Гидраденит гнойный

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: L73.2 · Общероссийская общественная организация "Российское общество дерматовенерологов и косметологов"

Гнойный гидраденит — хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание кожи после пубертата с болезненными узлами, абсцессами, свищами и рубцами в типичных складках. Главное в практике — клинически распознать заболевание, оценить тяжесть, учесть возможные суставные/кишечные проявления и выбрать наружную, системную или хирургическую тактику по активности и стадии.

Главное

- Типичные зоны поражения — паховая область, подмышки, перианальная/перинеальная и ягодичная области, субмаммарные складки; часто поражено больше одной области.
- Диагноз ставят клинически: характерные элементы, типичная локализация в складках и хроническое течение — персистирование ≥6 месяцев или рецидивы: более 2 очагов за последние 6 месяцев.
- Бактерии не считаются первичной причиной заболевания: бактериальная колонизация вторична, но поддерживает воспаление; курение и ожирение — предрасполагающие факторы.
- Тяжесть удобно оценивать по Hurley: I — абсцессы без свищей и рубцов; II — рецидивирующие абсцессы со свищами/рубцами, очаги разобщены; III — диффузное поражение или множественные сообщающиеся свищи и абсцессы в анатомической области.
- Лабораторные тесты не нужны для постановки диагноза, но применяются для оценки активности/осложнений и безопасности системной терапии; посев показан при язвах/свищах с гнойным отделяемым и признаках инфекционной активации. УУР С, УДД 5.
- Системную терапию назначают при распространенных высыпаниях легкой степени и при средней/тяжелой степени: ориентир — до 4 воспалительных элементов для легкой HS-PGA и ≥5 воспалительных узелков, узлов или абсцессов для средней/тяжелой.
- Хирургия нужна при выраженной боли, флюктуирующих абсцессах или свищах, но при высокой воспалительной активности сначала проводят системную лекарственную подготовку.

Диагностика

1. Соберите анамнез рецидивов и длительности: для диагноза важно хроническое течение — высыпания ≥6 месяцев или более 2 новых/рецидивных очагов за последние 6 месяцев.
2. При осмотре ищите двойные открытые псевдокомедоны, узлы, абсцессы, свищевые ходы и рубцы в подмышечных, паховых, промежностных, субмаммарных и других типичных складках.
3. Оцените факторы, важные для рекомендаций по образу жизни: потребление табака и индекс массы тела.
4. Спросите о болях/скованности в суставах, ограничении движений, болях в животе и нарушениях стула; при таких жалобах направьте к терапевту, ревматологу и/или гастроэнтерологу.
5. Назначайте общий анализ крови, биохимию и С-реактивный белок не для подтверждения диагноза, а для оценки обострения, осложнений и/или контроля системной терапии; общий анализ мочи — пациентам, получающим циклоспорин, адалимумаб или инфликсимаб, для контроля безопасности. УУР С, УДД 5.
6. Используйте УЗИ кожи/мягких тканей 7–18 МГц при необходимости увидеть ранние элементы, отличить абсцессы от подкожных свищей, выполнить предоперационное картирование или контроль вмешательств. УУР С, УДД 4.
7. МРТ или фистулография нужны при глубоких свищах для определения их локализации и протяженности. УУР С, УДД 4.

Лечение

- Наружно применяют антисептики/дезинфицирующие средства и дерматологические препараты: например, хлоргексидин 0,02–0,5% по 5–10 мл с экспозицией 1–3 минуты 2–3 раза/сут. УУР В, УДД 3.

- При поверхностных папулах и пустулах у взрослых — клиндамицин 1% раствор на очищенную сухую кожу 2 раза/сут утром и вечером не менее 3 месяцев; при узлах и глубоких абсцессах он малоэффективен. УУР B, УДД 2.
- При болезненных островоспалительных очагах возможно внутриочаговое введение триамцинолона 10 мг/мл; объем зависит от размера элемента. Боль обычно уменьшается в течение суток, тяжесть очага — в течение 7 дней. УУР C, УДД 4.
- Системная антибактериальная терапия: доксициклин 100 мг/сут внутрь взрослым и детям старше 8 лет 3 месяца. УУР C, УДД 5.
- При резистентности к тетрациклинам используют клиндамицин 300 мг 2 раза/сут внутрь + рифампицин 300 мг 2 раза/сут или 600 мг 1 раз/сут внутрь 10–12 недель; показано при Hurley I–II. УУР C, УДД 5.
- После неэффективности системных антибиотиков возможен дапсон 25–200 мг/сут взрослым курсом ≥3 месяцев; до лечения исключают дефицит Г6ФД, затем контролируют кровь, биохимию и мочу. УУР C, УДД 4.
- Резерв при резистентности к пероральным антибиотикам и подготовке к операции при Hurley II–III — эртапенем 1,0 г внутривенно 1 раз/сут 6 недель. УУР C, УДД 4.
- При боли используют нестероидные противовоспалительные препараты для местного применения, местные анестетики для наружного применения или системные НПВП: например, ибупрофен 400 мг внутрь 3 раза/сут, максимум для взрослых 1200 мг/сут; кеторолак внутрь — не дольше 5 дней. УУР C, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- К хирургу направляют при выраженной боли в очагах, флюктуирующих абсцессах или наличии свищей для определения объема операции. УУР C, УДД 5.
- Перед терапией ингибиторами ФНО-альфа и на ее фоне нужен фтизиатрический контроль; обследование проводят до начала лечения и 1 раз в 6 месяцев. УУР C, УДД 5.
- Плановая госпитализация в дневной стационар дерматовенерологического профиля показана при недостаточной эффективности амбулаторного лечения.
- Стационар дерматовенерологического профиля показан при недостаточной эффективности амбулаторного лечения у пациентов со средней и тяжелой степенью заболевания.
- Стационар хирургического профиля показан при флюктуирующих абсцессах, требующих вскрытия, и свищевых ходах, требующих иссечения.

Частые вопросы

Какие критерии достаточны для диагноза гнойного гидраденита?

Диагноз клинический: типичные элементы — псевдокомедоны, узлы, абсцессы, свищи, рубцы; типичная локализация в складках; хроническое течение ≥6 месяцев или более 2 очагов/рецидивов за последние 6 месяцев.

Нужно ли делать посев всем пациентам с гидраденитом?

Нет. Посев отделяемого язв и свищей с определением чувствительности нужен при гнойном отделяемом и признаках активации инфекции или вторичного инфицирования, например лихорадке; материал берут не только с поверхности, но и из глубоких тканей. УУР C, УДД 5.

Чем лечить поверхностные папулы и пустулы?

У взрослых можно использовать клиндамицин 1% раствор наружно 2 раза в сутки не менее 3 месяцев. Он уменьшает поверхностные элементы, но мало влияет на узлы и глубокие абсцессы. УУР B, УДД 2.

Какие схемы системных антибиотиков указаны?

В тексте указаны доксициклин 100 мг/сут 3 месяца и комбинация клиндамицин 300 мг 2 раза/сут + рифампицин 300 мг 2 раза/сут или 600 мг 1 раз/сут 10–12 недель.

Что посоветовать пациенту для профилактики обострений?

Первичная профилактика не разработана. Для снижения риска обострений указаны похудение, отказ от курения, диета с ограничением молочных продуктов и исключением пивных дрожжей, уменьшение раздражения кожи, избегание бритья и лазерная эпиляция.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/963-gidradenit-gnojnyj. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/963_1