

# Заболееваемость и распространенность псориаза в Российской Федерации

Л.Ф. Знаменская, Л.Е. Мелехина, Е.В. Богданова, А.А. Минеева

Psoriasis incidence and prevalence in the Russian Federation

L.F. ZNAMENSKAYA, L.YE. MELEKHINA, YE.V. BOGDANOVA, A.A. MINEYEVA

об авторах:

Л.Ф. Знаменская — к.м.н., заведующая отделом дерматологии ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России, Москва

Л.Е. Мелехина — старший научный сотрудник научно-организационного отдела ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России, Москва

Е.В. Богданова — к.м.н., старший научный сотрудник научно-организационного отдела ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России, Москва

А.А. Минеева — младший научный сотрудник отдела дерматологии ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России, Москва

Представлены материалы и проанализированы основные тенденции в эпидемиологии псориаза и диспансерного наблюдения больных данной категории в Российской Федерации за 2009—2011 гг.

Ключевые слова: **статистическая информация, эпидемиология, заболеваемость, распространенность, диспансерное наблюдение, псориаз, артропатический псориаз.**

The article presents materials and analyzes the main trends in the epidemiology of psoriasis and follow-up of patients from this category in the Russian Federation for 2009—2011.

Key words: **statistical information, epidemiology, incidence, prevalence, follow-up, psoriasis, arthropathic psoriasis.**

■ Псориаз является хроническим дерматозом мультифакторной природы с доминирующим значением в развитии генетических факторов, в патогенезе которого важную роль играют иммунные нарушения. Он представляет собой одну из наиболее тяжелых болезней кожи, распространенность которой достаточно велика и составляет в среднем 3% от всех заболеваний кожи и подкожной клетчатки, в связи с чем в настоящее время уделяется особое внимание ведению, наблюдению и терапии больных с данной патологией.

По данным зарубежных исследований, распространенность псориаза в мире колеблется от 0,6 до 5% [1—4], составляя в среднем 3%. В рамках проведенного в университете Мельбурна обзора данных эпидемиологических исследований псориаза было установлено, что заболеваемость псориазом (по данным когортного исследования) составляет в среднем 60,4 на 100 000 населения [5].

Основными факторами риска развития заболевания являются наследственная предрасположенность (наличие заболеваний псориазом в семейном анам-

незе), инфекционные заболевания, травмы, стресс, употребление алкоголя и курение [6—11]. Выделяют три возрастных периода максимальной вероятности возникновения заболевания: пубертатный период, возраст около 30 и 50 лет [3, 12]. Медиана возраста начала заболевания составляет 28 лет [13]. Средний возраст возникновения заболевания у детей 10—11 лет [14, 15]. Позднее начало заболевания (в возрасте старше 60 лет) встречается у 3,2% пациентов [16], при этом заболевание имеет более благоприятное течение [17, 18]. Гендерное соотношение больных псориазом (мужчины : женщины), по разным данным, составляет 1,1:1 — 1,8:1 [15, 19, 20]. Частота встречаемости псориазического артрита в популяции больных псориазом достигает 30—40% [21—23].

В 2011 г. на территории России распространенность псориаза достигла 217,4 на 100 000 населения, что несколько выше по сравнению с предыдущим годом. Анализ данных заболеваемости псориазом в Российской Федерации раскрывает некоторые ее закономерности. Заболеваемость псориазом в целом

по Российской Федерации сохранилась на уровне 2010 г. и в расчете на 100 000 населения составила 69,6. Частота встречаемости псориаза в возрастных категориях неоднозначна и отличается от среднероссийского показателя. Если, как указывалось выше, среднероссийский показатель заболеваемости псориазом всей популяции равен 69,6 на 100 000 населения, то у взрослых он составляет 75,2, в детской возрастной группе 0—14 лет — 28,0, а у подростков в возрасте 15—17 лет — 126,7 на 100 000 соответствующего населения (рис. 1, табл. 1).

Наибольшую долю больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, в основном составляют лица в возрасте от 15 до 25 лет, в частности подростки 15—17 лет, среди которых заболеваемость псориазом в 1,8 раза выше, чем у взрослых (рис. 2).

В 2011 г. в Российской Федерации приблизительно 6% из числа новых случаев заболевания возникло у детей в возрасте до 14 лет, а в 5% случаев — в возрасте 15—17 лет. Это связано с тем, что толчком к развитию псориаза послужили такие факторы, как половое созревание, когда происходит гормональная перестройка организма, инфекционные заболевания, наследственная предрасположенность, стрессы, экология, выявленные в анамнезе пациентов.

Эпидемиологическая оценка динамики заболеваемости псориазом в целом по Российской Федерации во всех возрастных категориях не выявила существенных колебаний показателей за последние 3 года (рис. 3).

