

Таблица 1

Распространенность псориаза в Запорожской области в 2012–2013 гг. среди всего населения

Административная единица	2012 год		2013 год	
	абс.11	распространенность, сл./100 тыс.	абс.	распространенность, сл./100 тыс.
Запорожье	4106	497,9	4215	513,8
Мелитополь	230	110,9	237	114,4
Энергодар	120	219,2	124	227,3
Бердянский	76	53,3	80	56,4
Новониколаевский	41	245,6	44	266,9
Куйбышевский	74	316,3	65	281,1
Акимовский	60	173,4	62	180,0
Вольнянский	11	22,8	9	18,7
Каменско-Днепровский	37	89,6	42	102,4
Черниговский	39	218,7	44	250,5
Токмакский	62	107,3	55	95,9
Веселовский	93	417,5	97	438,0
Гуляйпольский	123	443,6	130	475,1
Розовский	10	106,6	11	118,6
Приморский	84	269,6	93	300,7
Васильевский	180	272,5	188	286,2
Приазовский	58	202,9	63	222,3
Пологовский	44	105,7	43	104,3
Всего:	5448	332,6	5602	332,1

Литература

1. Величковский, Б. Т. О патогенетическом направлении изучения влияния факторов окружающей среды на здоровье населения / Б.Т.Величковский // Вестник Академии мед наук. — 2003. №3. — С. 3-8.
2. Севальнев А. И. Гигиена и экология: Курс лекция. 3.: ЗГМУ МЗ Украина. 2015.
3. Владимирова, В. В. Современные представления о псориазе и методы его лечения / В. В. Владимирова, Л. В. Меньшикова // Рос.мед. ж. 1998. — Т.20. — С. 8–13.
4. Гланц, С. Медико-биологическая статистика /С.Гланц. — М., 1999. 459 с.

УДК: 616.517: 614.78 (1-21)

М. В. Воронец

Запорожский ГМУ, г. Запорожье, Украина

Научный руководитель: канд. мед. наук, старший преподаватель И. А. Соколовская

ФАКТОРЫ РИСКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПСОРИАЗОМ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В ПРОМЫШЛЕННЫХ РЕГИОНАХ

Псориаз — одно из наиболее распространенных заболеваний кожи. Согласно статистическим данным, этой патологией страдает от 1 до 8 процентов населения земного шара

[2, 3]. В регионах с холодным и влажным климатом процент лиц, болеющих псориазом, возрастает. Учащаются случаи тяжелых форм, трудно поддающихся лечению и приводящих к инвалидизации больных, с частыми и продолжительными рецидивами [4].

По данным Международной Федерации ассоциаций псориаза (International Federation of Psoriasis Associations) распространенность псориаза в мире колеблется в пределах 1,2–5 % в общих популяциях, а средний показатель распространенности составляет около 3 %.

Среди 2–3 % населения европейских стран встречаются различные формы псориаза. Распространенность в западноевропейских странах составляет более 2 %. В других странах Европы распространенность псориаза не превышает 6 % среди общей популяции: в Ирландии — 5,5 %, в Шотландии — 4,8 %, Испании — 3,7 %, Швеции — 2,3 %, Норвегии — 2,0 %. В США и Канаде эти показатели составляют 2,2–4,6 % и 4,7 % соответственно. В бывшем СССР частота заболеваемости псориазом среди общей популяции составляла 2 %. Наиболее распространенной формой заболевания является бляшечный псориаз [1].

Эпидемиологическое, клиническое и социальное значение псориаза в современных условиях трудно переоценить. Псориаз во всех его различных клинических формах является одним из наиболее распространенных хронических воспалительных заболеваний кожи. Для большинства пациентов, заболевание означает многолетние ограничения в различных аспектах повседневной жизни с огромными персональными затратами, иногда и с тяжелой стигматизации и дискриминации. Социально-экономические последствия псориаза связаны с хронизацией, снижением производительности труда и значительными затратами на лечение.

Псориаз не влияет на продолжительность жизни, однако оказывает существенное негативное влияние на ее качество. Несмотря на доступность широкого арсенала препаратов, подавляющее (78 процентов) большинство пациентов не удовлетворено получаемым лечением. Заболевание формирует у пациентов чувство собственной неполноценности, при этом более чем у 5 процентов больных отмечаются депрессия и суицидальные идеи. В целом, псориаз характеризуется худшим качеством жизни в сравнении с такими тяжелыми и жизнеугрожающими заболеваниями, как онкологические и сахарный диабет [5].

