j: Tez. nauch. rab. M., 2001. №4.1. S. 214.
6. Doncova E.V. Psihonejroendokrinnye osobennosti u bol'nyh psoriazom // Rossijskij zhurnal kozhnyh i venericheskikh boleznej. 2015. 18 (5). S. 34 – 38.
7. Doncova E.V., Novikova L.A. Opyt kombinirovannoj terapii psoriaza s uchedom dinamiki kachestva zhizni // Vestnik novyh medicinskih tekhnologij. 2016. T. 23. №4. S. 136 – 141.
8. Zajceva O.G. Psihicheskie rasstrojstva u bol'nyh hronicheskimi dermatozami: dis. ... kand. med.nauk. Krasnodar, 2000. 124 s.
9. Kashcheeva YA.V. Psoriaticheskaya eritrodermiya: kliniko-immunologicheskie aspekty i terapiya: dis. ... kand med. nauk. Ekaterinburg, 2012. 130 s.
10. Kerimov S.E. Epidemiologiya psoriaza v Azerbajdzhane // VIII Vseros. s"ezd dermatovenerologov: Tez. nauch. rabot. M. 2001. S. 265.
11. Kitaeva I.I. Psihonevrologicheskie sindromy u bol'nyh psoriazom: avtoref. dis. ... kand. med.nauk. N. Novgorod, 2003. 27 s.
12. Krylov A.A. «Psihologiya: uchebnik (2-e izd.)»: Izdatel'stvo Prospekt. 2005. 474 s.
13. L'vov A.N. Dermatozy, komorbidnye s psihicheskimi rasstrojstvami: klassifikaciya, klinika, terapiya i profilaktika: dis. ... doktora med. nauk. Moskva, 2006. 174 s.: il.
14. Psoriaz i opistorhoz / S.L. Matushevich, N.V. Kungurov, N.N. Filimonkova, N.M. Gerasimova. Tyumen': Izdatel'stvo «Vektor Buk». 2000. 232 s.
15. Medvedeva O.V. Nekotorye osobennosti immunnogo statusa i klinicheskoy kartiny u bol'nyh psoriazom, prozhivayushchih v razlichnyh regionah Tyumenskoj obl.: dis. ... kand. medicinskih nauk. Tyumen'. 2004. 115 s.: 13 il.
16. Mel'nichenko O.O. Sovremennye podhody k terapii tyazhelyh form psoriaza // Medicinskij sovet. 2017. №11. S. 208 – 211.
17. Mishina O.S., Dvornikov A.S., Doncova E.V. Analiz zabolevaemosti psoriazom i psoriaticheskim artritom v Rossijskoj Federacii za 2009-2011 gg. // Doktor. Ru. 2013. №4. S. 52 – 55.
18. Molochkov V.A. Badokin V.V., Al'banova V.I. Psoriaz i psoriaticheskij artrit. M.: Tovarishchestvo nauchnyh izdanij KMK, 2007. 300 c.
19. Mordovcev V.N., Alieva P.M., Sergeev A.S. Zabolevaniya kozhi s nasledstvennym predraspolozheniem. Mahachkala: Izd-vo tipografii DNC RAN. 2002. 260 s.
20. Olisova O.YU., Garanyan L.G. Komorbidnosti pri psoriaze // Rossijskij zhurnal kozhnyh i venericheskikh boleznej. 2016. №19 (6) S. 346 – 348.
21. Opruzhenkova E.P., Sidorenko O.A. Osobennosti razvitiya i techeniya psoriaza 2 tipa u zhenshchin v postmenopauze // Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya. 2016. №3. URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=24573> (data obrashcheniya: 25.08.2018)
22. Orazymbetova D.A. Regional'nye osobennosti kliniki i techeniya psoriaza v Respublike Kazahstan: avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. Almaty, 2000. 35 s.
23. Rahmatov A.B., SHahmatov T.P., Hudzhamberdyev O.A. Osobennosti techeniya psoriaza v Uzbekistane // Ukrainskij zhurn. dermatol., venerol., kosmetol. 2004. №2. S. 20 – 23.
24. Rodin A.YU., SHCHava S.N., Serdyukova E.A. Osnovy dermatovenerologii. VolgGMU Minzdrava RF. 2-e izd. dop. i pererab. Volgograd: Izd-vo VolgGMU. 2016. 79 [1] s.
25. Sikorskaya T.A. Vegetativno-metabolicheskie rasstrojstva i medikamentoznaya terapiya streptokokk-associrovannogo psoriaza: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Minsk, 2016. 20 s.
26. Novye vozmozhnosti naruzhnoj terapii psoriaza / YU.K. Skripkin, P.G. Bogush, L.S. Kruglova, A.S. Dvornikov // Vestnik dermatologii i venerologii. 2006. №3. S. 33 – 37.