Анализ заболеваемости псориазом за 2011 г. выявил выраженный разброс в значениях показателей по разным федеральным округам (ФО), которые ко-

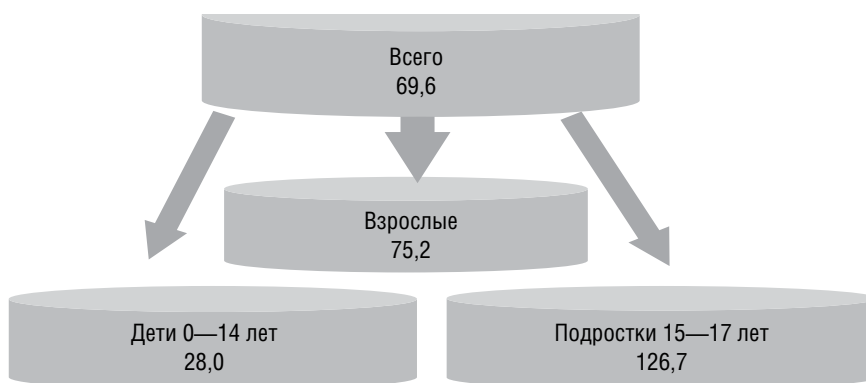


**Рис. 1. Основные эпидемиологические показатели псориаза в Российской Федерации (2010—2011 гг.)**

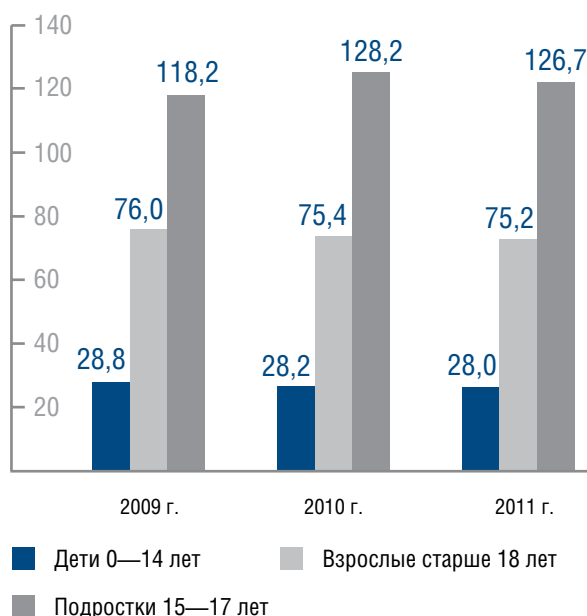
**ТАБЛИЦА 1**

**Распространенность и заболеваемость псориазом в Российской Федерации (2009—2011 гг.)**

Год	Всего		Подростки 15—17 лет		Дети 0—14 лет		Взрослые от 18 лет и старше	
	абс.	на 100 000 населения	абс.	на 100 000 населения	абс.	на 100 000 населения	абс.	на 100 000 населения
<b>Заболеваемость псориазом</b>								
2009	99 988	70,5	5864	118,2	6069	28,8	88 055	76,0
2010	99 348	69,8	5873	128,2	6045	28,2	87 430	75,4
2011	99 436	69,6	5681	126,7	6104	28,0	87 651	75,2
<b>Распространенность псориаза</b>								
2009	300 758	211,9	14 917	300,6	14 978	71,0	270 863	233,8
2010	309 064	217,1	14 555	317,8	15 733	73,5	278 776	240,5
2011	310 605	217,4	14 344	320,0	15 793	72,5	280 468	240,5



**Рис. 2. Возрастная структура заболеваемости псориазом (на 100 000 соответствующего населения) в Российской Федерации (2011 г.)**



**Рис. 3. Повозрастная динамика заболеваемости псориазом (на 100 000 соответствующего населения) в Российской Федерации (2009—2011 гг.)**



**Рис. 4. Распространенность и заболеваемость псориазом (на 100 000 соответствующего населения) по федеральным округам — ФО (2011 г.)**

леблются от 40,6 в Южном ФО до 84,1 в Приволжском ФО, где зарегистрировано наибольшее число впервые выявленных больных псориазом — 25 123 (рис. 4).

В Центральном ФО впервые зарегистрированных заболеваний было почти столько же, как и в Приволжском ФО (25 081 и 25 123 соответственно), однако уровень заболеваемости в нем не только ниже среднероссийского показателя (69,6), но и значительно ниже, чем в Приволжском ФО (84,1), составляя 65,2 на 100 000 населения (см. рис. 4). Существенные различия показателей заболеваемости псориазом по федеральным округам могут быть

обусловлены помимо вышеперечисленных этиологических факторов и такими факторами, как климатогеографические условия, а также различным экологическим состоянием в округах, связанным с расположением промышленных предприятий на территории России. Настораживает резкое увеличение заболеваемости псориазом в 2011 г. по отношению к 2010 г. в таких субъектах, как Орловская область (+213,1%), Республика Калмыкия (+69,9%), Чеченская Республика (+154,9%), Республика Алтай (+74,0), Кемеровская область (+50,3%), Чукотский автономный округ (+158,6%) (табл. 2).

