

Загадочный гнойный гидраденит, часть 1: актуальные классификации, причины поздней диагностики, современные методы диагностики и диагностические критерии.

Image



Загадочный гнойный гидраденит, часть 1: актуальные классификации, причины поздней диагностики, современные методы диагностики и диагностические критерии.

Гнойный гидраденит (ГГ) – мультифакториальное заболевание, требующее комбинированного подхода.

Есть ли разница между острым гидраденитом и гнойным гидраденитом?

Острый гидраденит — это острый процесс, относящийся к заболеванию из группы пиодермий. Гнойный гидраденит — неинфекционное хроническое заболевание, патогенез которого связан с патологически усиленной иммунной реакцией в ответ на нарушение работы волосяного фолликула, бактерии при этом вовлечены в развитие заболевания опосредованно. Бактерии усиливают иммунную реакцию организма на патологическую работу волосяного фолликула, таким образом, нарушается работа волосяного фолликула в определенных зонах. ГГ может протекать с обострением в виде абсцедирования и/или образованием новых элементов (узлов, абсцессов, свищевых ходов) и появлением/усилением отделяемого в существующих очагах.

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^{27,28}. 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 секукиумаб, обеспечивающий раннее облегчение боли и длительный контроль симптомов гнойного гидраденита²⁹.

При отсутствии лечения ГГ может прогрессировать. От единичного уплотнения заболевание может прогрессировать до более тяжелой стадии с образованием свищевых ходов и рубцов^{1,2}.

В клинической практике с целью определения дальнейшей тактики ведения пациента чаще всего используется определение стадии ГГ по Хёрли³:

- **I стадия по Хёрли** (легкая стадия) характеризуется образованием единичных или множественных абсцессов без свищевых ходов и рубцов;
- **II стадия по Хёрли** (средне-тяжелая стадия) – единичных или множественных абсцессов и свищевых ходов, не взаимосвязанных между собой;
- **III стадия по Хёрли** (тяжелая стадия) – множественных взаимосвязанных свищевых ходов и абсцессов по всей зоне вовлечения, диффузным поражением кожи.

Однако, система стадирования по Хёрли не позволяет оценить степень тяжести ГГ в динамике. Поэтому наравне с классификацией Хёрли, которая дает возможность описать уровень и тяжесть вовлечения в патологический процесс тканей, используется Международная система оценки тяжести гнойного гидраденита (IHS4), показывающая активность и динамику патологического процесса.

IHS4 – это динамическая шкала, т.е. позволяет описывать изменения, которые происходят с пациентом с ГГ. Степень тяжести ГГ рассчитывается на основе количества поражений, умноженного на соответствующий коэффициент.

Image

Оценка по шкале IHS4	
количество узлов (N)	умножить на 1
количество абсцессов (A)	умножить на 2
количество свищевых ходов (T)	умножить на 4
Общий балл IHS4=сумма N+A+T	

Общий балл IHS4 используется для определения степени тяжести заболевания и метода лечения конкретного пациента.

Image

Степень тяжести ГГ

Легкая степень	Умеренная степень	Тяжелая степень
балл: ≤ 3	балл: $\leq 4-10$	балл: ≥ 11
-	Может быть показана биологическая терапия	

Диагностика ГГ затруднена, в отдельных случаях наблюдается задержка постановки диагноза до 6-10 лет⁴. Пациенты с ГГ в среднем посещают более 3-х разных врачей и лечатся по поводу более чем 3-х ошибочных диагнозов, прежде чем наконец получают правильный диагноз и адекватную терапию^{6,7}.

Чем позднее диагностирован ГГ, тем более вероятно:

- утяжеление течения ГГ;
- увеличение затрат для системы здравоохранения;
- что пациент будет вынужден длительно находиться на больничном и может потерять доходы;
- снижение качества жизни, ухудшение образа тела пациентов и появление суицидальных идей^{4,5}.

Было показано, что стационарное лечение является крупнейшим компонентом расходов на здравоохранение при ведении пациентов с ГГ. Так, почти 16% из них были госпитализированы в течение 3-летнего периода, а более 25% - в отделения неотложной помощи^{4,5}.

К факторам, связанным с задержкой диагностики относятся⁴:

- небелая раса («цветная кожа», skin of color),
- большая тяжесть заболевания (в связи с несвоевременным началом терапии),
- большое количество сопутствующих заболеваний,
- женский пол: у женщин на 2 года позднее диагностируется ГГ,
- чувство стыда или страха (вовлеченность интимных участков тела).

