

Н.О. Виноград, З.П. Васишин, Л.П. Козак, У.А. Шуль  
ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»

## Епідеміологічні особливості корости на сучасному етапі глобалізації (огляд)

Короста — облігатне антропонозне ектопаразитарне захворювання, яке спричиняє кліщ *Sarcoptes scabiei variety (var.) hominis*. Захворювання має планетарне поширення. Його медико-соціальне значення визначається рівнем ураженості населення, розмаїттям клінічних форм, що утруднює своєчасну діагностику, ймовірністю хронізації та розвитком ускладнень, а також впливом на якість життя людей.

**Мета роботи** — визначити епідеміологічні особливості корости у світі та в Україні на сучасному етапі глобалізації, вивчити особливості проявів і тенденцій хвороби в період надзвичайних ситуацій, зокрема російсько-української війни.

**Матеріали та методи.** Наративний огляд літератури здійснено за результатами інтернет-пошуку в наукометричних базах даних PubMed, Scopus, WHO Library за період 2016—2025 рр. Для оцінювання тягаря хвороби використано офіційні дані ООН, національних Центрів контролю захворювань, Міністерства охорони здоров'я України, а також віково-стандартизовані показники та тенденції поширеності корости за даними платформи Global Burden Diseases Results Tool (Institute of Health Metric and Evaluation, 2021—2024).

**Результати та обговорення.** Короста (МКХ-10: Клас 1. B86) має глобальне поширення. За рекомендацією ВООЗ її розглядають з трьох позицій — як забуту тропічну хворобу (neglected tropical disease), ектопаразитарне інвазійне захворювання людини та як інфекцію, що передається статевим шляхом. Поширеність корости у 2021 р. становила 206,6 млн випадків, захворюваність — 622,5 млн. Щонайменше 200 млн людей у світі страждають від корости одночасно в реальному часі.

Протягом останнього десятиріччя спостерігається тенденція до зниження інтенсивності ураження коростою населення країн Африки та Азії й зростання показників захворюваності в країнах Латинської Америки, Центральної та Східної Європи. Чинниками ризику є низка соціальних, поведінкових, економічних і природних явищ, зокрема збільшення кількості надзвичайних ситуацій. Викликає стурбованість формування резистентності *Sarcoptes scabiei variety (var.) hominis* до протипаразитарних засобів, зокрема до перметрину.

В Україні від 2022 р. епідеміологічний нагляд за інфестацією ускладнений внаслідок російсько-української війни. Відзначено зростання показників захворюваності та поширеності корости як серед внутрішньо переміщених осіб, так і українських біженців за кордоном, що корелює з інтенсивністю міграційних процесів та соціально-побутовими умовами у місцях тимчасового розміщення мігрантів.

**Висновки.** Рівні ураженості населення визначаються низкою соціально-економічних чинників і мають регіональні особливості. Протиепідемічне забезпечення щодо корости потребує нормативно-правового регулювання заходів, кадрового забезпечення служб реагування і суттєвих фінансових витрат. Необхідний посилений моніторинг вразливих груп населення, особливо в умовах міграції та війни.

### Ключові слова

Короста, поширеність, надзвичайні ситуації, війна.

Короста (МКХ-10: Клас 1. B86) — облігатне антропонозне ектопаразитарне інвазійне захворювання, яке спричиняє кліщ *Sarcoptes scabiei variety (var.) hominis*, що належить до класу членистоногих *Arachnida*, підкласу *Acari*, родини *Sarcoptidae* [1]. Захворювання, що клінічно відповідає корості, відоме від часів Гіппократа, і дістало тоді назву «pruritus» (свербіж). Етіоло-

гічний чинник інфестації виявив у 1687 р. Giovanni Cosimo Vonomo [43].

На сучасному етапі це інвазійне захворювання продовжує становити значне навантаження на системи охорони здоров'я, особливо в низькоресурсних регіонах та під час надзвичайних ситуацій [10, 22]. Короста має глобальне поширення із нерівномірними в часі та просторі показ-

никами захворюваності та поширеності. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я щорічно реєструють понад 400–455 млн нових випадків захворювання з високим ризиком ускладнень (вторинні бактеріальні інфекції, норвезька форма тощо) серед вразливих груп населення, таких як біженці, діти та особи в часи соціальних потрясінь і за інших надзвичайних ситуацій, включаючи війни та масову міграцію [10, 22, 41, 43].

Аналіз досліджень Global Burden of Disease (GBD) Study за 2021 р. свідчить про збільшення абсолютної кількості випадків корості з 1990 р. на 30 % в країнах Азії та Африки, попри зниження віково-стандартизованих показників поширеності (ВСПП) [42]. У країнах Європи у 2023–2025 рр. також спостерігали значне збільшення кількості спалахів корості, зокрема в Бельгії, Ірландії, Чехії, Іспанії [9, 16, 20, 23, 30, 33, 36, 38].

Останніми роками відзначено зростання резистентності *Sarcoptes scabiei variety (var.) hominis* до стандартних препаратів, таких як перметрин та його похідні, що потребує нових підходів до лікування хворих [29, 34, 40]. Механізми стійкості кліща *Sarcoptes scabiei variety (var.) hominis* включають мутації в натрієвих каналах, посилену активність ферментів детоксикації та псевдорезистентність через неправильне застосування (недостатня доза, відсутність лікування контактних осіб) [24, 29]. За результатами досліджень, проведених у 2024–2025 рр., фіксують зростання частоти резистентних випадків у Європі та Туреччині з 31 задокументованим випадком у систематичних оглядах [11, 17, 37].

В Україні, де четвертий рік поспіль триває активна фаза російсько-української війни, епідемічна ситуація з низки актуальних ендемічних захворювань, зокрема й корості, динамічно змінюється. Це потребує постійного моніторингу, поглибленого епідеміологічного аналізу з визначення динаміки і тенденцій інфекції для формування програм боротьби з урахуванням інтенсивності міграції цивільного населення, неспроможності вчасного надання їм медико-профілактичної допомоги в зонах ведення активних бойових дій.