27. Smirnova S.V., Smol'nikova M.V., Barilo A.A. Kliniko-anamnesticheskie kriterii progressirovaniya psoriaza // Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya. 2016. T. 15. №2. S. 9 – 15.
28. Psihosomaticheskie rasstrojstva (klinika, epidemiologiya, terapiya, modeli medicinskoj pomoshchi) / A.B. Smulevich, A.L. Syrkin, V.N. Kozyrev, M.YU. Drobizhev i dr. // ZHurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova. 1999. T. 99. №4. S. 4 – 16.
29. Tereshin K.YA. Osobennosti techeniya psoriaza v usloviyah Dal'nego Vostoka i razrabotka metodov ego prognozirovaniya i korriruyushchej terapii: avtoref. dis. ... d-ra. med. nauk. M. 2004. 33 s.
30. Tolmacheva N.V., Anisimova A.S. Sovremennyy vzglyad na etiologiyu i patogenez psoriaza. Fundamental'nye issledovaniya. 2015. № 1-10. S. 2118-2121. URL: <http://www.fundamental-research.ru/ru/article/view?id=38609> (data obrashcheniya: 01.04.2018)
31. Federal'nye klinicheskie rekomendacii. Dermatovenerologiya 2015: Bolezni kozhi. Infekcii, peredavaemye polovym putem. 5-e izd., pererab. i dop. M.: Delovoj ekspress. 2016. 768 s.
32. Ficpatrik T., Dzhonson R., Vulf K., Polano M., Syurmond D. Dermatologiya. Moskva, 1999.
33. Problemy epidemiologii psoriaza / I.V. Hamaganova, A.A. Almazova, G.A. Lebedeva, A.V. Ermachenko // Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya. 2015. №1. S. 12 – 16.
34. Hardikova S.A., Beloborodova E.I., Pesterev P.N. Psoriaz, kishechnoe vsasyvanie (osobennosti pri sochetanii s opistorhozom). Tomsk. 2000. 120s.
35. YUsupova L.A. Vliyanie kliniko-social'nyh faktorov na razvitie hronicheskikh dermatozov u bol'nyh s psiicheskimi rasstrojstvami // Obshchestvennoe zdorov'e i zdavoohranenie. 2010. №2. C. 10 – 16.
36. Obesity and obesity-related comorbidities in a Canadian First Nation population / S.G. Bruce, N.D. Riediger, J.M. Zacharias, T.K. Young // Prev Chronic Dis. 2011 Jan. №8 (1). P. A03
37. Cather J., Menter A. Novel therapies for psoriasis // Am. J. Clin. Dermatol. 2002. №3 (3). P. 159 – 73.
38. Cribier B. Rare or unusual forms of psoriasis // Ann. Dermatol. Venereol. 2012, Apr. №139. Suppl 2. P. 39 – 45.
39. Fatani M., Abdulghani M.H., Al-Afif K.A. Psoriasis in the eastern Saudi Arabia // Saudi Med. J. 2002. №23 (2). P. 213 – 217.
40. Psoriasis of early and late onset: a clinical and epidemiologic study from Spain / C. Ferrándiz, R.M. Pujol, V. García-Patos, X. Bordas et al. // J. Am. Acad. Dermatol. 2002, Jun. №46 (6). P. 867 – 73.
41. Treatment and referral patterns for psoriasis in United Kingdom primary care: a retrospective cohort study / J.M. Khalid, G. Globe, K.M. Fox, D. Chau et al. // BMC Dermatol. 2013. №13 (9). P. 29.
42. Koo J. Duration of remission of psoriasis therapies // J. Am. Acad. Dermatol. 2005. L. R. 55 – 58.
43. The evaluation of the sociodemographic and clinical features of Turkish psoriasis patients / N. Kundakci, U. Türsen, M.O. Babiker, E. Gürgey // Int. J. Dermatol. 2002. №41 (4). P. 220 – 224.
44. Langley R.G., Ellis CN: Evaluating psoriasis with Psoriasis Area and Severity Index, Psoriasis Global Assessment, and Lattice System Physician's Global Assessment // J. Am. Acad. Dermatol. 2004. №51. R. 563 – 9.
45. Na S.J., Jo S.J., Youn J.I. Clinical study on psoriasis patients for past 30 years (1982-2012) in Seoul National University Hospital Psoriasis Clinic // J. Dermatol. 2013. №40 (9). P. 731 – 735.
46. Raychaudhuri Siba P., Raychaudhuri Smriti K. Mechanistic rationales for targeting interleukin-17A in spondyloarthritis // Arthritis Res. Ther. 2017. 19. P. 51 – 55.
47. Ritchlin C.T., Colbert R.A., Gladman D.D. Psoriatic Arthritis // N. Engl. J. Med. 2017. 376. P. 957 – 970.
48. Geriatric Index of Comorbidity: validation and comparison with other measures of comorbidity / R. Rozzini, G.B. Frisoni, L. Ferrucci, P. Barbisoni et al. // Age Ageing, 2002, Jul. №31 (4). P. 277 – 85.
49. Schäfer T. Epidemiology of psoriasis. Review and the German perspective // Dermatol. 2006. №212 (4). P. 327 – 337.
50. Epidemiology and quality of life of patients with psoriasis in Chile / F. Valenzuela, P. Silva, M.P. Valdés, K. Papp // Actas Dermosifil. 2011. №102 (10). P. 810 – 816. 31.
51. Weigle N., McBane S. Psoriasis // Am Fam Phys. 2013. №87(9). P. 626 – 633