**ТАБЛИЦА 2**
**Динамика заболеваемости псориазом в субъектах РФ [2010—2011 гг.]**

Субъект РФ	Заболеваемость (на 100 000 населения)		% изменения 2011 г./2010 г.
	2010 г.	2011 г.	
<b>Центральный ФО (65,2)</b>			
Брянская область	108,7	115,0	+5,8
Ивановская область	80,3	89,9	+12,0
Орловская область	61,2	191,6	+213,1
Рязанская область	80,6	88,5	+9,8
<b>Северо-Западный ФО (75,3)</b>			
Республика Карелия	98,1	100,4	+2,3
Калининградская область	116,1	96,6	-16,8
Республика Коми	134,9	138,3	+2,5
Псковская область	106,8	112,3	+5,1
<b>Южный ФО (40,6)</b>			
Республика Калмыкия	38,5	65,4	+69,9
Волгоградская область	49,2	51,2	+4,1
<b>Северо-Кавказский ФО (51,5)</b>			
Республика Ингушетия	160,7	165,0	+2,7
Кабардино-Балкарская Республика	75,5	90,5	+19,9
Чеченская Республика	32,6	83,1	+154,9
<b>Приволжский ФО (84,1)</b>			
Республика Татарстан	150,1	127,3	-15,2
Удмуртская Республика	130,2	110,2	-15,4
<b>Уральский ФО (79,2)</b>			
Свердловская область	95,0	104,6	+10,1
<b>Сибирский ФО (70,9)</b>			
Республика Алтай	65,7	114,3	+74,0
Кемеровская область	56,1	84,3	+50,3
Омская область	72,9	85,6	+17,4
Забайкальский край	103,2	92,8	-10,1
<b>Дальневосточный ФО (81,3)</b>			
Республика Саха (Якутия)	102,4	119,8	+17,0
Камчатский край	128,9	124,7	-3,3
Магаданская область	88,7	99,7	+12,4
Сахалинская область	102,4	115,8	+13,1
Чукотский АО	38,4	99,3	+158,6

Примечание. В скобках — показатель заболеваемости (на 100 000 населения) по округу.

Наиболее сложная эпидемиологическая ситуация, связанная с высокой распространенностью псориаза, наблюдается в Северо-Западном, Приволжском и Дальневосточном ФО, где регистрируются максимальные показатели (254,2, 250,4 и 250,1 соответственно) (см. рис. 4). Такое положение, скорее всего, может быть связано с тем, что в этих округах сконцентрировано наибольшее количество промышленных предприятий и с климатогеографическими особенностями региона.

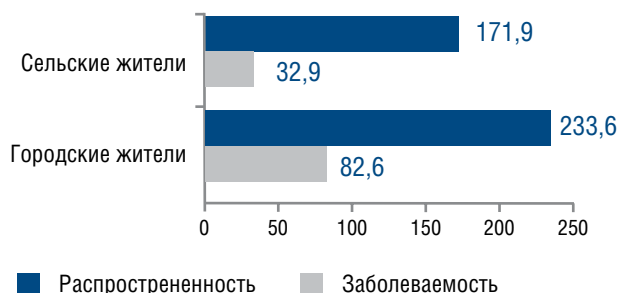
Так, в Приволжском ФО сосредоточено большое количество промышленных предприятий, доля промышленного производства которых в экономике России составляет около 25%, и в то же время данный округ занимает второе место по численности населения среди федеральных округов, что, возможно, и обуславливает высокий уровень распространения псориаза среди населения. Высока распространенность псориаза наблюдается в следующих субъектах округа: Удмуртская Республика (310,4 на 100 000 населения), Кировская область (344,1 на 100 000 населения) и Пермский край (319,9 на 100 000 населения), которая в 1,5 раза выше аналогичного среднероссийского показателя (217,4 на 100 000 населения).

Напряженную эпидемиологическую обстановку с заболеваемостью псориазом в Дальневосточном ФО можно объяснить влиянием климатогеографических особенностей региона, таких как преобладание низких температур и высокой влажности.

Высокий уровень заболеваемости и распространенности псориаза, его хроническое течение и тяжесть, существенно снижающие качество жизни больных, страдающих этим дерматозом, требуют постоянного медицинского наблюдения больных данной категории. Анализ соотношения показателей заболеваемости и распространенности псориаза выявил достаточно высокую обращаемость населения в медицинские организации по поводу этого заболевания, особенно детей в возрасте от 0 до 14 лет.

Отдельно необходимо остановиться на заболеваемости и распространенности псориаза среди городских и сельских жителей. Согласно официальным статистическим данным, уровень заболеваемости псориазом в 2011 г. в городе составляет 82,6, в селе — 32,9 на 100 000 соответствующего населения. Распространенность псориаза среди городских жителей составила 233,6, среди жителей села — 171,9 на 100 000 соответствующего населения (рис. 5). Обращает на себя внимание то, что в городе повторная обращаемость больных почти в 2 раза ниже, чем в селе (2,8 и 5,2 соответственно). Вероятно, это может быть связано с обращением больных в городе в широко представленные там частные медицинские организации, не осуществляющие надлежащий учет, что соответственно ведет к недоучету числа случаев.

В динамике распространенности псориаза в целом по Российской Федерации, как показывает ретроспек-



**Рис. 5. Распространенность и заболеваемость псориазом (на 100 000 соответствующего населения) среди городского и сельского населения Российской Федерации (2011 г.)**

тивный анализ данных официальной государственной статистической отчетности, наблюдается тенденция дальнейшего ее роста за счет больших значений показателей прироста распространенности в таких округах, как Центральный, Сибирский и Дальневосточный (табл. 3).