Мета роботи — аналіз глобальних, регіональних та національних епідеміологічних тенденцій корості на сучасному етапі глобалізації за узагальненими даними GBD (2021), літературних джерел, національних і відомчих офіційних звітів з акцентом на країнах Європейського Союзу (ЄС) та Україні.

### Матеріали та методи

Дослідження здійснено як нарративний огляд літератури за результатами аналізу першоджерел

із баз даних PubMed, WHO Library, GBD Results Tool (IHME, 2021–2024) та державних інформаційних ресурсів. Використано такі ключові слова: «поширеність корості/scabies prevalence», «глобальний тягар хвороби корості/Global Burden of Disease scabies», «короста в Європі/scabies Europe», «короста в Україні/scabies Ukraine», «резистентність *Sarcoptes scabiei/Sarcoptes scabiei resistance*». Кількісне оцінювання здійснено за показниками поширеності, захворюваності; років життя, скоригованих на якість життя; віково-стандартизованими показниками захворюваності (ВСПЗ) та поширеності (ВСПП) на 100 тис. населення; тенденціями за середньорічним відсотком змін (середньорічний приріст) [10, 22, 42]. Матеріали дослідження — дані Українського центру громадського здоров'я, регіональних звітів МОЗ України, Європейського центру профілактики і контролю захворювань (European Centre for Disease Prevention and Control — ECDC), Міністерства соціальної політики, сім'ї та єдності України.

### Результати та обговорення

На сучасному етапі з'ясовано основні епідеміологічні характеристики корості (табл. 1). Укладено рекомендації щодо профілактики інфекції, протиепідемічних заходів в осередках цього захворювання, які в багатьох країнах є подібними.

Також розроблено й стандартизовано методи клінічної та лабораторної діагностики корості. Лікарям первинної ланки надання медичної допомоги, до яких переважно звертаються хворі, не завжди вдається вчасно діагностувати інфекцію, яка може маніфестувати розмаїтими клінічними формами: класичною (типовою), атипичними (малосимптомними), ускладненими, вузликатою, бульозною, дитячою, важкою норвезькою. Окрім того, пацієнти можуть звертатися по медичну допомогу вже з наявністю вторинних бактеріальних інфекцій як ускладненнями корості: імпетиго (*Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*), ектима, фолікуліт, фурункули, дерматит, постскабіозна лімфопазія шкіри. У разі хронічного перебігу з контамінацією *Streptococcus pyogenes* можливі такі ускладнення, як постстрептококовий гломерулонефрит, гостра ревматична гарячка, ревматична хвороба серця, а також сепсис та інвазивні інфекції з летальністю 5–10 % [12, 31, 43].

Поряд із поліморфізмом клінічної маніфестації хвороби виявлено регіональні відмінності клінічного перебігу корості та визначено чинники впливу, які їх зумовлюють (табл. 2).

Короста належить до захворювань, що підлягають офіційній реєстрації у більшості країн

Таблиця 1. Основні епідеміологічні характеристики корости

Ознака/Прояви	Характеристика	Джерело інформації
Резервуар патогену	Біологічний вид <i>Homo sapiens</i>	[41]
Джерело патогену	Заражена людина із симптомними й асимптомними формами інфекції	[41]
Механізм передачі патогену	Контактний	[41]
Шлях передачі патогену	Прямий і непрямий контактний	[37, 41]
Чинники передачі патогену	Предмети спільного користування (постільна і натільна білизна, рушники, іграшки, ручки дверей, перила сходів тощо); шкіра хворого (безпосередній контакт, зокрема статевий)	[14, 37, 41, 44]
Період заразливості	Від моменту зараження до 24 год після прийому першої дози ліцензованого протикоростяного засобу	[36]
Вхідні ворота патогену	Шкірні покриви	[37]
Захворюваність	Спорадична/епідемічна	[14, 22, 41, 42]
Сприйнятливість	Висока	[14, 41]
Сезонність	Осінньо-зимовий період	[41]
Інкубаційний період	Первинне зараження: 1–6 тиж Повторне зараження: 1–4 дні	[41]
Група ризику	Особи похилого віку, хворі з імунодефіцитними станами. Медичні працівники, вихователі, вчителі й обслуговуючий персонал дитячих і навчальних закладів. Діти з дошкільних установ, навчальних закладів. Особи, що перебувають у пенітенціарних установах (в'язниці, колонії, виховні колонії) та в інших спеціалізованих закритих установах. Особи, які ведуть активне сексуальне життя	[14, 22, 31, 36, 37, 43, 44]
Чинники ризику	Туризм, подорожі, відрядження. Недотримання гігієнічних навичок і регламентів. Надзвичайні ситуації. Подорожі до країн з високим рівнем інфекції. Випадкові статеві контакти	[8, 31, 36, 42, 43, 44]
Об'єкти ризику	Дитячі дошкільні, навчальні установи і заклади (школи, інтернати, дитячі садочки). Напівзакриті заклади (денні центри для дорослих). Гуртожитки. Заклади для тривалого догляду за особами. Будинки для людей похилого віку. Табори (місця) тимчасового або первинного перебування мігрантів. Центри імміграційного депортування. Громадські заклади, що використовуються для розміщення осіб у надзвичайних ситуаціях. Пенітенціарні установи (в'язниці, колонії, виховні колонії). Лазні, готелі, вокзали, поїзди, автобуси	[8, 14, 22, 31, 36, 43, 44]

світу, на підставі чого ВООЗ відстежує і узагальнює клініко-епідеміологічні характеристики інфекції з урахуванням регіональних ВСПП та захворюваності (табл. 3) [10, 22, 41, 42].

Глобальна поширеність корости у 2021 р. становила 206,6 млн випадків, тоді як захворюваність — 622,5 млн. У структурі інфекційних і паразитарних захворювань частота корости становить 2,71 % [1, 41]. Варто зазначити, що облік хворих на коросту в багатьох країнах світу ускладнений через низку соціально-економічних причин.

