



Гид по гнойному гидрадениту (часть 3):цели и методы лечения

Гнойный гидраденит (ГГ) — хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание, трудно поддающееся терапии лечению¹. На настоящий момент нет единого мнения об оптимальном методе лечения, что объясняется затяжным течением болезни, зачастую торпидным к традиционной терапии, разнообразием клинических форм и локализаций ГГ.

Многие исследователи отмечают наибольшую эффективность и длительность ремиссии после хирургического радикального иссечения пораженных очагов, другие указывают на положительный эффект от традиционной противовоспалительной терапии или лечения ингибиторами ИЛ-17А (Секукинумаб)^{2,3}.

Различные факторы риска могут способствовать развитию гнойного гидраденита: курение, ожирение и инсулинорезистентность, локализация патологических элементов в местах, подверженных чрезмерному трению, генетические факторы, проживание и/или работа пациента в условиях высокой температуры и влажности воздуха, обедненного кислородом^{4,5}. Поэтому основу эффективной терапии ГГ закладывает **коррекция образа жизни пациента:**

- отказ от курения,
- нормализация (снижение) индекса массы тела (ИМТ),
- ношение свободной хлопчатобумажной одежды и профилактика трения,
- избегание перегревания и чрезмерного потения,
- обязательное соблюдение правил личной гигиены (ежедневный гигиенический душ и смена нательного белья)⁶.

Применение комплексного подхода исходя из индивидуальных особенностей пациента определяет основные цели лечения пациента с ГГ^{7,8}:

1. Раннее лечение новых очагов поражения.
2. Лечение имеющихся поражений, направленное на минимизацию боли.
3. Снижение частоты развития новых очагов.
4. Предотвращение прогрессирования заболевания.

В зависимости от цели/целей могут быть использованы следующие варианты лечения ГГ^{9, 10, 11}:

- Местная терапия/ Внутриочаговое введение (клиндамицин, резорцин, промывание растворами антибиотиков, внутриочаговая терапия кортикостероидами);
- Системная терапия (системные антибиотики, гормональная терапия, иммунодепрессанты, системные ретиноиды);
- Генно-инженерные биологические препараты и их биоаналоги (адалимумаб, секукинумаб и др.).

В зависимости от цели/целей могут быть использованы следующие варианты лечения ГГ^{9, 10, 11}:

Степень тяжести заболевания		
Легкая	Средняя	Тяжелая
Клиндамицин для местного применения	Системная терапия 1. Клиндамицин + Рифампицин/ Тетрациклин 2. Ацитретин	
	Системная терапия Адалимумаб, Секукинумаб	

Стадии заболевания		
Хёрли I	Хёрли II	Хёрли III
Без хирургического вмешательства	Деруфинг, лазеры, местное иссечение	Широкое хирургическое иссечение
Системная терапия Снижение массы тела и отказ от курения Необходимость в обезболивающих Лечение суперинфекций и т.д.		

В отличие от большинства других средств, используемых для лечения ГГ, есть 2 биологических препарата, действительно одобренных по этому показанию: Адалимумаб (блокатор ФНО-α) и Секукинумаб (ингибитор ИЛ-17А — важного медиатора воспалительного процесса). Характерным отличием Секукинумаба является стабильный и благоприятный профиль безопасности по всем показаниям, в т.ч. и при ГГ^{3, 18}.

Секукинумаб - это

- Селективный полностью человеческий ингибитор ИЛ-17А.

- Представитель класса ингибиторов ИЛ-17, одобренный для применения в клинической практике^{16, 17}.

Секукинумаб – высокоселективное рекомбинантное моноклональное полностью человеческое антитело к ИЛ-17А. Разработан компанией Новартис с использованием технологии трансгенных мышей Medarex (производят моноклональные антитела с высокой специфичностью и очень низкой иммуногенностью)¹⁹.

Первоначально секукинумаб применялся для лечения псориаза, активного псориатического артрита и активного анкилозирующего спондилита. 31.10.2023 г. МЗ РФ зарегистрировал новое показание для препарата секукинумаб: «Лечение гнойного гидраденита (acne inversa) средней и тяжелой степени тяжести у взрослых пациентов»²⁰.

Рекомендуемая доза составляет 300 мг в виде п/к инъекции в качестве начальной дозы на 0, 1, 2 и 3 неделе с последующим ежемесячным введением в качестве поддерживающей дозы, начиная с 4 недели. В зависимости от клинического ответа поддерживающая доза может быть увеличена до 300 мг каждые 2 недели. Каждую дозу 300 мг вводят в виде одной п/к инъекции по 300 мг или двух отдельных п/к инъекций по 150 мг²⁰.

Секукинумаб включен в проект Российских клинических рекомендаций «Гнойный гидраденит» в 2023 году:

- «3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.
- 3.1. Консервативное лечение. Рекомендуются пациентам с гнойным гидраденитом II и III стадии по Хёрли при резистентности к антибактериальным препаратам системного действия ингибиторы фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа) или секукинумаб. Секукинумаб назначается взрослым пациентам 300 мг подкожно 1 раз в неделю в течение 5 недель, затем 1 раз в 4 недели»²¹.

Расширение показаний и включение в проект клинических рекомендаций во многом объясняется высокой эффективностью и безопасностью секукинумаба, что было подтверждено клиническими исследованиями SUNRISE и SUNSHINE (проводились в период с января 2019 по август 2022 года).

SUNRISE и SUNSHINE – 2 идентичных рандомизированных двойных слепых многоцентровых исследования по оценке краткосрочной (16 недель) и долгосрочной эффективности (до 1 года), безопасности и переносимости 2 схем дозирования Секукинумаба подкожно у взрослых пациентов с ГГ средней и тяжелой степени тяжести. В исследованиях приняли участие 1084 пациента из 219 медицинских центров.

