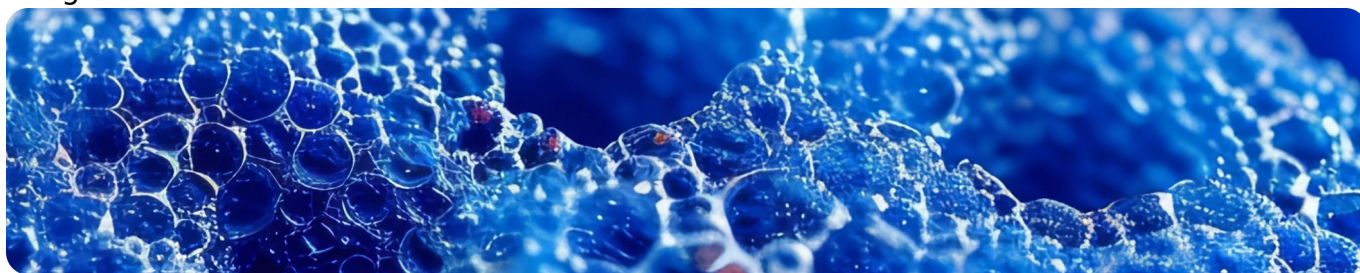


Гид по гнойному гидрадениту (часть 2):индексы и системы оценки заболевания, алгоритм маршрутизации пациентов с ГГ
Image



Гид по гнойному гидрадениту (часть 2):индексы и системы оценки заболевания, алгоритм маршрутизации пациентов с ГГ

Гнойный гидраденит (ГГ) — хроническое мультифакторное рецидивирующее заболевание кожи, которое характеризуется развитием аутоиммунного воспаления инфундибулярной части волосяного фолликула и апокриновых потовых желез, расположенных в подмышечных впадинах, паховой, аногенитальной областях, в субмаммарных складках, области около ареол молочных желез и околопупочной зоне^{1, 12}. Затяжное течение болезни, зачастую торпидное к традиционной противовоспалительной терапии, разнообразие клинических форм и локализаций ГГ объясняют возможность применения нескольких классификаций и оценочных шкал.

Как известно, выбор метода лечения основывается на степени тяжести и распространенности клинических проявлений. На сегодняшний день известны следующие **системы и индексы оценки тяжести течения ГГ**:

- система стадирования Хёрли (Hurley)².
- клинический ответ при гнойном гидрадените (HiSCR) [3].
- модифицированная оценка по Сарториусу (MSS) / модифицированная оценка гнойного гидраденита (mHSS)^{4, 5}.
- международная система оценки степени тяжести гнойного гидраденита (IHS4)⁶.
- общая врачебная оценка тяжести гнойного гидраденита (HS-PGA)^{5, 8}.
- пересмотренный индекс площади и степени тяжести ГГ (HASI-R)⁸.
- индекс степени тяжести гнойного гидраденита (HSSI)⁹.

В клинической практике из множества инструментов оценки степени тяжести ГГ чаще всего используется классификация стадирования Хёрли, к преимуществам которой относятся простота и быстрота использования^{2, 10}.

В соответствии с классификацией по Хёрли выделяют 3 степени тяжести ГГ¹¹:

I степень тяжести характеризуется образованием одного или нескольких безболезненных или малобезболезненных изолированных узлов и/или абсцессов, не склонных к острому прогрессированию и нагноению; фистулообразование и рубцевание отсутствуют;

II степень тяжести — усиление воспалительного процесса, ограниченного одной локализацией, рецидивирующие узлы и абсцессы отграничены друг от друга, не сливаются, вскрываются, образуют свищевые ходы с гнойно-сукровичным отделяемым, некоторые элементы рубцуются;

III степень тяжести — формируется диффузный конгломерат воспалительных инфильтратов, состоящий из сливающихся узлов и абсцессов, усиливается флюктуация, образуется множество сообщающихся между собой свищевых ходов, продолжается рубцевание; ограничения подвижности в суставах из-за боли иногда приводят к контрактурам.

Несмотря на преимущества, у классификации Хёрли есть значимые ограничения:

- статичность и, следовательно, непригодность для отслеживания эффективности лечения в динамике и в клинических исследованиях¹⁰,
- за рамками классификации остается такой важный критерий, как «качество жизни»^{2, 7, 10}.

