

Гид по гнойному гидрадениту, часть 1: распространенность, симптомы, патогенез, диагностические критерии и дифференциальная диагностика

Image



## **Гид по гнойному гидрадениту, часть 1: распространенность, симптомы, патогенез, диагностические критерии и дифференциальная диагностика**

Гнойный гидраденит – это хроническое прогрессирующее иммуновоспалительное заболевание кожи, для которого характерно формирование рецидивирующих болезненных абсцессов и узлов<sup>1,2</sup>. Распространенность гнойного гидраденита в Европе составляет примерно 1–4 %<sup>4</sup>.

Image

Гнойный гидраденит – это  
**хроническое прогрессирующее**  
иммуновоспалительное заболевание  
кожи<sup>1,2</sup>

Развитие ГГ связано  
с **метаболическим**  
**синдромом у 40 – 51 %**  
пациентов<sup>17,18</sup>

Абсцессы могут впоследствии «сливаться» между собой, образуя плотный инфильтрат с повышенной болевой чувствительностью<sup>3</sup>. По мере прогрессирования заболевания у пациентов могут развиваться необратимые повреждения кожи: свищевые ходы и рубцы<sup>3</sup>. У пациентов со свищевыми ходами часто отмечаются периодические серозно-гнойные выделения с кровью и неприятным зловонным запахом<sup>3</sup>.

Image

По мере прогрессирования заболевания у пациентов могут развиваться необратимые повреждения кожи: **свищевые ходы и рубцы**<sup>3</sup>

Развитие ГГ связано с **сахарным диабетом**  
**у 9 – 30 %**  
пациентов<sup>18,19</sup>

Пациента с данной патологией можно охарактеризовать следующим образом:

- женщина (женщины болеют в 3 раза чаще)<sup>6</sup>,
- 30–39 лет (наибольшая заболеваемость приходится на данный возраст)<sup>6</sup>,
- с отягощенным семейным анамнезом (1/3 пациентов имеют семейный анамнез по данному заболеванию)<sup>10</sup>.

Image

Женщины **в 3 раза чаще** болеют ГГ, чем мужчины<sup>6</sup>

Наибольшая заболеваемость ГГ приходится на возраст **30 – 39 лет**<sup>6</sup>

Диагноз ГГ ставится клинически путем обследования кожи на наличие воспалительных элементов и их локализации. Для эффективной диагностики ГГ международные рекомендации предлагают учитывать 3 критерия, так называемую диагностическую «тройку»:<sup>21</sup>

1. Типичные поражения.
2. Типичная локализация.
3. Хроническое течение.

К дополнительным критериям, которые могут подтвердить диагноз ГГ относятся:

- Семейный анамнез<sup>21</sup>.
- Наличие нормальной кожной микрофлоры или отрицательный результат мазка<sup>21</sup>.
- Эпителиальный копчиковый ход<sup>22</sup>.

Image

		
Типичные поражения	Типичная локализация	
Один или несколько болезненных, воспалительных, глубоко-расположенных узлов и/или абсцессов. <sup>23</sup>	Поражения выявляются в местах сгибов: подмышечных впадинах, инфрамаммарной и перианальной области, паху и промежности. Реже - на ушах, лице, волосистой части головы, спине, груди или ногах. <sup>24,25</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 и более рецидива в течение 6 месяцев<sup>27,28</sup> и/или</li> <li>• наличие поражений в течение не менее чем 3 мес<sup>26</sup></li> </ul>

При проведении дифференциальной диагностики в пользу гнойного гидраденита говорят следующие данные<sup>5</sup>:

- внешний вид поражений,
- постпубертатный возраст развития заболевания,
- характерные места локализации поражений,
- наличие нескольких видов бактерий в посеве
- отсутствие температуры.

Image

Существует выраженная корреляция между ГГ и ожирением<sup>20</sup>

**1/3** пациентов имеют семейный анамнез по ГГ<sup>10</sup>

Развитие ГГ начинается с закупорки волосяного фолликула и прогрессирует в рецидивирующее иммуновоспалительное заболевание кожи<sup>11</sup>, последовательно проходя такие этапы<sup>12</sup>, как:

1. перифолликулярное воспаление,
2. гиперкератинизацию фолликулярного эпителия с окклюзией и расширением фолликула,
3. разрыв фолликула с высвобождением содержимого в дерму с усилением воспаления,
4. образование свищевых ходов, заполненных гноем или жидкостью, которые соединяются с поверхностью кожи и с основанием других разорванных фолликулов.

Image

Отмечаются высокие показатели заболеваемости ГГ<sup>29</sup> у курильщиков: **70 - 90%**.

В среднем время от начала заболевания до установления диагноза занимает около **7 лет**<sup>30</sup>

Ввиду длительной диагностической задержки часто диагноз ГГ устанавливают на **III стадии** тяжести заболевания по Хёрли<sup>30</sup>

Типичную гистологическую картину ГГ<sup>13</sup> определяют следующие маркеры:

- гиперпаракератоз и папилломатоз,
- фолликулярный гиперкератоз и перифолликулит,
- фиброз
- абсцессоподобное скопление нейтрофилов и пятнистый инфильтрат лимфоцитов/плазмоцитов,
- эпителизированные свищевые ходы с окружающей воспалительной реакцией.