Псориаз — это системное, хроническое, рецидивирующее заболевание кожи. Заболевание возникает в результате наследственной предрасположенности под действием различных пусковых факторов и характеризуется появлением на коже характерной сыпи в виде участков утолщения кожи (инфильтрации) с покраснением (эритемой) и шелушением на поверхности элементов сыпи. Локализация, размеры и другие характеристики элементов сыпи могут варьироваться в достаточно широких пределах в зависимости от формы заболевания и течения.

В Украине статистические данные по заболеваемости псориазом существенно отличаются от средних показателей в Европе и мире. Так, в 2011 году распространенность псориаза в абсолютных числах составило 102100 пациентов, среди которых было 6698 детей, а заболеваемость составила 223,9 на 100 000 в общей популяции, в том числе 83,7 на 100 000 среди детей. Это может быть обусловлено как несовершенством медико-статистических систем так и гиподиагностики псориаза вследствие низкого уровня обращений пациентов [7].

Около 30 % пациентов с псориазом имеют среднетяжелое и тяжелое течение с поражением более 10 % поверхности тела и /или поражением суставов, привлечением эстетически значимых зон, таких как кисти, стопы, лицо и гениталии. Системный влияние псориаза проявляется в увеличении заболеваемости сопутствующими заболеваниями, которые делятся на две группы: связанные с иммунным воспалением (псориатический артрит, болезнь Крона) и связанные с метаболическими нарушениями (метаболический синдром, сердечно-сосудистые заболевания).

Повышенный риск сердечно-сосудистых заболеваний, таких как инфаркт и инсульт, а также повышение смертности, проявляется в сокращении продолжительности жизни примерно на три-четыре года, были зарегистрированы в более молодых пациентов с тяжелыми формами псориаза. Сопутствующие заболевания, связанные с псориазом, часто требуют комплексного лечения. Некоторые психические расстройства, в том числе аффективные расстройства и депрессии, также могут быть связаны с псориазом у этих пациентов.

Патологический процесс при псориазе включает в себя комплекс иммунологических реакций кожи с развитием тяжелого воспалительного процесса, эпидермальную гиперпролиферацией с формированием аномальной дифференциации кератиноцитов. После активации иммунокомпетентных элементов на кератиноцитах и дендритных клетках, происходит активация Т-лимфоцитов, которые мигрируют в кожу. Хоминг-рецепторы, вовлеченные в процесс воспаления, экспрессируются на поверхности клеток. Под влиянием цитокинов (IL-12, IL-23) растут субпопуляции некоторых функциональных Т-клеток. К ним относятся Th1 и Th17 клетки, которые в свою очередь, производят провоспалительные цитокины (ФНО- α , IL-2, IL-17 и IL-22).

Эти процессы обуславливают воспалительную реакцию при псориазе, которая происходит с участием иммунокомпетентных клеток на местном уровне, а именно эндотелия, фибробластов и кератиноцитов, усиливающие иммунную реакцию кожи за экспрессию молекул адгезии и других иммунологических мессенджеров. В результате этого каскада иммунопатологических реакций возникает миграция нейтрофилов, что является причиной образования типичных для псориаза поражения стерильных эпидермальных микроабсцессов. Увеличенная пролиферативная активность и аномальное созревания кератиноцитов является фактором гиперкератоза, который является характерной патогенетической чертой псориаза. При пустулезной варианте клинического течения псориаза наблюдается сильная воспалительная реакция кожи с более выраженной миграцией нейтрофилов [6].

Данные о влиянии различных факторов окружающей среды на развитие болезней кожи достаточно многочисленны. Вместе с тем, анализ опубликованных за последние годы работ не дает возможности выделить приоритетные факторы, оказывающие влияние на формирование болезней кожи среди населения урбанизированных территорий. В основу многих опубликованных исследований положен анализ официальных статистических отчетов, характеризующих лишь общий уровень распространенности и, частично, структуру данной патологии.