Так, за даними GBD (2021) Туреччина належить до регіону Центральної Європи, де ВСПП становить приблизно 50–100 на 100 000 населення. Це територія із найнижчими показниками у світі, що, ймовірно, не відповідає дійсності через необов'язковість реєстрації випадків. Так, тільки у м. Аланія повідомлено про збільшення кількості консультацій з приводу корости до 37,8 % у 2021 р., а порівняно з періодом від 2017 р. — на 1038 % [11, 17]. У реальних умовах надання медичної допомоги у Туреччині коросту виявляють набагато частіше, особливо в певних групах

Таблиця 2. Відмінності клінічного перебігу корости

Регіон	Типові прояви	Ускладнення	Чинник впливу
Європа	Свербіж, папули; норвезька форма [6, 26]	Вторинні інфекції (рідко) [6]	Міграція, установи [10, 15, 22]
Африка	Папули у дітей; атипові форми [13]	Імпетиго (70 %), постстрептококовий гломерулонефрит [13]	Тропічний клімат, бідність [13, 23]
Азія	Сезонний висип; рецидиви [11]	Постстрептококовий гломерулонефрит [11]	Щільність населення [32]
Близький Схід	Свербіж, рецидиви [25]	Вторинні бактеріальні інфекції [25]	Міграція, вологість [10, 17, 29, 32, 37, 40]
Латинська Америка (тропічна)	Інтенсивний свербіж, маленькі еритематозні папули, везикули, лінійні ходи (слабовиражені), екскоріації; у дітей та в бідних спільнотах — ендемічна з частими рецидивами та ускладненнями [17, 32]	Вторинна бактеріальна інфекція (імпетиго, целоліт, абсцеси); постстрептококовий гломерулонефрит, сепсис, ревматична хвороба серця [17, 32]	Бідність, надто висока ущільненість, обмежений доступ до води та засобів гігієни, міграція [5, 17, 32]

Таблиця 3. Регіональні ВСПП корости (2021) та середньорічний відсоток динаміки змін (1990—2021)

Регіон	ВСПП (/100 000)	Середньорічний відсоток змін (1990—2021), %
Європа	50–100	+0,5–1
Близький Схід	~1000	0
Африка	~1240	-0,22
Азія	~3775	-0,12
Латинська Америка (тропічна)	5960	-0,12

населення (сирійські біженці, ромська спільнота, діти, що перебувають в інтернатах і притулках, пенсіонери в будинках для людей літнього віку, працівники міграційних служб, сезонні робітники, туристи) [11, 17].

Ця інфекція є проблемою для країн Близького Сходу, де уражено 1,01 % населення. За офіційними даними у 2024 р. захворюваність в Ірані становила 13,22 на 100 000 населення [26]. В Африці в зоні субсахари у 2021 р. зареєстровано 18,16 млн випадків корости, ураженість населення становила 3,8–78,4 % (Нігерія — 65 %, Ефіопія — 78,4 %) [10, 22].

Азію визнано одним з регіонів з найвищим тягарем корости у світі, особливо в її тропічних і густонаселених регіонах. Високою є поширеність інфекції серед дітей, бідних спільнот, мігрантів. У Китаї це ектопаразитарне захворювання є ендемічним зі щорічними показниками до 1,6 млн випадків [25, 32].

Латинська Америка залишається регіоном з високим ендемічним тягарем корости, переважно в тропічних та соціально вразливих зонах, із потенціалом зростання в умовах міграції та дії кліматичних чинників (99,94 на 100 000 населення;

четверте рейтингове місце в глобальному масштабі). Поширеність захворювання різниться залежно від субрегіону та популяції: від низького рівня в міських зонах, де значення має великий дохід у населення, до високого — у бідних сільських спільнотах, фавелах та серед корінних народів [10, 14, 22, 32].

У Європі поширеність корости низька (< 2 %). Більш як трикратне зростання рівня захворюваності спостерігали у Норвегії від 2018 р. (до 443 на 100 000 населення) [6]. Різке зростання показників на європейському континенті відзначено у постковідний період, що було зумовлено міграцією, надзвичайними ситуаціями та переповненістю в установах соціального захисту та закладах охорони здоров'я [19]. За даними ECDC та національних звітів з 2021 по 2025 р. зафіксовано збільшення кількості спалахів у країнах Західної та Північної Європи [8]. У Бельгії захворюваність значно зросла у 2014–2023 рр. — від 99 до 1341 випадку на 100 000 населення (у середньому 345 випадків на рік у 2021–2023 рр.) з вищою частотою серед молоді, мешканців урбанізованих районів та чоловіків. В Ірландії збільшилася кількість спалахів з 4 у 2021 р. до