Image

Пациенты с ГГ в среднем посещают **более 3-х разных врачей** и подвергаются **более чем 3-м ошибочным диагнозам**, прежде чем наконец получают правильный диагноз, который обычно ставит дерматолог.<sup>31,32</sup>

Исследования последних лет показали, что в аутовоспалительном каскаде при ГГ ключевую роль играет провоспалительный цитокин ИЛ-17А, повышение экспрессии которого в коже коррелирует с более высокой степенью тяжести заболевания<sup>14,15</sup>.

Поэтому современные рекомендации по лечению пациентов с ГГ все чаще рассматривают терапию генно-инженерными препаратами как важную составляющую эффективной патогенетической терапии. Ярким, высокоэффективным и безопасным представителем данной группы препаратов является секукинумаб, обеспечивающий раннее облегчение боли и длительный контроль симптомов гнойного гидраденита<sup>16</sup>.

Image

**Секукинумаб**  
способствует раннему  
облегчению боли при ГГ<sup>16</sup>

**Секукинумаб**  
обеспечивает длительный  
контроль симптомов ГГ<sup>16</sup>

**Список литературы**

1. Ballard K et al. StatPearls. StatPearls Publishing; 2022.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534867/>. Обновлено 15 июля 2022 г. Дата последнего обращения: 19 января 2023 г.
2. Vinkel C et al. J Clin Aesthet Dermatol. 2018;11(10):17-23.
3. Lee EY et al. Can Fam Physician. 2017;63(2):114-120.
4. Prens EP et al. Am J Clin Dermatol. 2020;21(4):579-590.
5. Alikhan A, et al. J Am Acad Dermatol. 2009;60(4):539-563.
6. Elkin K. и соавт. Skin Res Technol. 2020;26(1):11-19;
7. Cosmatos I. и соавт. J Am Acad Dermatol. 2013;68(3):412-419;
8. Palmer R. A. и соавт. Clin Exp Dermatol. 2001;26(6):501-503;
9. Miller I. M. и соавт. Dermatol Clin. 2016; 34(1):7-16;
10. Ingram J. R., Dermatol Clin. 2016;34(1):23-28
11. Hoffman LK et al. Semin Cutan Med Surg. 2017;36(2):47-54.
12. Saunte DML et al. JAMA. 2017;318(20):2019-2032
13. Scala E, Cacciapuoti S, Garzorz-Stark N, Megna M, Marasca C, Seiringer P, Volz T,

Eyerich K, Fabbrocini G. Hidradenitis Suppurativa: Where We Are and Where We Are Going. *Cells*. 2021 Aug 15;10(8):2094. doi: 10.3390/cells10082094. PMID: 34440863; PMCID: PMC8392140.

14. Liu T et al. *Front Immunol*. 2020;11:594735.
15. Goldberg SR et al. *J Am Acad Dermatol*. 2020;82(5):1045-1058.
16. Kimball AB, et al. *Lancet*, 2023
17. Cartron A. и соавт. *Int J Womens Dermatol*. 2019;5:330—4;
18. Tzellos T. и соавт. *Dermatol Ther*. 2020;10:63—71
19. Garg A. и соавт. *J Am Acad Dermatol*. 2020;82:366—76
20. Nesbitt E. et al. *Int J Womens Dermatol*. 2019;6(2):80-84.
21. Zouboulis CC, et al. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015; 29: 619–644, DOI: 10.1111/jdv.12966
22. Проект российских клинических рекомендаций по ГГБ 2023
23. Frew JW, et al. *JAMA Dermatol*. 2021; 157:449–455, DOI: 10.1001/jamadermatol.2020.5467
24. Revuz J. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2009;23:985–998, DOI: 10.1111/j.1468-3083.2009.03356.x
25. Schrader AM, et al. *J Am Acad Dermatol*. 2014;71:460–467, DOI: 10.1016/j.jaad.2014.04.001
26. Saunte DML and Jemec GBE. *JAMA*. 2017;318:2019–2032, DOI: 10.1001/jama.2017.16691;
27. Collier F. Guidelines in practice, Medscape, August 2019, Hidradenitis Suppurativa: Early Recognition Improves Prognosis ([medscape.co.uk](https://www.medscape.co.uk));
28. Zouboulis CC, et al. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015;29:619–44, DOI: 10.1111/jdv.12966
29. Бурова С.А., Бородулина К.С. Гнойный гидраденит: вопросы патогенеза, оценочные шкалы, лечение (часть 2). *Клиническая дерматология и венерология*. 2019;18(3):265-269. <https://doi.org/10.17116/klinderma201918031265>
30. Margesson LJ, Danby FW. Hidradenitis suppurativa. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014; 28:1013-1027.
31. Kokolakis G, Wolk K, Schneider-Burrus S, et al. Delayed diagnosis of hidradenitis suppurativa and its effect on patients and healthcare system. *Dermatology*. 2020;236(5):421–430.
32. Kashetsky N, Mukovozov IM, Pereira J, Manion R, Carter S, Alhusayen R. Patient experiences with hidradenitis suppurativa: the Hidradenitis Patient Experience survey. *Clin Exp Dermatol*. 2022;47(1):72–79.

11561508/SEC/web/12.25

---

**Source URL:**

<https://www.pro.novartis.ru/ru-ru/therapeutical-areas/dermatology/gidradenty/reviews/guide-part-1>