Ограничения классификации Хёрли по статичности были успешно преодолены в **Международной системе оценки тяжести гнойного гидраденита (International hidradenitis suppurativa severity score system) IHS4**, которая позволяет динамически оценить степень тяжести ГГ и может использоваться как в условиях реальной клинической практики, так и в клинических исследованиях⁶.

Степень тяжести ГГ рассчитывается на основе количества поражений, умноженного на соответствующий им балл. Общий балл IHS4 используется для определения степени тяжести заболевания. Соответствие баллов степеням тяжести гнойного гидраденита:

- легкая — ≤ 3 ;
- средняя — **4-10**;
- тяжелая — ≥ 11 .

Таблица 1. Международная система оценки тяжести гнойного гидраденита (IHS4)

Оценка по шкале IHS4	
количество узлов (N)	умножить на 1
количество абсцессов (A)	умножить на 2
количество свищевых ходов (T)	умножить на 3
Общий балл IHS4=сумма N+A+T	

Нельзя не сказать, что система IHS4 имеет свои ограничения: она предназначена для использования врачами и поэтому в будущих исследованиях должна быть дополнена

наборами основных показателей исходов для пациентов.

Для оценки качества жизни были предложены такие индексы/системы, как:

- статичность и, следовательно, непригодность для отслеживания эффективности лечения в динамике и в клинических исследованиях¹⁰,
- за рамками классификации остается такой важный критерий, как «качество жизни»^{2, 7, 10}.

DLQI (индекс качества жизни при заболеваниях кожи) наиболее востребован в медицинской практике¹³ как простой практический опросник, который

- подходит для рутинного клинического применения,
- содержит вопросы, касающиеся симптомов/ощущений, повседневной деятельности, досуга, работы/учебы, личных взаимоотношений и лечения, для оценки влияния заболевания на качество жизни пациента;
- может быть использован для оценки влияния на качество жизни ряда кожных заболеваний, включая ГГ.

В зависимости от стадии и распространенности клинических проявлений с успехом используются различные виды лечения ГГ: хирургические, фармакологические, в т.ч. основанные на открытиях в области генной инженерии. (Так, например, секукинумаб, характеризующийся стабильным и благоприятным профилем безопасности, обеспечивает раннее облегчение и длительный контроль симптомов ГГ^{23, 24, 25}.)

В связи с этим, зачастую, требуется координация между командами специалистов разного профиля (дерматовенерологи, общие или пластические хирурги, акушеры-гинекологи и др.), что объясняет необходимость **мультидисциплинарного подхода** при ведении таких пациентов¹⁹⁻²².

С целью своевременного оказания медицинской помощи рекомендуется придерживаться следующего **алгоритма маршрутизации**^{26,27} пациентов с подозрением на ГГ:

Развитие ГГ начинается с закупорки волосяного фолликула и прогрессирует в рецидивирующее иммуновоспалительное заболевание кожи¹¹, последовательно проходя такие этапы¹², как:

1. Основанием для **направления пациента к дерматовенерологу** является наличие у больного всех 3-х нижеперечисленных характеристик патологического процесса:
 - Поражение кожи в виде узлов, абсцессов или свищевых ходов;
 - Локализация высыпаний в подмышечных впадинах, паховой, ягодичной, инфрамаммарных и перианальных областях;
 - Количество рецидивов за последние 6 месяцев² и более.
2. К направлению необходимо приложить:
 - Общий (клинический) анализ крови, включая определение лейкоцитарной формулы и количества тромбоцитов;
 - Анализ крови биохимический общетерапевтический, включая исследование уровня креатинина, мочевины, билирубина, определение активности аспартатаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, гамма-глутамилтрансферазы и щелочной фосфатазы;

- Общий (клинический) анализ мочи;
3. Пациенты с ГГ направляются амбулаторным врачом-хирургом **на консультацию к врачу-хирургу стационара** хирургического профиля при наличии следующих показаний:
- Недостаточная эффективность лечения, проводимого в амбулаторных условиях, пациентов с ГГ средней и тяжелой степени тяжести;
 - Наличие флюктуирующих абсцессов, требующих вскрытия;
 - Наличие свищевых ходов, требующих иссечения.