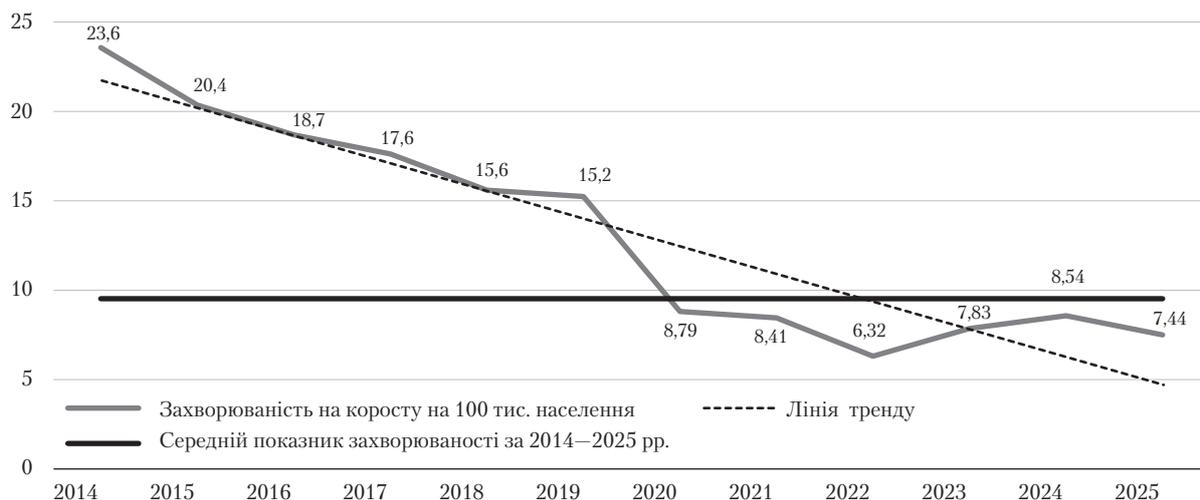


Рисунок. Захворюваність на коросту в Україні (на 100 тис. населення) за 2014–2025 рр. (4)

26 у 2023 р. та 51 у 2024 р., що переважно виникали в центрах розміщення біженців та в будинках для людей літнього віку [16, 20, 22, 38, 41, 42]. У Великобританії в 2023 р. зафіксовано зростання рівня захворюваності удвічі (3 випадки на 100 000 населення) за обмеженими даними через те, що захворювання не підлягає обов'язковій реєстрації та повідомленню органам охорони здоров'я [20]. Загалом у Європі 66,9 % спалахів у 2020–2023 рр. реєстрували в медичних закладах, із них 69,4 % — у будинках для людей літнього віку [8, 19]. Групами ризику щодо виникнення цього захворювання є біженці, ураженість яких сягає 40 %, зі спалахами в таборах для переміщених осіб. Так, у Греції частка уражених серед таких контингентів у 2020 р. становила 5,7 %, а в Італії — 40,7 % (2022 р.) [19, 23]. За оцінками GBD, у Східній Європі (включаючи Україну) поширеність корости становить близько 0,5–1 %, з тенденцією до росту в багатьох країнах [6, 8, 10, 11, 22, 37].

В Україні короста належить до захворювань, що підлягають офіційній реєстрації. Багаторічну динаміку захворюваності населення за останніх 10 років представлено на рисунку.

У 2019–2023 рр. в Україні групами ризику щодо корости були діти різного віку, серед яких інтенсивні показники захворюваності у середньому були в 2–3 рази вищими за аналогічні у дорослого населення (7,9 випадку на 100 тис. дорослих). Найвищі показники у середньому зареєстровано у групі підлітків віком 15–17 років (21,8 на 100 тис. осіб цієї вікової групи), а найнижчі — в групі дітей віком 1–4 роки (16,9 випадку). У 2019 р. в усіх вікових групах показники були найвищими, суттєво перевищуючи середні рівні захворюваності за п'ять років.

У 2020 та 2021 рр. найбільше випадків корости на 100 тис. кожної вікової групи реєстрували серед дітей віком 5–9 років (19,1 та 18,4 випадку відповідно), а у 2022 р. — у немовлят до 1 року життя (інтенсивний показник — 13,0) [4].

Аналіз розподілу захворюваності на коросту в Україні за територіями у роки війни (2023–2025 рр.) дав змогу встановити, що перевищення загальнодержавного показника захворюваності у 2023 р. відзначено у Чернівецькій (18,3), Житомирській (16,3), Вінницькій (15,6), Івано-Франківській (15,6), Сумській (13,2), Рівненській (13,1), Хмельницькій (12,2) та Одеській (9,1) областях. Найвищий показник зареєстровано у Закарпатській області (19,5), що був у 2,5 разу вищим за рівень захворюваності в Україні (7,9). У 2024 р. найбільший приріст захворюваності зафіксовано в Київській (+62,9 %), Житомирській (+17,7 %), Чернівецькій (+12,9 %), Сумській (+4,4 %) та Одеській (+2,9 разу) областях. В Одеській області зафіксовано найвищий показник захворюваності (27,9), що у 3,3 разу перевищив загальноукраїнський показник (8,54) [4].

В Україні дані щодо ураженості коростою переміщених осіб неповні через воєнний стан, але інформація МОЗ свідчить про зростання цих показників від 2022 р., що здебільшого зумовлено процесами міграції ВПО та високою ущільненістю у місцях їхнього спільного перебування [15]. За офіційними даними Міністерства соціальної політики, сім'ї та єдності України станом на грудень 2025 р. в нашій державі обліковано 4,62 млн ВПО, які тимчасово перебувають у різних регіонах держави. Найбільшу кількість ВПО зареєстровано в Харківській (511 048), Донецькій (506 695) і Дніпропетровській (467 799) областях, а також у м. Києві (435 778). Найменша

кількість ВПО у Волинській (43 245) і Рівненській (42 586) областях x [2]. При цьому кількість переселенців динамічно змінюється, оскільки міграційні процеси не зупиняються.

За даними форми звітності № 1 «Звіт про окремі інфекції та паразитарні захворювання» за 8 міс 2025 р. в Україні було зареєстровано 1855 випадків корости (ІП 4,52 на 100 тис. населення). Порівняно з аналогічним періодом 2024 р. в 10 областях і м. Києві відзначено зростання темпів приросту нових випадків з найвищими показниками у Черкаській (49,02 %), Сумській (25,84 %) та Чернігівській (26,42 %) областях. Перевищення загальнонаціонального ІП захворюваності (4,52) зафіксовано у восьми областях: Житомирській (12,37 %), Чернівецькій (11,04 %), Сумській (10,84 %), Миколаївській (9,99 %), Вінницькій (9,25 %), Хмельницькій (9,22 %), Івано-Франківській (7,12 %), Чернігівській (7,05 %) [4].

Серед українських біженців реєстрували спалахи корости в країнах Європи у 2022–2025 рр. через надзвичайну ситуацію та міграцію, пов'язані із соціальною катастрофою — російсько-українською війною. Серед усіх випадків корости в Італії у 2022 р. частка українських біженців становила 40,7 %; у 2023–2024 рр. реєстрували спалахи в таборах Польщі та Румунії з переважним ураженням дітей [15].