Тем не менее на фоне роста показателей распространенности псориаза охват больных диспансерным наблюдением в целом по стране снижается. Согласно действующему приказу от 18 декабря 2007 г. № 780 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным псориазом» [24] каждый больной псориазом подлежит диспансерному наблюдению у специалиста, что предполагает стопроцентный охват диспансерным наблюдением больных псориазом и посещение больным врача даже в состоянии ремиссии не менее 2 раз в год. Анализ данных отчетной формы федерального статистического наблюдения № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения» за 2011 г. выявил слабую профилактическую работу специалистов медицинских организаций по проведению диспансерного наблюдения больных псориазом. Среднероссийский показатель охвата диспансерным наблюдением больных псориазом составляет лишь 56,3%. Разброс данного показателя по федеральным округам колеблется от 50,7% в Уральском ФО до 71,2% в Южном ФО.

Охват диспансерным наблюдением больных псориазом на таких территориях, как Ивановская, Орловская, Калининградская области, Республика Коми, Удмуртская Республика, Камчатский край, где распространенность псориаза в 1,5 раза выше, чем в целом по Российской Федерации, составляет в среднем лишь 37% (см. табл. 3), что значительно ниже среднероссийского показателя. Это говорит о неудовлетворительной работе по диспансерному наблюдению больных псориазом в медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь больным дерматовенерологического профиля, данных субъектов.

Распространенность псориаза в детской возрастной популяции 0—14 лет в 3 раза ниже, чем

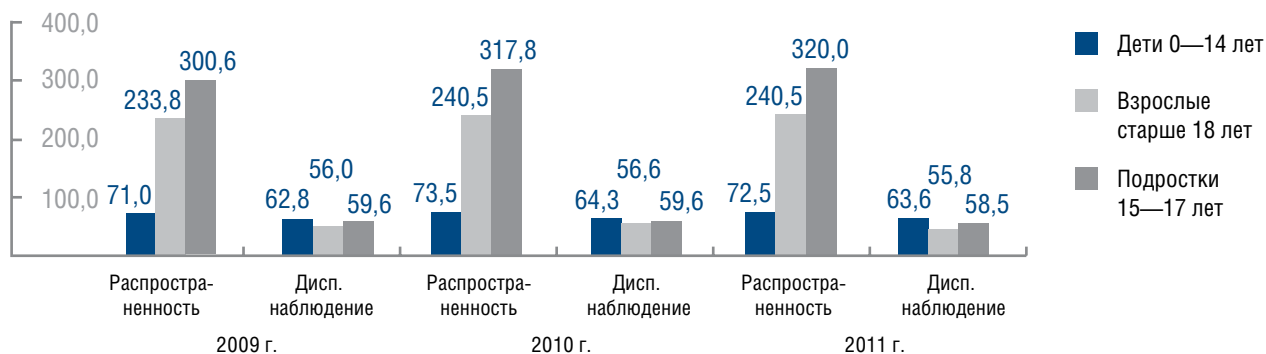
**ТАБЛИЦА 3**
**Распространенность и охват диспансерным наблюдением больных псориазом в субъектах РФ**

Субъект РФ	Распространенность		Диспансерное наблюдение	
	на 100 000 населения	% изменения	%	% изменения
	2011 г.	2011 г. / 2010 г.	2011 г.	2011 г. / 2010 г.
РФ	217,4	+0,1	56,3	-1,4
Центральный ФО	190,8	+1,8	53,3	—
Брянская область	294,7	-0,7	55,2	-2,0
Ивановская область	253,1	+3,8	37,3	-6,3
Орловская область	291,2	+73,1	38,2	-31,5
Рязанская область	247,2	-3,5	61,8	+12,0
Северо-Западный ФО	254,2	-1,9	51,3	—
Республика Карелия	445,5	-2,2	73,0	-13,0
Калининградская область	298,1	-3,7	37,6	+1,6
Республика Коми	398,7	-2,3	38,9	-3,7
Псковская область	315,5	+9,6	71,7	+3,9
Южный ФО	166,3	-5,6	71,2	+2,6
Республика Калмыкия	248,9	+9,9	61,5	-12,8
Волгоградская область	155,0	-7,4	67,9	—
Северо-Кавказский ФО	209,8	-2,4	67,8	+4,3
Республика Ингушетия	366,7	+25,2	59,6	-11,6
Кабардино-Балкарская Республика	245,8	-14,3	70,8	+18,2
Чеченская Республика	191,7	+84,0	17,7	+11,3
Приволжский ФО	250,4	-0,8	55,5	-1,8
Кировская область	344,1	-3,7	69,9	+4,8
Удмуртская Республика	310,4	—	36,6	+2,5
Уральский ФО	235,3	—	50,7	-9,3
Свердловская область	259,2	+6,4	47,0	-6,6
Сибирский ФО	205,4	+3,0	60,2	-2,2
Республика Алтай	389,3	-0,6	79,5	-4,9
Кемеровская область	183,5	+8,0	43,6	-6,8
Омская область	196,2	+13,0	61,1	-6,0
Забайкальский край	236,5	-9,0	55,3	—
Дальневосточный ФО	250,1	+8,4	51,4	-3,6
Республика Саха (Якутия)	373,3	+3,7	49,1	—
Камчатский край	356,3	+32,5	25,9	-25,2%
Магаданская область	363,5	+33,7	88,2	+1,0
Сахалинская область	453,8	+7,1	63,0	+2,1
Чукотский автономный округ	290,0	+9,5	73,3	-8,6