Список литературы

1. Бурова С.А., Бородулина К.С. Гнойный гидраденит: вопросы патогенеза, оценочные шкалы, лечение (часть 2). Клиническая дерматология и венерология. 2019;18(3):265-269.
2. Hurley HJ. Dermatologic Surgery.1989:729–739.

3. Kimball AB, et al. *Br J Dermatol*. 2014;171(6):1434-1442.
4. Sartorius K, et al. *Br J Dermatol*. 2009;161(4):831-839.
5. Napolitano M, et al. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2017;10:105-115.
6. Zouboulis CC, Tzellos T, Kyrgidis A, Jemec GBE, Bechara FG, Giamarellou-Bourboulis EJ, et al. Development and validation of the International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System (IHS4), a novel dynamic scoring system to assess HS severity. *Br J Dermatol*. 2017;177(5):1401-1409. doi: 10.1111/bjd.15748
7. Zouboulis CC, et al. *Dermatology*. 2015;231(2):184-190.
8. Goldfarb et al. *Br J Dermatol*. 2021;184(5):905-912.
9. Amano M, et al. *Int J Dermatol*. 2010;49:950-955.
10. Napolitano M, et al. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2017;10:105-115.
11. Hurley HJ. Axillary hyperhidrosis, apocrine bromhidrosis, hidradenitis suppurativa, and familial benign pemphigus: surgical approach. In: Roenigk RK, Roenigk HH, editors. *Dermatologic Surgery*. New York: Marcel Dekker, 1996; 623-645.
12. Олисова О.Ю., Соколовский Е.В., Хайрутдинов В.Р., Кохан М.М., Рахматулина М.Р., Бурова С.А., Котрехова Л.П., Пирогова А.С., Аравийская Е.А., Самцов А.В. Гнойный гидраденит: определение, эпидемиология, этиология, диагностика (часть 1). *Вестник дерматологии и венерологии*. 2024;100(2):18-30. doi: <https://doi.org/10.25208/vdv14876>
13. Finlay AY and Khan GK. *Clin Exp Dermatol*. 1994;19:210-216.
14. Lewis V, Finlay AY. *J Invest Dermatol Symp Proc*. 2004;9 (2):169-180.
15. Mac Mahon J, et al. *Patient Relat Outcome Meas*. 2020;11:21-26.
16. Kirby JS, et al. *Br J Dermatol*. 2020;183(2):340-348.
17. Ferreira-Valente MA, et al. *Pain*. 2011;152(10):2399-2404.
18. Phan NQ, et al. *Acta Derm Venereol*. 2012;92(5):502-507
19. Shanmugam VK et al. *Int J Dermatol*. 2018;57(1):62-69;
20. Saylor DK et al. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2020;10(4):529-549;
21. Shukla R et al. *J Clin Med*. 2022;11:2311.
22. Alikhan A et al. *J Am Acad Dermatol* 2019;81:76-90; 5. Taylor EM, et al. *Plast Reconstr Surg*. 2021;147(3):479-491.
23. Maronese CA, Moltrasio C, Genovese G, Marzano AV. Biologics for Hidradenitis suppurativa: evolution of the treatment paradigm. *Expert Rev Clin Immunol*. 2024 May;20(5):525-545. doi: 10.1080/1744666X.2023.2298356. Epub 2024 Jan 2. PMID: 38130204.
24. Snyder CL, Gibson RS, Porter ML, Kimball AB. Secukinumab in the treatment of hidradenitis suppurativa. *Immunotherapy*. 2023 Dec;15(17):1449-1457. doi: 10.2217/imt-2023-0103. Epub 2023 Oct 16. PMID: 37840286.
25. Kimball AB, Jemec GBE, Alavi A, Reguiat Z, Gottlieb AB, Bechara FG, Paul C, Giamarellou 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.
26. Lee EY, Alhusayen R, Lansang P, Shear N, Yeung J. What is hidradenitis suppurativa? *Can Fam Physician*. 2017 Feb;63(2):114-120. PMID: 28209676; PMCID: PMC5395382.
27. 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/>

28. Проект клинических рекомендаций по гнойном гидрадениту. 2023.

<https://cnikvi.ru/klinicheskie-rekomendacii-rossijskogo-obshchestva/klin...>

11561508/SEC/web/12.25

Теги

- Дерматология
-

Source URL:

<https://pro.novartis.ru/therapeutical-areas/dermatology/gidradenty/reviews/guide-part-2>