**Министерство  
Здравоохранения  
Российской Федерации**

Клинические рекомендации**Эпителиальный копчиковый ход**

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем:**L05, L72.0**

Год утверждения (частота пересмотра):**2025**Пересмотр не позднее:**2027**

ID:**972\_1**

Возрастная категория:**Взрослые, Дети**

Специальность:

Разработчик клинической рекомендации**Общероссийская общественная организация "Ассоциация колопроктологов России", Общероссийская общественная организация "Российская ассоциация детских хирургов"**

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава России

**Оглавление**

* Список сокращений
* Термины и определения
* 1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)
* 1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
* 1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
* 1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
* 1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем
* 1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
* 1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
* 2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики
* 2.1 Жалобы и анамнез
* 2.2 Физикальное обследование
* 2.3 Лабораторные диагностические исследования
* 2.4 Инструментальные диагностические исследования
* 2.5 Иные диагностические исследования
* 3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения
* 4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов
* 5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики
* 6. Организация оказания медицинской помощи
* 7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)
* Критерии оценки качества медицинской помощи
* Список литературы
* Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций
* Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций
* Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата
* Приложение Б. Алгоритмы действий врача
* Приложение В. Информация для пациента
* Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

**Список сокращений**

ЭКХ – эпителиальный копчиковый ход

МРТ – магнитно-резонансная томография

УЗИ – ультразвуковое исследование

ОМТ – органы малого таза

МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра

РКИ – рандомизированное контролируемое испытание

УДД – уровень достоверности доказательств

УУР – уровень убедительности рекомендаций

**Термины и определения**

**Первичное свищевое отверстие**- эпителиальное погружение в виде узкого канала, расположенное по средней линии в межъягодичной складке.

**Вторичное свищевое отверстие**- отверстие, возникающее в результате воспалительных изменений в ЭКХ и окружающей клетчатке, зачастую открывающееся достаточно далеко от крестцово-копчиковой области (ягодичная область, промежность).

**1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)**

**1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

**Эпителиальный копчиковый ход (пилонидальная киста, пилонидальный синус) -**это узкий канал, выстланный эпителием, содержащий волосяные луковицы, сальные железы и открывающийся на коже крестцово-копчиковой области и межъягодичной складки первичными и вторичными свищевыми отверстиями [1, 2].

**Эпидермальная киста** **-** доброкачественное эпителиальное образование, которое представляет собой замкнутую полость, выстланная эпидермисом и заполненная роговыми массами, холестерином [3].

**1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Существует несколько теорий развития эпителиального копчикового хода.

В отечественной литературе принято считать, что эпителиальный копчиковый ход - это врожденное заболевание, обусловленное дефектом каудального участка эмбриона, в результате чего под кожей межъягодичной области формируется ход. Воспаление развивается чаще всего с наступлением половой зрелости. В этот период в просвете хода начинают расти волосы, скапливаться продукты жизнедеятельности потовых и сальных желез. Близость заднего прохода обуславливает обилие микрофлоры на коже крестцово-копчиковой области, что, в свою очередь, приводит к развитию воспаления [1].

Некоторые зарубежные специалисты считают, что пилонидальная болезнь - это приобретенное заболевание, причинами которой являются травмы крестцово-копчиковой области, неправильный рост волос, обильный волосяной покров и глубокая межъягодичная складка, что приводит к врастанию волос в кожу и формированию кисты***.***Закупорка волосяных фолликулов приводит к увеличению и разрыву сальных желез с образованием абсцесса, либо хронического воспаления ЭКХ [4-7].

Из-за постоянного воздействия патогенных микроорганизмов, вновь образующиеся абсцессы могут возникать, как правило, в течение многих лет. Таким образом, частота рецидивов стала важным параметром для оценки эффективности лечения [6-8].

**1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

По различным литературным данным, заболеваемость эпителиальным копчиковым ходом составляет 26-48 на 100 000 человек. Клинические проявления выявляются у наиболее социально активной категории пациентов, преимущественно в возрасте от 15 до 30 лет. Это заболевание чаще встречается у лиц с обильным волосяным покровом [4-11].

**1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем**

**Коды по МКБ-10**

**Класс - Болезни кожи и подкожной клетчатки (XII):**

**L05**Пилонидальная киста

**L05.0** Пилонидальная киста с абсцессом

**L05.9** Пилонидальная киста без абсцессов

**L72.0** Эпидермальная киста

**1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Пилонидальная болезнь или эпителиальный копчиковый ход - стандартный термин для всего спектра патологий, начиная от относительно бессимптомных, простых дефектов и заканчивая сложными хронически воспаленными полостями с множеством свищевых ходов. Различные стадии заболевания могут быть подвержены определенным стратегиям лечения.

Сложность выбора тактики лечения во многом объясняется отсутствием общепринятой классификации. При одном и том же процессе, называемом по-разному, выполняются различные оперативные вмешательства. Это затрудняет оценку результатов лечения и определение наиболее адекватного оперативного пособия на разных этапах одного и того же заболевания. Кроме того, это влечет за собой не всегда обоснованные действия хирурга при тех или иных проявлениях данной болезни [12].