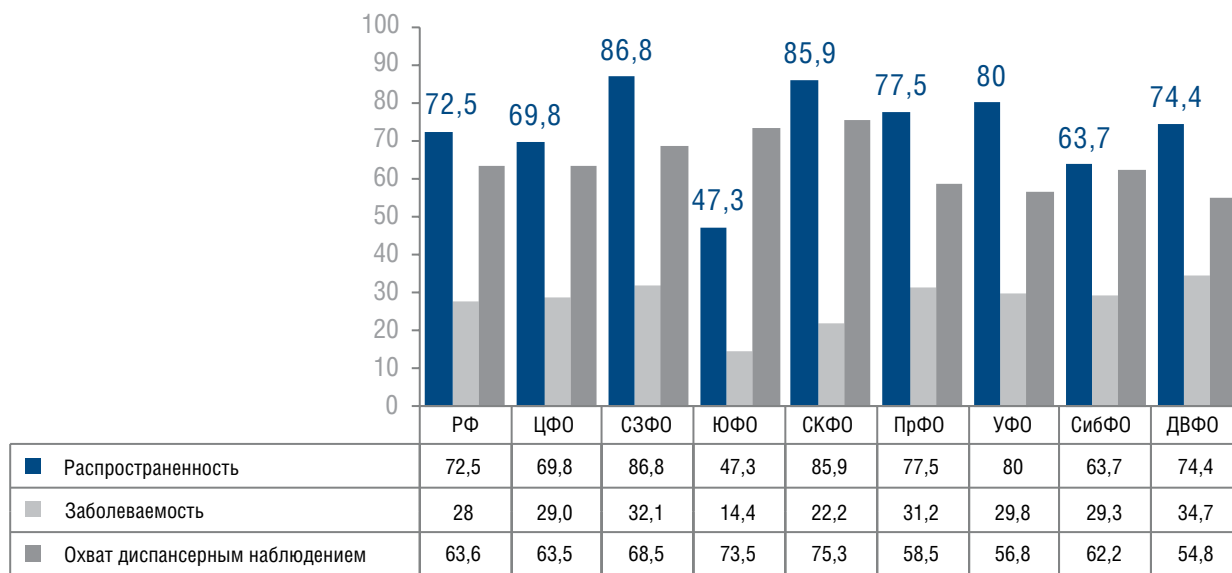
у взрослых (72,5 и 240,5 на 100 000 населения соответственно). Охват диспансерным наблюдением в этой возрастной группе несколько выше и составляет в среднем 63,6% по сравнению с 55,8% среди взрослого населения (рис. 6, 7). Низкая организация диспансерного наблюдения детей, больных псориазом, наблюдается на таких территориях, как Калининградская, Псковская области, Республика Тыва, Республика Саха (Якутия) и Камчатский край. Несмотря на то что распространенность псориаза среди детей в данных регионах в среднем в 2 раза превышает аналогичный среднероссийский показатель, охват диспансерным наблюдением в них ниже 45%,

в то время как в большей части субъектов он колеблется от 65 до 99%.

Необходимо сделать акцент на том, что более низкая частота встречаемости псориаза у детей по сравнению со взрослыми может быть частично связана с его недостаточным выявлением, так как родители детей чаще по поводу заболевания обращаются непосредственно в детские поликлиники, где, как правило, отсутствуют специалисты-дерматовенерологи. Информированность врачей других специальностей (педиатров, аллергологов, семейных врачей) в области дерматологии может быть недостаточной и приводить к ошибочной диагностике и, следовательно, к недо-



**Рис. 6. Распространенность псориаза (на 100 000 соответствующего населения) и охват диспансерным наблюдением (%) в Российской Федерации по возрастным группам (2009—2011 гг.)**



**Рис. 7. Распространенность, заболеваемость псориазом (на 100 000 соответствующего населения) и охват диспансерным наблюдением (%) среди детей 0—14 лет в Российской Федерации (2011 г.)**

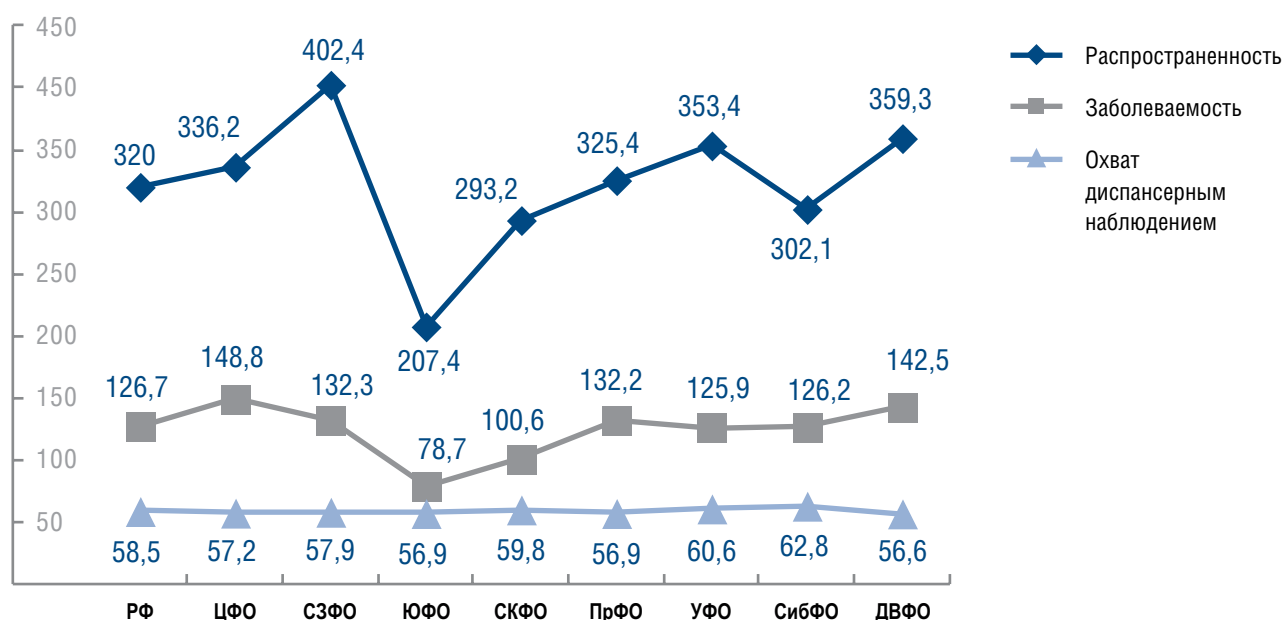
учету случаев псориаза, а также к оказанию некачественной медицинской помощи пациентам.

