

Obr. 1. Typická distribúcia prejavov HS (zdroj: archív Kl. dermatovenerológie UNLP Košice)



Obr. 3. Drenujúca fistula (zdroj: archív Kl. dermatovenerológie UNLP Košice)



Obr. 5. 28ročná pacientka s prejavmi HS (zdroj: archív Kl. dermatovenerológie UNLP Košice)



Obr. 2. Zapálené a nezapálené nodozity, abscesy pri HS (zdroj: archív Kl. dermatovenerológie UNLP Košice)



Obr. 4. Pacientka s prejavmi HS (zdroj: archív Kl. dermatovenerológie UNLP Košice)



Obr. 6. 28ročná pacientka s prejavmi HS (zdroj: archív Kl. dermatovenerológie UNLP Košice)



Tab. 1. Hurley klasifikácia stupňa závažnosti HS (spracované podľa 10)

Hurley I – ľahká forma	V jednej, alebo viacerých predilekčných lokalitách sa tvoria intermitentne alebo kontinuálne noduly či abscesy
Hurley II – stredne ťažká forma	Prítomné sú: ■ noduly, abscesy, aj fistulácie purulentnou či serosangvinolentnou supuráciou ■ sínusové trakty ■ začína tvorba fibózných povrazcov
Hurley III – ťažká forma	Celá lokalita je postihnutá, prítomné sú: ■ abscesy, nodozity, supurujúce fistulácie, sínusové trakty, povrazcové jazvy

Významným faktorom v spustení zápalového procesu je genetická záťaž. Pozitívnu rodinnú anamnézu má 30–40 % pacientov. Určité familiárne formy ochorenia predstavujú závažnejší fenotyp. V posledných rokoch sa mnoho diskutuje o deficite signálnych ciest Notch a Gama – sekretázy (3).

Viacere štúdie dokazujú zvýšenú hladinu cytokínov IL-1-beta, IL-10, TNF- α , IL-12, IL-23, IL-17 v léziách HS v porovnaní so zdravou kožou (4, 5).

Z exogénnych vplyvov sa udáva obezita a fajčenie. Abúzus fajčenia potvrdilo 70–75 % pacientov s HS okrem iného je nikotín asociovaný s pomnožením baktérie *Staphylococcus aureus*, často prítomného nálezu v léziách HS. Zároveň zvyšuje produkciu proinflatórných cytokínov, ako IL-8 a TNF- α . Prevalencia obezity je takmer 75 % (6, 7).

U pacientov je nevyhnutný aj skrining komorbidít asociovaných s HS, ako je metabolický syndróm, pyoderma gangrenosum a autoinflatórne syndrómy, chronické zápalové ochorenia čreva, spinocelulárny karcinóm kože v ložiskách HS a depresia (8).

Ženy bývajú postihnuté ochorením HS 2x častejšie ako muži (Obr. 4–6), incidencia ochorenia sa udáva 12 žien na 100 000 obyvateľov, najčastejšie medzi 30–39 rokom života.

U žien s HS je trojnásobne vyššie riziko výskytu polycystických ovarii (PCOS), s prevalenciou 9 % v sledovanej skupine. Jedným z prvých klinických prejavov PCOS môže byť nepravidelnosť menštruačného cyklu a znak hyperandrogénneho syndrómu. Zhoršenie ochorenia môže nastať predmenštruačne, ako aj počas užívania hormonálnej antikoncepcie s obsahom progesterónu (9).

Na objektivizáciu závažnosti ochorenia a jej dynamiky využívame skórovacie systémy, ktoré majú zásadný vplyv aj pri zvažovaní terapeutických postupov. Stupeň závažnosti je klasifikovaný podľa Hurley klasifikácie (Tab. 1). Na hodnotenie aktivity ochorenia sa používa HS-PGA škála závažnosti (HS Physician's Global Assessment) (Tab. 2). Kvalitu života pacienta s HS hodnotíme na základe dotazníkov kvality života DLQI (Dermatological Life Quality Index).

Na posúdenie úspešnosti liečby a sledovanie aktivity ochorenia bol vytvorený index – HISCR (HS Clinical Response). Podľa HISCR je