

УДК: 575.616

Популяционно-генетические характеристики псориаза на примере населения города Харькова

А.М.Федота, Е.И.Винокурова, А.И.Безродная, Л.А.Атраментова

*Харьковский национальный университет имени В.Н.Каразина (Харьков, Украина)
lorepy@mail.ru*

Популяционная частота псориаза в населении Харькова составляет 0,86%. Вероятность заболеть псориазом к концу жизни для мужчины составляет 0,95%, для женщин 0,76%. Мужской пол рассматривается как фактор повышенного риска по псориазу.

Ключевые слова: псориаз, половозрастная заболеваемость, популяционная частота.

Популяційно-генетичні характеристики псоріазу на прикладі населення міста Харкова

О.М.Федота, К.І.Винокурова, А.І.Безродна, Л.О.Атраментова

Популяційна частота в населенні міста Харкова складає 0,86%. Ймовірність захворіти псоріазом на кінець життя для чоловіків складає 0,95%, для жінок 0,76%. Чоловіча стать розглядається як фактор підвищеного ризику щодо псоріазу.

Ключові слова: псоріаз, статевовікова захворюваність, популяційна частота.

Populational and genetical characteristics of psoriasis on example of the population of Kharkov

A.M.Fedota, E.I.Vinokurova, A.I.Bezrodnaya, L.A.Atramentova

Populational frequency of psoriasis in the population of Kharkov makes 0,86%. The probability to be ill with psoriasis by the end of life for men makes 0,95%, for women 0,76%. The male sex is considered as a factor of the raised risk for psoriasis.

Key words: psoriasis, sex-age morbidity, populational frequency.

Введение

Псориаз, или псориазическая болезнь – это хроническое рецидивирующее заболевание, проявляющееся, главным образом, в форме высыпаний обильно шелушащихся бляшек на коже, которое может сопровождаться и поражением других органов, в первую очередь суставов, костей, мышц, поджелудочной железы, лимфатических узлов, почек (Рыжко и др., 2004; Голубцов, Корхмазова, 2006). На долю псориаза приходится 12–14 % всей дерматологической патологии (Блайхер, Глинк, 2000; Дацук, 1992). Это треть всех больных, находящихся в дерматологических стационарах. Четверть из них временно или постоянно утрачивают трудоспособность (Стукалова, 2007). В настоящее время ни у кого не вызывает сомнения, что провоцирующее влияние на проявление псориаза или обострение его течения оказывает воздействие на организм «чрезвычайных раздражителей» (термин И.П.Павлова), или «стрессоров» (термин Г.Селье), к числу которых относятся сильные эмоции, травмы, инфекции, интоксикации и т.п. В литературе имеются указания на связь рецидивов псориаза и с сезонными факторами внешней среды. При изучении «внешних причин», с которыми больные связывают появление первых клинических признаков заболевания, 19,7% указали на нервное потрясение, у 16,8% сыпь появилась после ангины, у 7,7% – после переохлаждения, у 44,2% установить какой-либо фактор не удалось (Беляев, Рыжко, 2005; Ranconesi, Hautmann, 1996; Исаев, Калашников, 1987). Результаты специальных исследований показали, что у больных псориазом имеются существенные функциональные нарушения центральной и периферической нервной системы (Рыжко и др., 1998).

Распространенность псориаза в различных современных популяциях варьирует в зависимости от климато-географической зоны и этноса популяции от 0,007 до 7% (Нейко, 2001). Для объяснения генетической природы псориаза предлагались все возможные модели наследования, в том числе простые менделевские модели, аутосомно-доминантная с неполной пенетрантностью 60%, полигенная модель с эффектом главного гена и генов-модификаторов. Результаты молекулярно-генетического анализа показывают, что за развитие псориаза могут отвечать: ген *PSORS7*,

локалізований в регіоні 1p, *PSORS4* – в регіоні 1cen-q21, *PSORS2* – в області 17q (присутствует у 50% больных псоріазом), *PSORS6* – в 19p13 (Рыжко и др., 2004).