*Ragozin R.O., Postgraduate,  
Khanty-Mansiysk Clinical Dermatovenerologic Dispensary,  
Petrov I.M., Doctor of Medical Sciences (Advanced Doctor), Associate Professor,  
Tyumen State Medical University,  
Dyachkova E.E., Postgraduate,  
Ragozina O.V., Candidate of Medical Sciences (Ph.D.), Associate Professor,  
Khanty-Mansiysk State Medical Academy*

## **SOCIO-DEMOGRAPHIC AND CLINICAL FEATURES OF PSORIATIC DISEASE IN THE POPULATION OF THE NORTHERN REGION**

**Abstract:** in the study of psoriasis in the population of the Khanty-Mansi Autonomous Okrug, certain sex, age and gender features of the occurrence of this pathology are observed. Psoriasis relapses occur in residents of the northern region much more often than in the southern territories, however, seasonal inversion of exacerbations is observed: winter-summer, instead of autumn-spring. The frequency of relapses increases from adolescence to a maximum during periods of maturity and decreases to the elderly. In women, a more severe recurrence is observed, up to the onset of pre- and postmenopausal periods, in contrast to the uncertain course that is observed in men. The group-wide trend is an increase in the segments of an uncertain and constantly recurring flow, which is possibly related to the changed duration of the actual seasons of the year and the characteristic photoperiod.

**Keywords:** psoriasis, demography, clinic, northern region