Объединенный анализ клинических исследований SUNRISE и SUNSHINE показал, что секукинумаб на протяжении 52 недель лечения

- поддерживал устойчивый клинический ответ по шкале HiSCR 50;
- обеспечивал устойчивое снижение количества абсцессов и воспалительных узлов;

- продемонстрировал устойчивое снижение боли;
- показал устойчивое улучшение качества жизни, связанного со здоровьем;
- хорошо переносился, что согласуется с известным профилем безопасности при применении препарата по другим зарегистрированным показаниям; а также
- доля пациентов с обострениями оставалась низкой в течение периода до 52 недель после секукинумабом³.

Image



Ожидается, что секукинумаб станет новой безопасной и эффективной опцией генно-инженерной биологической терапии с инновационным механизмом действия при умеренном и тяжелом гнойном гидрадените.

Список литературы

1. Masyukova S.A., Mordovtseva V.V., Ilina I.V., Sanakoeva E.G., Alieva Z.A., Grebenyuk D.V., Sokolova Yu.P. Hydradenitis suppurativa: etiology, pathogenesis and treatment (P 1). Russian Journal of Skin and Venereal Diseases (Rossiyskii Zhurnal Kozhnykh i Venericheskikh Bolezney). 2016; 19(1): 23-26. (in Russian). DOI 10.18821/1560-9588-2016-19-1-23-26.
2. Бурова С.А., Бородулина К.С. Гнойный гидраденит: вопросы патогенеза, оценочные шкалы, лечение (часть 2). Клиническая дерматология и венерология. 2019;18(3):265-269.
3. Kimball AB, Jemec GBE, Alavi A, Reguiat Z, Gottlieb AB, Bechara FG, Paul C, Giamarellos Bourboulis EJ, Villani AP, Schwinn A, Ruëff F, Pillay Ramaya L, Reich A, Lobo I, Sinclair R, Passeron T, Martorell A, Mendes-Bastos P, Kokolakis G, Becherel PA, Wozniak MB, Martinez AL, Wei X, Uhlmann L, Passera A, Keefe D, Martin R, Field C, Chen L, Vandemeulebroecke M, Ravichandran S, Muscianisi E. Secukinumab in moderate-to-severe hidradenitis suppurativa (SUNSHINE and SUNRISE): week 16 and week 52 results of two identical, multicentre, randomised, placebo-controlled, double-

- blind phase 3 trials. Lancet. 2023 Mar 4;401(10378):747-761. doi: 10.1016/S0140-6736(23)00022-3. Epub 2023 Feb 3. Erratum in: Lancet. 2024 Feb 17;403(10427):618. doi: 10.1016/S0140-6736(24)00266-6. PMID: 36746171.
4. Wolk K, et al. Br J Dermatol. 2020; 183: 999-1010.
 5. Wolfe MS. Biochemistry. 2019; 58 (27): 2953-2966.
 6. Nesbitt E. et al. Int J Womens Dermatol. 2019;6(2):80-84.
 7. Lee EY et al. Can Fam Physician. 2017;63(2):114-120.
 8. Ballard K, Shuman VL. Hidradenitis Suppurativa. [Updated 2024 May 6]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534867/>
 9. Orenstein L. A. V. и соавт. Dermatology. 2020;236:393-412;
 10. Alikhan A. и соавт. J Am Acad Dermatol. 2019;81(1):76-90;
 11. Rosales S. M. и соавт. Expert Opin Biol Ther. 2020;20(6):621-633.
 12. Zouboulis CC, et al. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2015;29:619-44;
 13. Nikolakis G, et al. Br J Dermatol. 2021;185:1270-2;
 14. van Straalen KR, et al. J Am Acad Dermatol. 2021;85:369-78;
 15. Zouboulis CC. Toward new treatment guidelines for hidradenitis suppurativa. SHSA, 2019.
 16. Mease, P., McInnes, I.B. Secukinumab: A New Treatment Option for Psoriatic Arthritis. Rheumatol Ther 3, 5-29 (2016). <https://doi.org/10.1007/s40744-016-0031-5>.
 17. Ivanov S, Linden A. Interleukin-17 as a drug target in human disease. Trends Pharmacol Sci. 2009;30:95-103.
 18. Deodhar A, Mease PJ, McInnes IB, Baraliakos X, Reich K, Blauvelt A, Leonardi C, Porter B, Das Gupta A, Widmer A, Pricop L, Fox T. Long-term safety of secukinumab in patients with moderate-to-severe plaque psoriasis, psoriatic arthritis, and ankylosing spondylitis: integrated pooled clinical trial and post-marketing surveillance data. Arthritis Res Ther. 2019 May 2;21(1):111. doi: 10.1186/s13075-019-1882-2. PMID: 31046809; PMCID: PMC6498580.
 19. Langley RG, Elewski BE, Lebwohl M, et al. Secukinumab in plaque psoriasis—results of two phase 3 trials. N Engl J Med. 2014;371(4):326-38.
 20. Инструкция по лекарственному применению препарата Козэнтикс. ЛП-003780 от 31.10.2023
https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=89c6d837-1143-...
 21. Власова А.В., Мартынов А.А., Мишина О.С. Гнойный гидраденит глазами пациента // Вестник дерматологии и венерологии. - 2024. - Т. 100. - №3. С.48-56. doi: 10.25208/vdv16762

11223448/SEC/pdf/06.24/0

Source URL:

<https://www.pro.novartis.com/ru-ru/therapeutical-areas/dermatology/gidradenty/reviews/gui-de-part-3>