Показатели здоровья населения представляют собой базу для планирования ресурсов здравоохранения, необходимых для удовлетворения существенной потребности в различных видах медицинской помощи. В качестве составных частей общественного здоровья традиционно выступают медико-демографические показатели, показатели заболеваемости, физического развития. Заболеваемость населения включает в себя показатели, характеризующие уровень различных заболеваний и их структуру среди всего населения или отдельных его групп на данной территории при различных экологических ситуациях (Кучеренко, 2006; Зайцев и др., 2001). Материалы об уровне и структуре заболеваемости необходимы для целенаправленной разработки программ относительно укрепления здоровья населения, в частности, при планировании лечебно-профилактических мероприятий. Задачей популяционно-генетических исследований любого заболевания является нахождение частоты патологического аллеля. Для врождённых патологий выяснение популяционной частоты не составляет труда. Иначе обстоит дело при анализе заболеваний с поздним возрастом манифестации. Сложности, которые возникают при расчёте популяционной частоты сложнаследуемых болезней, связаны с варьирующим возрастом манифестации, зависимостью от специфических факторов среды. К сожалению, сведения о популяционных частотах заболеваний скудны и нередко получены некорректным путём. Обычно в научных публикациях приводятся данные по распространённости заболевания, а не популяционные частоты. Хотя показатели распространённости имеют важное значение в организации здравоохранения и отражают частоту заболевания в данной популяции в данное время, для генетического анализа и генетического прогнозирования они не применимы. Более корректно использовать при генетическом исследовании популяционные частоты, которые представляют собой накопленные заболеваемости. Поэтому целью данной работы являлся расчёт популяционной частоты псоріазу в населении Харькова.

Материалы и методы

В Главном управлении статистики Харьковской области были получены сведения о половозрастной структуре населения Дзержинского района г. Харькова. Собрана и проанализирована информация о всех случаях псоріазу, впервые диагностированного в 2007 году у жителей Дзержинского района Харькова. Возраст больного на момент постановки диагноза считался возрастом манифестации заболевания. Рассчитана половозрастная и накопленная заболеваемость. Разница популяционной частоты оценивалась с помощью критерия F путём угловой трансформации долей. Оценка равенства рядов распределения, отражающих случаи псоріазу у мужчин и женщин, проведена с помощью критерия χ^2 на уровне значимости 0,05 (Armitage, Berry, 1994).

Результаты и обсуждение

Согласно данным официальной статистики, в изученный период в Дзержинском районе Харькова проживало 214784 человек, из них 99603 мужчины и 115181 женщина в возрасте от 0 до 80 лет и старше. По данным кожно-венерологического диспансера Дзержинского района, в 2007 году в данном районе было впервые выявлено 110 больных псоріазом (56 мужчин и 54 женщины). Распределение впервые выявленных случаев представлено в табл. 1.

Таблица 1.
Распределение впервые выявленных случаев псоріазу у жителей Дзержинского района Харькова

| Возраст | Nt_m | $Nt_{ж}$ | М. | | | Ж. | | |
|---------|--------|----------|--------|------|----------------|----------|------|----------------|
| | | | nt_m | % | % _н | $nt_{ж}$ | % | % _н |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 0–4 | 3046 | 2839 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5–9 | 3686 | 3520 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10–14 | 5632 | 5358 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 15–19 | 13176 | 12305 | 4 | 0,03 | 0,03 | 6 | 0,05 | 0,05 |
| 20–24 | 14149 | 11755 | 5 | 0,04 | 0,07 | 9 | 0,08 | 0,13 |
| 25–29 | 8118 | 8035 | 6 | 0,07 | 0,14 | 3 | 0,04 | 0,17 |
| 30–34 | 6513 | 6766 | 4 | 0,06 | 0,20 | 8 | 0,12 | 0,29 |

Продолжение таблицы 1.