Проблемы с постановкой диагноза могут быть связаны с трудностями дифференциальной диагностики: ГГ обычно путают с такими состояниями, как фурункулез, фолликулит и другими заболеваниями из группы пиодермий. Из-за неверных гипотез о диагнозе откладывается траектория обследования и лечения, а также у пациента может возникать чувство стигматизации и снижение доверия к врачу.

Препятствовать ранней диагностике ГГ могут стыд и стигматизация у пациентов с ГГ⁴. Пациенты с ГГ сообщали о чувстве стыда, никчемности и нелюбви, особенно на поздних стадиях заболевания. Принятие пациентом негативного отношения к стереотипам общества о болезни описывается термином «интернализованная стигма», которая характерна для таких больных. Пациенты с ГГ, а также с ожирением, низким уровнем образования и дохода и/или вовлечением половых органов входят в группу риска по формированию интернализованной стигмы.

Стигматизация приводит к тому, что пациенты с ГГ скрывают симптомы заболевания и редко обращаются за медицинской помощью.

Осложняет своевременную диагностику и оптимальное лечение ГГ, кроме всего прочего, низкая осведомленность врачей⁴. Важно, чтобы смежные специалисты (не дерматологи) знали о ГГ по следующим причинам:

- дерматологов, специализирующихся на проблемах ГГ, мало, их не хватает;
- пациенты часто обращаются к врачам других специальностей;
- ГГ требует междисциплинарного подхода, учитывая его связь с сопутствующими заболеваниями⁸⁻¹⁸, такими как метаболический синдром, диабет II типа, синдром поликистозных яичников (СПКЯ), психические расстройства (депрессия, болевой синдром и др.), воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) и артропатии и др.

Многочисленные исследования доказали связь развития гнойного гидраденитас различными сопутствующими заболеваниями⁸⁻¹⁸, а именно, наблюдаются психические расстройства – у 5-36%; метаболический синдром – у 40-51%; сахарный диабет – у 9-30%; спондило-артропатия – у 2-28%; синдром поликистозных яичников – у 9-14 %; болезнь Крона – у 1-17%; язвенный колит – у 1-9%; плоскоклеточная карцинома – у 5% пациентов.

Часто гнойный гидраденит сочетается с «синдромом фолликулярной окклюзии» (эти заболевания имеют сходный патогенез развития с акцентом на дисрегуляцию сально-волосяного фолликула, нарушение его правильной работы). К «синдрому фолликулярной окклюзии» относятся: конглобатные акне, эпителиальный копчиковый ход и расщеливающий целлюлит. Описано сочетание ГГ с другими дерматологическими нозологиями: себоцистоматозом, гангренозной пиодермией, псориазом¹⁹.

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»³:

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

К дополнительным критериям, которые могут подтвердить диагноз ГГ относятся:

- Семейный анамнез³.
- Наличие нормальной кожной микрофлоры или отрицательный результат мазка³.
- Эпителиальный копчиковый ход²⁰.

Image



Типичные поражения

Один или несколько болезненных, воспалительных, глубоко-расположенных узлов и/или абсцессов.²¹

Типичная локализация

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.^{22,23}

- 2 и более рецидива в течение 6 месяцев^{3,24} и/или
- наличие поражений в течение не менее чем 3 мес¹²

Гистологическое подтверждение диагноза, как правило, не требуется. Однако биопсия обязательна при подозрении на озлокачествление в зоне хронического очага воспаления. Типичную гистологическую картину ГГ^{25,26} определяют следующие маркеры:

- гиперпаракератоз и папилломатоз,
- фолликулярный гиперкератоз и перифолликулит,
- фиброз,
- микроабсцесс с нейтрофилами (abscess-like) и очаговый инфильтрат (spotted infiltrate) лимфоцитов/плазмоцитов,
- эпителизированный свищевой ход с окружающей его воспалительной реакцией.

Из дополнительных методов диагностики могут быть рекомендованы²⁶

- ультразвуковая диагностика, которая позволяет определить
 - на ранних стадиях заболевания, – расширение глубоких отделов волосяных фолликулов, позже – дермальные и подкожные ходы;
 - при прогрессировании заболевания – расширение ходов и увеличение их количества.
 - лабораторные исследования: при длительном течении ГГ в крови отмечается повышенный уровень маркеров воспалительного процесса, анемия.
- лабораторные исследования: при длительном течении ГГ в крови отмечается повышенный уровень маркеров воспалительного процесса, анемия.