Поскольку подростковый период является периодом физиологических и психологических изменений, органами здравоохранения уделяется большое внимание диспансеризации данной возрастной категории населения. Несмотря на это, охват диспансерным наблюдением подростков в возрасте 15—17 лет, больных псориазом, осуществляется на низком уровне, составляя в среднем по России 58,5% (рис. 8).

Вызывает тревогу очень высокая распространенность псориаза в детской возрастной популяции 0—17

лет в Республике Саха (Якутия) и Камчатском крае. На фоне сложных климатогеографических особенностей, являющихся негативными факторами в отношении развития псориаза, качество диспансерной работы медицинских организаций оставляет желать лучшего. В этих регионах отмечается низкий охват диспансерным наблюдением детей не только в возрасте 0—14 лет, но и в группе 15—17 лет, в которой также регистрируются очень высокие показатели заболеваемости и распространенности псориаза (табл. 4).

Одной из наиболее тяжелых форм заболевания является артропатический псориаз. Распространен-



**Рис. 8.** Распространенность, заболеваемость псориазом (на 100 000 соответствующего населения) и охват диспансерным наблюдением (%) среди подростков 15—17 лет в Российской Федерации (2011 г.)

**ТАБЛИЦА 4**

**Показатели распространенности, заболеваемости псориазом (на 100 000 соответствующего населения) и охват диспансерным наблюдением детей в наиболее неблагополучных субъектах РФ (2011 г.)**

Субъект РФ	Распространенность псориаза		Заболеваемость псориазом		Охват диспансерным наблюдением, %	
	0—14 лет	15—17 лет	0—14 лет	15—17 лет	0—14 лет	15—17 лет
Калининградская область	110,0	313,2	58,0	128,7	33,3	56,7
Псковская область	139,6	464,9	83,1	237,9	46,0	46,5
Республика Тыва	142,8	67,5	76,4	36,8	34,6	54,5
Республика Саха (Якутия)	106,7	526,8	49,3	219,9	47,1	36,1
Камчатский край	155,6	378,8	117,1	178,9	32,1	44,4



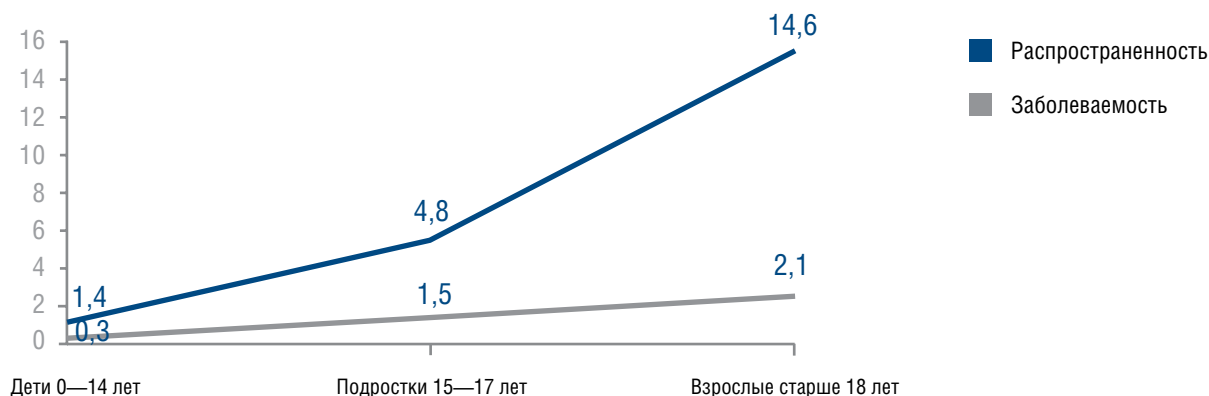
ность артропатического псориаза в целом по Российской Федерации в 2011 г. находится на уровне 12,3 на 100 000 населения, что составляет 5,7% от всех зарегистрированных случаев псориаза. Из них на долю взрослых приходится 5,5%; доля детей, больных артропатическим псориазом, составляет 0,2%.