| | | | | | | | | |
|----------|-------|--------|----|------|------|----|------|------|
| 35–39 | 6252 | 7139 | 2 | 0,03 | 0,23 | 0 | 0 | 0,29 |
| 40–44 | 6936 | 9028 | 7 | 0,1 | 0,33 | 3 | 0,03 | 0,32 |
| 45–49 | 6965 | 9312 | 5 | 0,07 | 0,40 | 4 | 0,04 | 0,36 |
| 50–54 | 6852 | 9234 | 13 | 0,19 | 0,59 | 5 | 0,05 | 0,41 |
| 55–59 | 3626 | 4636 | 5 | 0,14 | 0,73 | 5 | 0,11 | 0,52 |
| 60–64 | 5460 | 7852 | 2 | 0,04 | 0,77 | 2 | 0,03 | 0,55 |
| 65–69 | 3329 | 4642 | 1 | 0,03 | 0,80 | 5 | 0,11 | 0,66 |
| 70–74 | 2765 | 5008 | 0 | 0,0 | 0,80 | 1 | 0,02 | 0,68 |
| 75–79 | 1618 | 4008 | 1 | 0,06 | 0,86 | 2 | 0,05 | 0,73 |
| 80 и > | 1115 | 3337 | 1 | 0,09 | 0,95 | 1 | 0,03 | 0,76 |
| Σ | 99603 | 115181 | 56 | | 0,95 | 54 | | 0,76 |

Примечание: Nt_m , $Nt_{ж}$ – количество мужского и женского населения соответственно в данном возрастном интервале, nt_m – число лиц мужского пола, заболевших в данном возрасте, $nt_{ж}$ – число лиц женского пола, заболевших в данном возрасте, $\%_n$ – накопленный %.

Первые случаи заболевания встречаются в возрасте 15–19 лет (рис. 1).

Заболеваемость псориазом мужчин в возрасте 30–34 года составляет 0,06%, затем наблюдается понижение заболеваемости в возрасте 35–39 лет до 0%. Дальнейшее возрастание значений достигает пика заболеваемости – 0,19% – в возрасте 50–54 лет. Для женщин пики заболеваемости приходятся на возраст 30–34, 55–59, 65–69 лет и составляют, соответственно, 0,12%, 0,11% и 0,11%.