Проблема корости як соціального захворювання перебуває в центрі уваги експертів ВООЗ, оскільки, попри запроваджені програми боротьби, зберігаються стабільні багаторічні стійкі показники поширеності хвороби зі щорічним ураженням до 400 млн осіб, ризиком виникнення життєво небезпечних станів у разі хронізації, що зумовлює значні економічні збитки для системи охорони здоров'я. Негативний вплив корости на якість життя є вираженим і проявляється стигматизацією людей, їхнім соціальним дистанціюванням та ізолюванням, порушеннями сну, психоемоційними розладами [10]. Результати поглиблених досліджень у розрізі Світової програми боротьби з коростою (The World Scabies Program) свідчать, що тягар хвороби є більшим і щорічно кількість уражених у світі сягає 622 млн осіб [18].

У часи війни складно запровадити в Україні рекомендації щодо зміцнення системи охорони здоров'я для моніторингу та лікування хворих на коросту, адже за чотири роки повномасштабної війни росії станом на 1 грудня 2025 р. було підтверджено пошкодження або руйнування 2535 об'єктів у складі 816 медичних закладів. Особливо постраждала медична інфраструктура в Донецькій, Харківській, Луганській, Херсонській та Запорізькій областях. Загалом у державі медичну допомогу надають на 1532 об'єктах, ще

185 працюють частково, 232 заклади евакуйовано, 572 — не функціонують [3]. Війна вносить значні корективи у запровадження основних стратегій ВООЗ щодо зміцнення системи охорони здоров'я України, зокрема в контексті можливостей кадрового забезпечення, систем медичної інформації та епіднадзора, доступу до основних лікарських засобів, фінансування нагальних потреб [3].

У часи надзвичайних ситуацій, зокрема військових конфліктів, проблема корости на тлі загибелі людей, різних травм і поранень постає переважно в осіб на етапах евакуації або вже у місцях тимчасового розміщення. Часто люди у стані психоемоційного стресу не надають значення симптомам корости і не звертаються вчасно по медичну допомогу. Це призводить до зростання масштабів поширення не лише серед біженців, але й серед місцевого населення у місцях розселення ВПО.

Короста є серйозною загрозою для закладів охорони здоров'я внаслідок швидкого поширення і несвоєчасного виявлення уражених пацієнтів. Про спалахи корости у стаціонарах повідомляли у США, Іспанії, Норвегії та інших країнах, коли були уражені лікарі, медичні сестри, допоміжний персонал та госпіталізовані хворі [7, 21, 27, 39].

У часи війни виявлення уражених осіб на етапах евакуації поранених, як військових, так і цивільних, не впливає на швидкість і етапність переведення уражених із зони бойових дій до госпіталів. Важливо повідомити про виявлені випадки корости медичні заклади, що приймають поранених, медичний персонал має використовувати засоби індивідуального захисту на всіх евакуаційних і госпітальних етапах надання медичної допомоги. В момент госпіталізації до тилового госпітального закладу інформацію про ураженість необхідно враховувати для визначення варіанта ізолювання у профільних відділеннях за типом бойової травми. Схеми лікування хворих на коросту визначають з урахуванням тяжкості стану поранених і наявності протикоростяних препаратів.

Ще одним із ризиків на сьогодні є занесення інфекції на територію нашої держави з країн тимчасового перебування, коли громадяни України повертаються до місць постійного проживання. Як зазначено вище, це захворювання є ендемічним для більшості країн ЄС, Американського континенту, Азії та Африки. Сучасні рекомендації провідних країн ЄС, Великобританії та США щодо ведення випадків і спалахів корости ґрунтуються на глибокому аналізі проблеми і ефективних втручань з урахуванням ризиків у різних групах населення і закладах високого ризику щодо цієї інфекції [28, 36].

Країни ЄС стали прихистком для більшої частини біженців з України. За даними сайту Євростату станом на 30 листопада 2025 р. в країнах ЄС під тимчасовим захистом перебували 4,33 млн українських громадян. Найбільше українських біженців проживало у Німеччині (1 241 000 осіб; 28,7 % від загальної кількості в країнах ЄС), Польщі (968 750; 22,4 %) та Чехії (392 670; 9,1 %). Співвідношення кількості осіб з України, які отримали тимчасовий захист, та кількості населення країни було найвищим у Чехії (36,0 на 1000 осіб), випереджаючи Польщу (26,4) та Словаччину (25,7) [35].

Важливо враховувати, що зростання рівня захворюваності на коросту в Європі значною мірою корелює з міграцією та біженцями: спалахи часто фіксують у таборах, центрах прийому та серед переміщених осіб, включаючи українських біженців після 2022 р., через переповненість, обмежений доступ до засобів гігієни та затримки в проведенні діагностики [17, 29, 32, 37, 40].

Також слід зазначити потенційні ризики поширення корости в укриттях та інших пристосованих для населення приміщеннях, де люди протягом певного періоду перебувають під час повітряних тривог чи використання ворогом інших засобів ураження. У разі тривалого перебування за високої скупченості людей зростає ризик контамінації об'єктів і горизонтальних поверхонь багатьма патогенами, серед яких і коростяним кліщем. Наразі відсутні нормативні документи щодо дезінсекційних заходів на об'єктах високого ризику зараження людей *Sarcoptes scabiei variety (var.) hominis*.

Важливим є підвищення обізнаності населення та медичних працівників щодо регіональних відмінностей маніфестації корости, що зумовлені не лише кліматом (вологість сприяє її поширенню), а й гігієнічними умовами та імунним статусом населення. Не викликає сумніву і необ-

хідність інформаційного забезпечення подорожувальників до різних регіонів планети [14, 37].

Інтеграція корости в національні програми боротьби з інфекційними і паразитарними захворюваннями та посилення епідеміологічного нагляду в умовах міграції та війн допоможе зменшити тягар цього захворювання.