В настоящее время широко применяются методы аналитической эпидемиологии неинфекционных заболеваний («эпидемиология факторов риска»), имеющие целью не просто количественную характеристику риска развития заболеваний, но и выявление факторов, влияющих на уровень развития заболевания в конкретных условиях, в которых протекает жизнь и деятельность популяции.

Сегодня методология оценки риска является общепризнанной для факторов окружающей среды и здоровья населения, в первую очередь, при хронических воздействиях атмосферных промышленных загрязнений.

Факторы риска — факторы любой природы, которые в определенных условиях способны провоцировать или увеличивать риск возникновения или развития отклонений в состоянии здоровья человека [7].

Исследования по оценке рисков здоровью населения от воздействия химических веществ атмосферного воздуха крупных промышленных центров городов Украины, показали наличие региональных особенностей экологической и гигиенической ситуации и необходимость в каждом регионе с учетом многофакторного воздействия химических веществ оценивать комплексное их влияние на организм.

Оценка риска — многоступенчатый процесс, нацеленный на выявление или прогноз вероятности неблагоприятного для здоровья результата воздействия на человека вредных

веществ, загрязняющих среду обитания или производственную среду. Оценка риска основана на разнообразной информации об уровне загрязнения, токсических свойств вещества, его миграции и превращения в среде, путях воздействия на человека, особенностях подвергающейся воздействию человеческой популяции. В более узком смысле имеется в виду специальная методология «оценки риска» («risk assessment»), развитая Агентством США по охране окружающей среды (US EPA) и рекомендуемая международными организациями (ВОЗ, UNEP).

К достоинствам этой методологии относится возможность выразить складывающееся на той или иной территории санитарное и экологическое неблагополучие не только путем сопоставления наблюдаемых или расчетных уровней ее техногенного загрязнения с допустимыми, но и в величинах ожидаемого неблагоприятного ответа со стороны здоровья населения, снижение которого рассматривается как цель рекомендуемых управляющих воздействий и может быть оценено в качестве наиболее важного критерия их эффективности.

Литература

1. http://uvbnb.ru/publ/o_probleme/nauka/statistika_rasprostranjonnosti_psoριαza/35-1-0-107
2. Довжанский, С. И. Псориаз или псориагическая болезнь / С. И. Довжанский, С. Р. Утц. Саратов, 1992. — Ч. 1, 2. — 175 с.
3. Шахтмейстер И. Я. //Новые лекарственные препараты в дерматологии. — М. — 1995.
4. Милевская, С. Г. Псориагический артрит / С. Г. Милевская. Томск, 1996. — 61 с.
5. Кунгуров Н. В. Псориагическая болезнь/ Н. В. Кунгуров, Н. Н. Филимонкова, И. А. Тузанкина. Екатеринбург: Изд-во Уральского университета, 2002. — 200 с.
6. <http://my-derma.com.ua/problema-psoriaza-v-ukraine/>
7. Соціально-гігієнічний моніторинг здоров'я школярів та їх навчального середовища [Текст] : метод. рекомендації / уклад. М. П. Гребняк [та ін.] ; Український центр наукової медичної інформації і патентно-інформаційної роботи. — К. : [б.в.], 2007. — 22 с. — Бібліогр.: с. 22.

УДК 618.56-007.47

А. А. Гарманова, студентка 5 курса, Ю. С. Нечаева ассистент

ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ КАК ФАКТОР МАТЕРИНСКОЙ И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ

Снижение материнской и перинатальной летальности тесно связано с профилактикой и лечением такой грозной патологии, как преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП).

ПОНРП — это несвоевременное отделение плаценты, происходящее во время беременности или в первом и втором периодах родов. Данное осложнение встречается с частотой 0,5–1,5 % наблюдений.

Достижения акушерской науки и практики, анестезиологи и реанимации, патоморфологии способствовали определенным успехам в разрешении этой проблемы. Однако имеющиеся к настоящему времени результаты не могут удовлетворить акушеров. В общей структуре акушерских кровотечений преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты составляет 20–45,1 % и 45,3 % у беременных с поздними токсикозами. Среди причин материнской смертности от кровотечений в родах преждевременная отслойка плаценты стоит на втором месте после гипо- и атонических кровотечений, на ее долю приходится 32,5–42 %.

Однозначно выявить фактор, вызывающий ПОНРП, медицинской науке пока не удалось. Считается, что данное нарушения является мультифакторным — то есть к его появ-