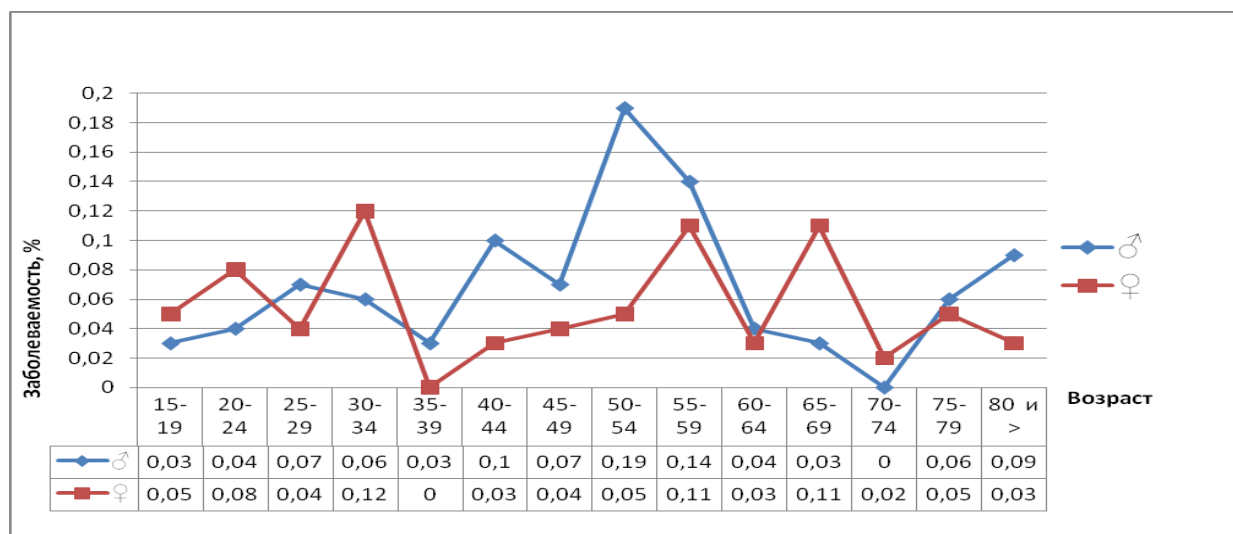


Рис. 1. Половозрастная заболеваемость псориазом

Значимой разницы в распределении случаев заболевания у мужчин и женщин не выявлено ($\chi^2=9,6$, $df=5$, $p>0,05$). Накопленная заболеваемость (рис. 2) свидетельствует о том, что во второй половине жизни вероятность заболевания у мужчин выше, чем у женщин. Вероятность для мужчины к концу жизни заболеть псориазом, рассчитанная как накопленная заболеваемость (0,95%), примерно на четверть выше, чем у женщин (0,76%). Эта, небольшая по абсолютной величине, разница оказалась статистически высоко значимой ($F=21,4$, $df_1=1$, $df_2=214782$, $p<0,001$), что даёт основание рассматривать мужской пол как фактор повышенного риска по псориазу.

Пусковым фактором в развитии псориаза чаще всего называют стресс (Гребенников, Дакиева, 2003; Керимов и др., 2003). Более высокую вероятность развития псориаза у мужчин, особенно во второй половине жизни, можно объяснить подверженности стрессам, которые вызывают дебют псориазической патологии (Семичов, 1987).

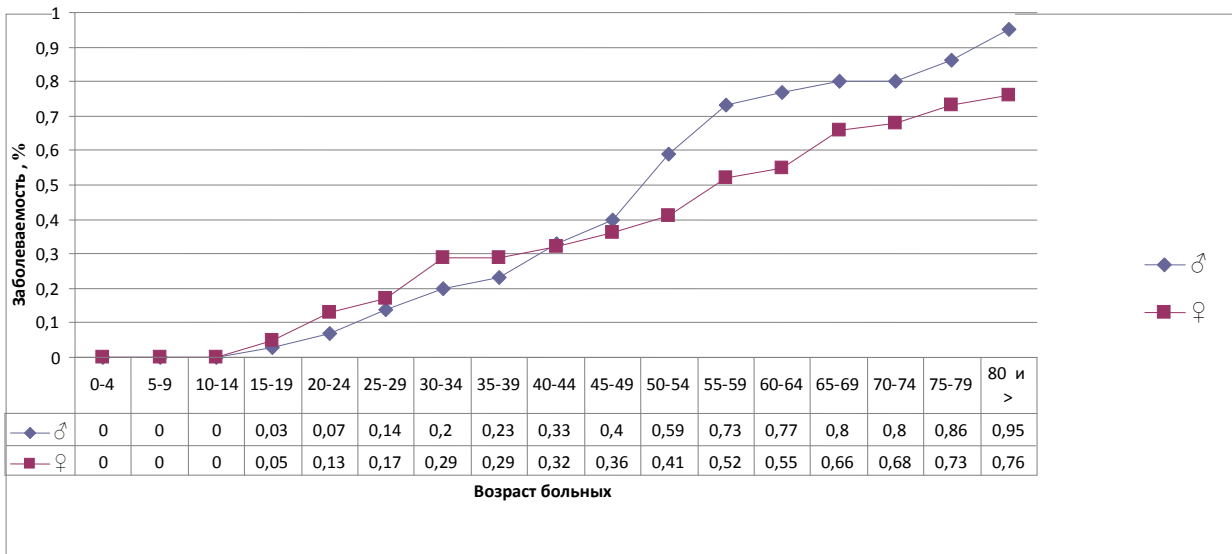


Рис. 2. Накопленная заболеваемость псориазом

Популяционная частота – среднее арифметическое этих вероятностей для изученного населения составляет 0,855%. Эта величина, рассчитанная с учётом половозрастной структуры населения, является не смещённой, поэтому может служить характеристикой генофонда и использоваться для сопоставления с аналогичными показателями других популяций. Распространённость псориаза в изученном населении (общее число больных по отношению к количеству населения) в середине 90-х годов XX века составляла 0,71% (Федота, 1998). Полученную оценку, к сожалению, не представляется возможным сравнивать с данными других авторов, поскольку неизвестно, каким путём были получены эти оценки в каждой конкретной популяции. Такие факты говорят о необходимости единообразного подхода к получению оценок, характеризующих население.