## Висновки

Короста продовжує залишатися актуальним захворюванням із динамічними змінами показників поширеності та захворюваності, відмінностями в тенденціях ураженості населення, клінічних формах і ускладненнях у різних регіонах планети. Запровадження програм посиленого моніторингу корости на територіях і в групах ризику є реальним інструментом стримання негативних тенденцій розвитку епідемічного процесу, зокрема під час надзвичайних ситуацій.

Поширення інформації щодо проблеми корости серед медичних працівників і населення є актуальним у час російсько-української війни. Доцільно посилити медичний захист переміщених осіб із територій, де тривають активні бойові дії, зокрема за допомогою здійснення профілактичних оглядів для раннього виявлення осіб з цією інфекцією на транзитних збірних пунктах, евакуаційних майданчиках і локаціях прийому для ВПО, в постійних і тимчасових укриттях для захисту людей під час повітряних тривог чи використання інших засобів ураження. Відомості епідеміологічного анамнезу щодо міграційних маршрутів та подорожей дають змогу покращити діагностику корости, перебіг якої може набувати різних клінічних масок.

Особливу увагу належить приділяти недопущенню занесення корости у стаціонарні відділення закладів охорони здоров'я з метою запобігання її спалахам як інфекції, пов'язаної з наданням медичної допомоги.

## Конфлікту інтересів немає.

**Участь авторів:** концепція і дизайн дослідження — Н.О. Виноград; збір та аналіз даних — З.П. Васишин, Л.П. Козак, У.А. Шуль; написання статті — Н.О. Виноград, З.П. Васишин, Л.П. Козак; редагування та затвердження остаточного варіанта статті — Н.О. Виноград, З.П. Васишин, Л.П. Козак, У.А. Шуль.

**Схвалення комісії з біоетики щодо проведення досліджень:** для цього дослідження не потрібне.

## Список літератури

1. Національний класифікатор України. Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я НК 025:2021. Київ: Міністерство охорони здоров'я України; 2021. <https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2021/11/nacjonalnyj-klassifikator-nk-025.pdf>.
2. Офіційний реліз прес-центру Мінсоцполітики. Результати опитування та аналіз захисту ВПО. 2025. <https://www.msp.gov.ua/press-center/news/prezentovano-rezultaty-pershohoprytvannya-z-pytan-zakhystu-vnutrishno-peremishchenykh-osib-v-ukrayini>.
3. Офіційний реліз прес-центру МОЗ України. Понад 2400 об'єктів медичної інфраструктури пошкоджені або зруйновані внаслідок повномасштабної війни. MOZ Ukrayiny. 2025. <https://moz.gov.ua/uk/ponad-2400-ob-yektiv-medichnoyi-infrastrukturi-poskodzheni-abo-zrujnovani-vnaslidok-povnomasshtabnoyi-vijni>.
4. Центр громадського здоров'я. Звіти про окремі інфекції та паразитарні захворювання (сформовано згідно з формою звітності № 1) за 2017-2025. Київ: Центр громадського здоров'я. <https://phcorgua.sharepoint.com/sites/communication/Shared%20Documents/Forms/AllItems.aspx?id=%2Fsites%2Fcommunication%2FShared%20Document>