Заболеваемость артропатическим псориазом в 2011 г. в Российской Федерации равна 1,8 на 100 000 населения, при этом возрастные показатели колеблются от 0,3 в детской возрастной группе 0—14 лет до 2,1 среди взрослых на 100 000 соответствующего населения (рис. 9).

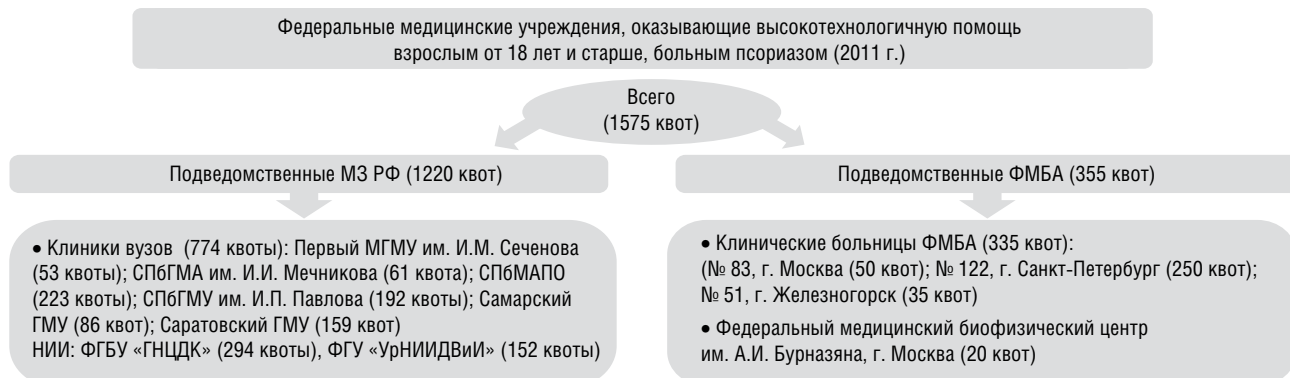
Отмечается низкий уровень распространенности артропатического псориаза в популяции больных псориазом в Российской Федерации по сравнению с данными зарубежных авторов, как отмечено выше. Вероятно, это связано с недостаточным сбором анамнестических данных и жалоб у пациентов, страдающих псориазом, врачами-специалистами, что ведет к недоучету больных за счет гиподиагностики заболевания.

В настоящее время согласно Концепции развития здравоохранения России до 2020 г. [25] большое внимание уделяется повышению качества и доступности медицинской помощи всему населению России для достижения лучших показателей здоровья. На 2011 г. Министерством здравоохранения Российской Федерации, Федеральным медико-биологическим агентством и Российской академией медицинских наук были запланированы следующие объемы высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «дерматовенерология»: всего 2110 квот, из них 1575 квот для взрослых и 535 квот для детей 0—17 лет.

Наибольший процент квот на оказание высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» взрослым в 2011 г. приходился на ФГБУ «ГНЦДК» Минздравсоцразвития России (294 квоты) [26] (рис. 10). Из 294 квот 240 (81%) были предоставлены пациентам с тяжелыми и распространенными формами псориаза из всех субъектов Российской Федерации, что говорит об актуальности и со-



**Рис. 9. Повозрастная распространенность и заболеваемость артропатическим псориазом (на 100 000 соответствующего населения) в Российской Федерации (2011 г.)**



**Рис. 10. Распределение квот по профилю «дерматовенерология» в Российской Федерации в 2011 г.**

храняющейся высокой потребности в высокотехнологичной медицинской помощи больным псориазом.

Оценка клинической эффективности проведенного лечения больным псориазом показала, что у 55,6% наблюдается состояние клинического выздоровления (полное разрешение высыпаний на коже), у 42% — улучшение со стороны клинических проявлений, и только у 2,4% больных выраженного улучшения состояния не отмечалось (без перемен).

## Выводы

1. Распространенность и заболеваемость псориазом в целом по Российской Федерации сохраняются на высоком уровне.

2. Заболеваемость в детской возрастной популяции 15—17 лет значительно превосходит (в 1,8 раза) аналогичный показатель взрослого населения.

3. На фоне высокой распространенности и заболеваемости псориазом наблюдается низкий охват диспансерным наблюдением больных данной категории.

4. Необходимо улучшить выявляемость псориаза у больных псориазом для своевременного направления к ревматологу и предупреждения развития негативных последствий заболевания.

5. Сохраняется высокая потребность в получении высокотехнологичной медицинской помощи пациентам, страдающим псориазом, для удовлетворения которой требуется увеличение ее запланированных объемов, т. е. повышение доступности данного вида медицинской помощи населению, что увеличит вероятность достижения желательных исходов лечения, соответствующих современному уровню развития медицины. ■