Список литературы

- Беляев Г.М., Рыжко П.П. Псориаз. Псориатическая артропатия. – 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 272с.
- Блайхер Ц., Глинк Г. Новый комплексный метод лечения и профилактики псориаза с применением элементов альтернативной терапии // Международный медицинский журнал. – 2000. – №4. – С. 114–117.
- Голубцов В.И., Корхмазова С.А. Генетические детерминанты предрасположенности к псориазу // Научно-практический журнал «Открытое образование». Материалы XIV межд. конф. и дискуссионного научного клуба «Новые информационные технологии в медицине, биологии, фармакологии и экологии». – Ялта-Гурзуф, 2006. – №3, приложение №1. – С. 43–44.
- Гребенников В.А., Дакиева Л.М. Психологический статус больных псориазом в условиях хронического стресса // Первый российский конгресс дерматовенерологов: тезисы научных работ. – Санкт-Петербург, 2003. – Т.1. – С. 33–34.
- Дацук А.М. Псориаз как коллагеновая болезнь (Клинико-морфологическое исследование). Дисс. ... д-ра мед. наук: 14.00.15; 14.00.11 / Харьковский медицинский ин-т. – Х., 1992. – 253с.
- Зайцев В.М., Лифляндский В.Г., Маринкин В.И. Новая технология оценки различных показателей заболеваемости при анализе диагностики медико-экологической ситуации // Вестник Санкт-Петербургской медицинской академии имени И.И.Мечникова. – 2001. – №1 (2). – С. 135–137.
- Исаев Д.Н., Калашников Б.С. Психические нарушения у детей, больных нейродермитом и псориазом // Журн. невропат. и психиат. – 1987. – №11. – С. 1700–1704.
- Керимов С.Г., Исмаилова М.Ю., Ахмедова Э.П. Особенности психоэмоционального состояния больных псориазом в период обострения // Первый российский конгресс дерматовенерологов: тезисы научных работ. – Санкт-Петербург, 2003. – Т.1. – С.47.
- Кучеренко В.З. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья: учебн. пособие. – М.: Медиа, 2006. – 278с.
- Нейко Є.М. Мультифакторіальні хвороби: від теорії до практики. Лікування та діагностика. – К., 2001. – 395с.

- Рыжко П.П., Федота А.М., Атраментова Л.А. и др. К вопросу генетического прогноза развития псориаза // Збірник наук. праць «Сучасні проблеми в дерматології, косметології та управління охороною здоров'я». – Харків: Основа, 1998. – Вип.2. – С. 137–145.
- Рыжко П.П., Федота А.М., Воронцов В.М. Генодерматозы: буллезный эпидермолиз, ихтиоз, псориаз. – Харьков: Фолио, 2004. – 334с.
- Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства. – Л.: Медицина, 1987. – С.184.
- Стукалова Н.Я. Медико-социальная характеристика и качество жизни больных псориазом. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.33, 14.00.11 / ГОУ ВПО Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова Росздрав. – М., 2007. – 18с.
- Федота А.М. Генетическое исследование псориаза. Автореф. дисс. ... канд. биол. наук: 03.00.15 / Харьковский государственный университет. – Х., 1998. – 18с.
- Armitage P., Berry G. Statistical methods in medical research. – 3rd ed. – Blackwell Scientific Publications, 1994. – 620p.
- Panconesi E., Hautmann G. Stress psychophysiology in dermatology // Dermatologic Clinics. – 1996. – Vol.14, №3. – P. 399–422.

Представлено: Т.В.Тижненко

Рекомендовано до друку: А.В.Некрасовою

Подано до редакції: 29.04.2009р.

© О.М.Федота, К.І. Винокурова, А.І.Безродна, Л.О.Атраментова 2009