- s%2FPHC%2Eorg%2Eua%2F%2Bkontrol-zakhvoryuvan\_inshi-infekciyni-zakhvoryuvannya\_infekciyna-zakhvoryuvanist-naseleennya-ukraini&p=true&
5. Ainslie KEC, Hooiveld M, Wallinga J. Estimation of the epidemiological characteristics of scabies. *Nat Commun.* 2025;16:10524. doi: 10.1038/s41467-025-65544-y. <https://www.nature.com/articles/s41467-025-65544-y>.
  6. Amato G, Weinberg AN, Engelman D. Scabies in Norway: a nationwide study of consultations in primary health care. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2019;139(10). Norwegian. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2019.24.23.190020.
  7. Andersen BM, Haugen H, Rasch M, Heldal Haugen, Tageson A. Outbreak of scabies in Norwegian nursing homes and home care patients: control and prevention. *J Hosp Infect.* 2000;45:160-164. doi: 10.1053/jhin.1999.0716.
  8. Ceccarelli G, Branda F, Scarpa F, Albanese M, d'Ettore G, Giovanetti M, Ciccozzi M. Rethinking scabies in Europe: an ECDC prevention framework approach. *Travel Med Infect Dis.* 2025;63:102786. doi: 10.1016/j.tmaid.2024.102786.
  9. Chatterjee A, Roy Á, García-Blázquez C, et al. Rising scabies incidence in Spain: a retrospective observational analysis of four national data sources, 2011 to 2023. *Euro Surveill.* 2025 Nov;30(47):2500296. doi: 10.2807/1560-7917.es.2025.30.47.2500296.
  10. Control of Neglected Tropical Diseases (NTD). Report of the First WHO Global Meeting on Skin-Related Neglected Tropical Diseases: Geneva, Switzerland, 27–31 March 2023. Geneva: World Health Organization; 2024. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240091337>.
  11. Demircan Yuhaniye, Yıldız, Kenan, Aksaç Sema, Ozturk Murat. Epidemiological Features of Scabies Cases in Adana Region of Turkey. *Türkiye Klinikleri J Dermatol.* 2021;31(3):163-7. doi: 10.5336/dermato.2021-81851. <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-epidemiological-features-of-scabies-cases-in-adana-region-of-turkey-cross-sectional-study-94546.html>.
  12. Engelman D, et al. The public health control of scabies: priorities for research and action. *Lancet Infect Dis.* 2019;19(4):81-92. doi: 10.1016/s0140-6736(19)31136-5.
  13. Engelman D, et al. The 2020 International Alliance for the Control of Scabies Consensus Criteria for the Diagnosis of Scabies. *Br J Dermatol.* 2020;183:808-820. doi: 10.1111/bjd.18943.
  14. Engelman D, Steer AC. Diagnosis, treatment, and control of scabies: can we do better?. *Lancet Infect Dis.* 2018;18(8):822-823. doi: 10.1016/S1473-3099(18)30372-4.
  15. Goniewicz K, Burkle FM, Dzhus M, Khorram-Manesh A. Ukraine's Healthcare Crisis: Sustainable Strategies for Navigating Conflict and Rebuilding for a Resilient Future. *Sustainability.* 2023;15:11602. doi: 10.3390/su151511602.
  17. Health Protection Surveillance Centre (HPSC). Scabies outbreaks in Ireland – advice for the public and health and care professionals. 2024. <https://www.hpsc.ie/news/newsarchive/2024newsarchive/title-24171-en.html>.
  18. Increase in scabies cases and permethrin nonresponse in Türkiye. *Int J Public Health.* 2025. [https://journals.lww.com/ijph/fulltext/2025/01000/increase\\_in\\_scabies\\_cases\\_and\\_permethrin.11.aspx](https://journals.lww.com/ijph/fulltext/2025/01000/increase_in_scabies_cases_and_permethrin.11.aspx).
  19. Institute for Health Metrics and Evaluation. Disease, injury, and risk factsheets: Scabies - Level 3 cause. 2024. <https://www.worldscabiesprogram.org/media/ijbnectn/2025informationpackage.pdf>.
  20. Lainsiez V, Brosius I, Van Bortel W, et al. Increasing trend of scabies in Belgium, 2000–2023. *Arch Public Health.* 2025;83:197. doi: 10.1186/s13690-025-01684-3.
  21. Larrosa A, Cortes-Blanco M, Martinez S, et al. Nosocomial outbreak of scabies in a hospital in Spain. *Euro Surveill.* 2003;8:199-203. doi: 10.2807/esm.08.10.00429-en.
  22. Li J, Liu Z, Xia X. The disability-adjusted life years (DALYs), prevalence and incidence of scabies, 1990–2021: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2021. *PLoS Negl Trop Dis.* 2024;18(12):e0012775. doi: 10.1371/journal.pntd.0012775.
  23. Louka C, Logothetis E, Engelman D, Samiotaki-Logotheti E, Pournaras S, Stienstra Y. Scabies epidemiology in health care centers for refugees and asylum seekers in Greece. *PLoS Negl Trop Dis.* 2022 Jun 22;16(6):e0010153. doi: 10.1371/journal.pntd.0010153.
  24. Mbuagbaw L, Sadeghirad B, Morgan RL, et al. Failure of scabies treatment: a systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol.* 2024;190(2):163-173. doi: 10.1093/bjd/ljad308.
  25. Mitchell E, Wallace M, Marshall J, Whitfield M, Romani L. Scabies: current knowledge and future directions. *Front. Trop. Dis.* 2024;5:1429266. doi: 10.3389/fitd.2024.1429266.
  26. Moradi-Asl E, Lotfi N, Fathi Z, Ghorbani E. Geographical correlation and prevalence of scabies in Ardabil Province the northwest of Iran 2016–2024: a spatiotemporal analysis. *Parasitol Res.* 2025;124(8):95. doi: 10.1007/s00436-025-08539-4.
  27. Obasanjo OO, Wu P, Conlon M, et al. An outbreak of scabies in a teaching hospital: lessons learned. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2001 Jan;22(1):13-8. doi: 10.1086/501818.
  28. Public Health Strategies for Crusted Scabies Outbreaks in Institutional Settings. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/scabies/php/public-health-strategy-crusted/index.html>.
  29. Rising permethrin resistance in scabies: a case-based systematic. *Systematic Review of Treatment Failures.* *CDS Journal.* 2025; 3(1):1-17. [https://www.researchgate.net/publication/395661901\\_Rising\\_Permethrin\\_Resistance\\_in\\_Scabies\\_A\\_Case-Based\\_Systematic\\_Review\\_of\\_Treatment\\_Failures](https://www.researchgate.net/publication/395661901_Rising_Permethrin_Resistance_in_Scabies_A_Case-Based_Systematic_Review_of_Treatment_Failures).
  30. Scabies cases up in the Czech Republic. *Outbreak News Today.* 2025. <https://outbreaknewstoday.substack.com/p/scabies-cases-up-in-the-czech-republic>.
  31. Scabies control guidelines. Reviewed 10 July 2024. Victoria: Department of Health; 2024. <https://www.health.vic.gov.au/infectious-diseases/scabies-control-guidelines>.
  32. Scabies on the rise worldwide, even in high-income countries. *Medscape.* 2025. <https://www.medscape.com/viewarticle/scabies-rise-worldwide-even-high-income-countries-2025a1000ccw>.
  33. Scabies outbreaks rise by 96 % in Ireland. *The Irish Times.* 2025 Mar 9. <https://www.irishtimes.com/health/2025/03/09/scabies-outbreaks-rise-by-96-in-ireland/>.
  34. Simonart T, Lam Hoai X-L. Escalating Threat of Drug-Resistant Human Scabies: Current Insights and Future Directions. *J Clin Med.* 2024;13(18):5511. doi: 10.3390/jcm13185511.
  35. Temporary protection for 4.33 million in November 2025. *Eurostat.* 2025. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/ddn-20260112-1>.
  36. UK Health Security Agency (UKHSA). Guidelines for the management of scabies cases and outbreaks. London: GOV. UK; 2025. Updated 23 April 2025. <https://www.gov.uk/government/publications/scabies-management-advice-for-health-professionals>.
  37. Van der Boor SC, Figaroa I, Uijen AA, Raven SE, van Jaarsveld CH. Rising scabies incidence and the growing burden on GPs: a retrospective longitudinal study. *BJGP Open.* 2025;9(4):BJGPO.2025.0037. doi: 10.3399/BJGPO.2025.0037.
  38. Van de Voorde T, et al. Rising scabies incidence and the growing burden on general practice: a retrospective cohort study in Belgium. *BJGP Open.* 2025. doi: 10.3399/BJGPO.2025.0037. <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2025.0037>.
  39. Van Vliet JA, Samsom M, van Steenberghe JE. Oorzaken van verspreiding en terugkeer van scabiës in gezondheidszorginstellingen; literatuuranalyse van 44 epidemieën [Causes of spread and return of scabies in health care institutes; literature analysis of 44 epidemics]. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 1998 Feb 14;142(7):354-7. Dutch. PMID: 9562741. <https://www.ntvg.nl/artikelen/oorzaken-van-verspreiding-en-terugkeer-van-scabies-gezondheidszorginstellingen>.
  40. Velasco-Amador JP, Prados-Carmona A, Ruiz-Villaverde R. RF - Resistance to Permethrin in Scabies Treatment: Does It Really Exist? *Actas Dermo-sifiliograficas.* 2023;114(5), T433-T434. doi: 10.1016/j.ad.2022.05.046.
  41. World Health Organization. Scabies fact sheet. Geneva: WHO; 2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/scabies>.