## Литература

- Gelfand J.M., Weinstein R., Porter S.B., Neimann A.L., Berlin J.A., Margolis D.J. Prevalence and treatment of psoriasis in the United Kingdom: a population-based study. *Arch Dermatol.* 2005 Dec; 141 (12): 1537—41.
- Langley R.G.B., Krueger G.G., Griffiths C.E.M. Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life. *Ann Rheum Dis* 2005;64:ii18-ii23 doi:10.1136/ard.2004.033217.
- Lima X.T., Minnillo R., Spencer J.M., Kimball A.B. Psoriasis prevalence among the 2009 AAD National Melanoma Skin Cancer Screening Program participants. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2012 Apr 4. doi: 10.1111/j.1468—3083.2012.04531.x. [Epub ahead of print].
- Naldi L. Epidemiology of psoriasis. *Curr Drug Targets Inflamm Allergy.* 2004 Jun; 3 (2): 121—8.
- Plunkett A., Marks R. A review of the epidemiology of psoriasis vulgaris in the community. *Australas J Dermatol.* 1998 Nov; 39 (4): 225—32.
- Дерматовенерология, 2010 / Под ред. А.А. Кубановой. М.: ДЭК-Пресс, 2010. 428 с. (Клинические рекомендации / Российское общество дерматовенерологов).
- Behnam S.M., Behnam S.E., Koo J.Y. Alcohol as a risk factor for plaque-type psoriasis. *Cutis.* 2005 Sep; 76 (3): 181—5.
- Bergboer J.G., Oostveen A.M., de Jager M.E., Den Heijer M., Joosten I., van de Kerkhof P.C., Zeeuwen P.L., de Jong E.M., Schalkwijk J., Seyger M.M. Paediatric Onset Psoriasis is Associated with ERAP1 and IL23R loci, LCE3C\_LCE3B deletion and HLA-C\*06. *Br J Dermatol.* 2012 Apr 18. doi: 10.1111/j.1365-2133.2012.10992.x. [Epub ahead of print].
- Huerta C., Rivero E., Rodríguez L.A. Incidence and risk factors for psoriasis in the general population. *Arch Dermatol.* 2007 Dec; 143 (12): 1559—65.
- Jankovic S., Raznatovic M., Marinkovic J., Jankovic J., Maksimovic N. Risk factors for psoriasis: A case-control study. *J Dermatol.* 2009 Jun; 36 (6): 328—34. Epub 2009 Apr 28.
- Raychaudhuri S.P., Gross J. A comparative study of pediatric onset psoriasis with adult onset psoriasis. *Pediatr Dermatol.* 2000 May-Jun; 17 (3): 174—8.
- Swanbeck G., Inerot A., Martinsson T., Wahlström J., Enerbäck C., Enlund F., Yhr M. Age at onset and different types of psoriasis. *Br J Dermatol.* 1995 Nov; 133 (5): 768—73.
- Meffert J. Psoriasis. <http://emedicine.medscape.com/article/1943419-overview#0101>
- Kumar B., Jain R., Sandhu K., Kaur I., Handa S. Epidemiology of childhood psoriasis: a study of 419 patients from northern India. *Int J Dermatol.* 2004 Sep; 43 (9): 654—8.
- Kwon H.H., Na S.J., Jo S.J., Youn J.I. Epidemiology and clinical features of pediatric psoriasis in tertiary referral psoriasis clinic. *J Dermatol.* 2012 Mar; 39 (3): 260—4. doi: 10.1111/j.1346-8138.2011.01452.x. Epub 2011 Dec 29.
- Kwon H.H., Kwon I.H., Youn J.I. Clinical study of psoriasis occurring over the age of 60 years: is elderly-onset psoriasis a distinct subtype? *Int J Dermatol.* 2012 Jan; 51 (1): 53—8. doi: 10.1111/j.1365-4632.2011.04979.x.
- Ferrández C., Pujol R.M., Garcia-Patos V., Bordas X., Smandia J.A. Psoriasis of early and late onset: a clinical and epidemiologic study from Spain. *J Am Acad Dermatol.* 2002 Jun; 46 (6): 867—73.
- Youn J.I., Park B.S., Park S.B., Kim S.D., Suh D.H. Characterization of early and late onset psoriasis in the Korean population. *J Dermatol.* 1999 Oct; 26 (10): 647—52.
- Fatani M.I., Abdulghani M.H., Al-Afif K.A. Psoriasis in the eastern Saudi Arabia. *Saudi Med J.* 2002 Feb; 23 (2): 213—7.
- Rigopoulos D., Gregoriou S., Katrinaki A., Korfitis C., Larios G., Stamou C., Mourellou O., Petridis A., Rallis E., Sotiriadis D., Katsambas A.D., Antoniou C. Characteristics of psoriasis in Greece: an epidemiological study of a population in a sunny Mediterranean climate. *Eur J Dermatol.* 2010 Mar-Apr; 20 (2): 189—95. Epub 2010 Feb 2.
- Ayala F. Clinical presentation of psoriasis. *Reumatismo.* 2007; 59 Suppl 1: 40—5.
- Khraishi M., Chouela E., Bejar M., Landells I., Hewhook T., Rampakakis E., Sampalis J.S., Abouchehad K. High prevalence of psoriatic arthritis in a cohort of patients with psoriasis seen in a dermatology practice. *J Cutan Med Surg.* 2012 Mar-Apr; 16 (2): 122—7.
- Valenzuela F., Silva P., Valdés M.P., Papp K. Epidemiology and quality of life of patients with psoriasis in Chile. *Actas Dermosifiliogr.* 2011 Dec; 102 (10): 810—6. Epub 2011 Jun 12.
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 18.12.2007 № 780 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с псориазом».
- Концепция развития здравоохранения России до 2020 г.
- Приложение № 3 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31.12.2010 № 1248н (ред. от 18.10.2011) «О порядке формирования государственного задания на оказание в 2011 г. высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета». Российская газета, № 40, 25.02.2011.