Список литературы

1. Napolitano M et al. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2017;10:105-115.
2. Ludmann P. Hidradenitis suppurativa: signs and symptoms. Американская академия дерматологии (AAD).
<https://www.aad.org/public/diseases/a-z/hidradenitis-suppurativa-symptoms>
3. Zouboulis CC et al. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2015;29(4):619-644. 4. Ingram JR et al. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2022;36(9):1597-1605.
4. Snyder CL, Chen SX, Porter ML. Obstacles to Early Diagnosis and Treatment of Hidradenitis Suppurativa: Current Perspectives on Improving Clinical Management. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2023 Jul 17;16:1833-1841. doi: 10.2147/CCID.S301794. PMID: 37483473; PMCID: PMC10361090.
5. Ujiie H, Rosmarin D, Schön MP, Ständer S, Boch K, Metz M, Maurer M, Thaci D, Schmidt E, Cole C, Amber KT, Didona D, Hertl M, Recke A, Graßhoff H, Hackel A, Schumann A, Riemekasten G, Bieber K, Sprow G, Dan J, Zillikens D, Sezin T, Christiano AM, Wolk K, Sabat R, Kridin K, Werth VP and Ludwig RJ (2022) Unmet Medical Needs in Chronic, Non-communicable Inflammatory Skin Diseases. Front. Med. 9:875492. doi:

10.3389/fmed.2022.875492

6. 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.
7. 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.
8. Cartron A. и соавт. *Int J Womens Dermatol*. 2019;5:330–4.
9. Tzellos T. и соавт. *Dermatol Ther*. 2020;10:63–71.
10. Garg A. и соавт. *J Am Acad Dermatol*. 2020;82:366–76;
11. Jancin B. Clinician Reviews. Опубликовано на сайте: <https://www.mdedge.com/clinicianreviews/article/79681/endocrinology/hidr...>
12. Machado M. O. и соавт. *JAMA Dermatol*. 2019;155:939–45.
13. Rondags A. и соавт. *J Am Acad Dermatol*. 2019;80:551–4.
14. Chapman S. и соавт. *Acta Dermatovenerol APA*. 2018;27:25–8.
15. Alikhan A. и соавт. *J Am Acad Dermatol*. 2019;81:79–90.
16. Garg A. и соавт. *J Invest Dermatol*. 2018;138:1288–92.
17. Principi M. и соавт. *World J Gastroenterol*. 2016;22:4802–11.
18. Egeberg A. и соавт. *J Invest Dermatol*. 2017;17:1060–4.
19. Масюкова С.А., Мордовцева В.В., Губанова Е.И., Ильина И.В., Санакоева Э.Г., Алиева З.А., Гребенюк Д.В. Hydradenitis suppurativa: клиника и диагностика (часть 2). *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2016; 19(3): 154-158. DOI 10.18821/1560-9588-2016-19-3-154-158
20. Проект российских клинических рекомендаций по ГГБ 2023
21. Frew JW, et al. *JAMA Dermatol*. 2021; 157:449–455, DOI: 0.1001/jamadermatol.2020.5467
22. Revuz J. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2009;23:985–998, DOI: 10.1111/j.1468-3083.2009.03356.x
23. Schrader AM, et al. *J Am Acad Dermatol*. 2014;71:460–467, DOI:0.1016/j.jaad.2014.04.001
24. Collier F. Guidelines in practice, Medscape, August 2019, Hidradenitis Suppurativa: Early Recognition Improves Prognosis ([medscape.co.uk](https://www.medscape.co.uk));
25. 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.
26. Масюкова С.А., Мордовцева В.В., Губанова Е.И., Ильина И.В., Санакоева Э.Г., Алиева З.А., Гребенюк Д.В. Hydradenitis suppurativa: клиника и диагностика (часть 2). *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2016; 19(3): 154-158. DOI 10.18821/1560-9588-2016-19-3-154-158
27. Liu T et al. *Front Immunol*. 2020;11:594735.
28. Goldberg SR et al. *J Am Acad Dermatol*. 2020;82(5):1045-1058.
29. Kimball AB, et al. *Lancet*, 2023

11231781/SEC/DIG/08.24/0

Source URL:

<https://www.pro.novartis.com/ru-ru/therapeutic-areas/dermatology/gidradenty/reviews/zagadochnyy-gnoynyy-gidradenit-chast-1-aktualnye-klassifikacii-prichiny-pozdney-diagnostiki->

sovremennye-metody-diagnostiki-i-diagnosticheskie-kriterii