42. Yitageasu G, Asnake AA, Gebrehana AK, Kase BF, Asebe HA, Tigabie M., & Demoze L. Burden of scabies in displacement settings: A systematic review and meta-analysis among forcibly displaced populations. *PLoS neglected tropical diseases*. 2025;19(12):e0013853. doi: 10.1371/journal.pntd.0013853.
43. Yotsu RR, Yoshizumi J, Izri A. Biology of *Sarcoptes scabiei* and its relevance to human scabies: clinical symptoms, treatment, and management. In: Fischer K, Chosidow O, editors. *Scabies*. Cham: Springer; 2023. doi: 10.1007/978-3-031-26070-4\_2.
44. Yulfi H, Zulkhair MF, Yosi A. Scabies infection among boarding school students in Medan, Indonesia: epidemiology, risk factors, and recommended prevention. *Trop Parasitol*. 2022;12(1):34-40. doi: 10.4103/tp.tp\_57\_21.

N.O. Vynograd, Z.P. Vasylyshyn, L.P. Kozak, U.A. Shul

State Non-Profit Enterprise «Danylo Halytsky Lviv National Medical University»

## Epidemiological features of scabies at the current stage of globalization

Scabies is an obligate anthroponotic ectoparasitic disease caused by the mite *Sarcoptes scabiei variety (var.) hominis*. The disease has a planetary distribution. The medical and social significance is determined by the levels of population infection, the variety of clinical forms, which complicates timely diagnosis, the likelihood of chronicity and complications, and the impact on people's quality of life.

**Objective** – to determine the epidemiological features of scabies in the world and Ukraine at the current stage of the globalization period, the features of the manifestations and trends of the disease during emergencies, including the Russian-Ukrainian war.

**Materials and methods.** A narrative review of the literature was carried out based on the results of an Internet search in the scientometric databases PubMed, Scopus, and the WHO Library for the period 2016–2025. To assess the burden of the disease, official data from the United Nations, the National Centers for Disease Control, and the Ministry of Health of Ukraine were used. Age-standardized rates and trends in scabies prevalence were used according to the Global Burden of Diseases Results Tool platform (Institute of Health Metrics and Evaluation, 2021–2024).

**Results and discussion.** Scabies (ICD-10: Class 1. B86) has a global distribution and is considered, according to the WHO recommendation, from three positions: neglected tropical disease, parasitic disease; sexually transmitted infection. The prevalence of scabies in 2021 was 206.6 million cases, the incidence was 622.5 million. At least 200 million people worldwide suffer from scabies at any given time.

In the last decade, there has been a trend towards a decrease in the intensity of scabies infection in the population of Africa and Asia, and an increase in incidence rates in Latin America, Central and Eastern Europe. Risk factors are a number of social, behavioral, economic and natural phenomena, including an increase in the number of emergencies. The formation of resistance of *Sarcoptes scabiei variety (var.) hominis* to antiparasitic agents, in particular to permethrin, is of concern.

In Ukraine, since 2022, epidemiological surveillance of the infestation has been complicated by the Russian-Ukrainian war. There has been an increase in the incidence and prevalence of scabies both among internally displaced persons and Ukrainian refugees abroad, which correlates with the intensity of migration processes and social and living conditions in temporary accommodation facilities for migrants.

**Conclusions.** The levels of population infection correlate with a number of socio-economic factors and have regional characteristics. Anti-epidemic support requires legal regulation of measures, staffing of response services and significant financial costs. Enhanced monitoring of vulnerable groups is necessary, especially in conditions of migration and wars.

**Keywords:** scabies, prevalence, emergencies, war.

Стаття надійшла до редакції / Received 27.01.2026.

Стаття рекомендована до опублікування / Accepted 19.02.2026.

Стаття опублікована / Published 31.03.2026.

Укр журн дерматол, венерол, косметол. 2026;1:85-93. doi: 10.30978/UJDVK2026-1-85.

Ukr J Dermatol, Venerol, Cosmetol. 2026;1:85-93. http://doi.org/10.30978/UJDVK2026-1-85.

### Дані про авторів / Author's informations

**Виноград Наталія Олексіївна**, д. мед. н., проф., зав. кафедри епідеміології

<https://orcid.org/0000-0001-6133-6841>

E-mail: vynogradno@ukr.net

**Василишин Зоряна Петрівна**, к. мед. н., доц. кафедри епідеміології

<https://orcid.org/0000-0002-8120-6662>

E-mail: zoryana624@gmail.com

**Козак Людмила Петрівна**, к. мед. н., доц. кафедри епідеміології

<https://orcid.org/0000-0001-6835-2684>

E-mail: kozaklyudmyla@ukr.net

**Шуль Уляна Андріївна**, к. мед. н., доц. кафедри епідеміології

<https://orcid.org/0000-0003-1650-8944>

E-mail: pylichka83@gmail.com