За последние годы было предложено несколько систем классификаций. Наиболее полной в настоящее время является классификация, разработанная ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России [1]:

**1. Неосложненный ЭКХ (без клинических проявлений)**

**2. Острое воспаление ЭКХ:**

* инфильтративная стадия
* абсцедирование

**3. Хроническое воспаление ЭКХ:**

* инфильтративная стадия
* рецидивирующий абсцесс
* гнойный свищ

**4. Ремиссия воспаления ЭКХ**

**1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Патогномоничный признак ЭКХ - наличие одного или нескольких первичных отверстий в области межъягодичной складки по средней линии. Отверстия сложнее обнаружить при абсцессе крестцово-копчиковой области, однако они достаточно четко визуализируются спустя две-три недели после его вскрытия.

До возникновения воспалительного процесса клинических проявлений ЭКХ нет. При развитии острого воспаления классическая картина с типичными проявлениями: боль, отёк, гиперемия, в зависимости от распространённости и выраженности острого воспалительного процесса - лихорадка.

После вскрытия абсцесса заболевание может переходить в хроническую форму с формированием свищей, полостей и затеков крестцово-копчиковой и соседних областей: поясничной, ягодичной, ишиоанальной, ишиоректальной, мошонки и даже бедренной. При отсутствии лечения, с учетом труднодоступности данной области для пациента, хронический воспалительный процесс может существовать в течение длительного времени и приводить к обширным рубцово-воспалительным изменениям.

**2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики**

Диагноз ЭКХ устанавливается на основании данных физикального осмотра и инструментального исследования.

При этом необходимо проводить дифференциальную диагностику с рядом других заболеваний [1, 2, 4, 13, 14]:

* фурункулом и карбункулом, гнойным гидраденитом;
* острым и хроническим парапроктитом;
* пресакральной кистой и кистами мягких тканей;
* менингоцеле;
* липомой;
* атеромой;
* остеомиелитом крестца и копчика.

**Принципы формирования диагноза.**

При формулировке диагноза эпителиального копчикового хода следует отразить характер течения заболевания. Ниже приведены примеры формулировок диагноза:

1. «Острое воспаление эпителиального копчикового хода».
2. «Острое воспаление эпителиального копчикового хода с образованием затека (абсцесса) в ишиоректальной клетчатке слева».
3. «Хроническое воспаление эпителиального копчикового хода с образованием вторичных свищевых отверстий в правой ягодичной области».

**2.1 Жалобы и анамнез**

Основными клиническими проявлениями воспаления ЭКХ являются:

1. Боль в крестцово-копчиковой области.
2. Выделение гноя и сукровицы.
3. Повышение температуры тела и лихорадка.

Учитывая две основные формы болезни - острую и хроническую, клинические проявления каждой из них специфичны.

Таким образом, острому воспалению соответствуют все признаки местной воспалительной реакции - инфильтрат, гиперемия, боль, обильные гнойные выделения, повышение температуры тела.

Хроническое воспаление характеризуется явлениями дискомфорта, выделениями, (менее обильными, незначительными) слизи, гноя, мокнутием, зудом, наличием первичных и вторичных отверстий ЭКХ [1, 2, 4].

При обострении хронического воспалительного процесса пациенты жалуются на боль в крестцово-копчиковой области, выделение гнойного, сукровичного отделяемого из первичных и вторичных отверстий, повышение температуры тела, дискомфорт [1, 2, 4, 15].

При сборе анамнеза у пациентов с эпителиальным копчиковым ходом следует учитывать этиологические факторы заболевания (травмы крестцово-копчиковой области, избыточный вес, повышенную потливость, сидячий образ жизни), а также обращать внимание на длительность и характер жалоб с целью раннего выявления факторов риска, прогностических признаков и оптимизации тактики ведения пациента [1, 2, 16].

Симптомы зависят от формы эпителиального копчикового хода. Неосложненная (бессимптомная) форма характеризуется одним или несколькими первичными отверстиями и обнаруживается только в качестве случайной находки. Пилонидальный абсцесс проявляется отеком и болью в крестцово-копчиковой области. При хроническом воспалении наблюдается непрерывное или прерывистое серозное или гнойное отделяемое из первичных/вторичных отверстий.

**2.2 Физикальное обследование**

* Пациентам с подозрением на ЭКХ**рекомендуется** проведение приёма (осмотра, консультации) врача-колопроктолога первичного (или врача-хирурга первичного) с обязательным физикальным обследованием с целью определения распространённости гнойно-воспалительного процесса [1, 2, 43].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).**

**Комментарий:** *физикальное обследование включает:*

* *наружный осмотр крестцово-копчиковой области;*
* *наружный осмотр области промежности и заднего прохода;*
* *трансректальное пальцевое исследование прямой кишки.*

*Осмотр нужно выполнять в положении пациента лежа на животе или в коленно-локтевой позиции. При этом оценивают количество и расположение первичных/вторичных отверстий, состояние кожных покровов крестцово-копчиковой области, перианальной области и ягодиц (гиперемия и отек). Пальпация области межъягодичной складки позволяет выявить наличие рубцового и воспалительного процесса. Также обязательно проводить трансректальное пальцевое исследование прямой кишки для исключения связи воспалительного процесса с прямой кишкой или наличие инфильтрата (абсцесса) в ишиоанальном, ишиоректальном пространстве, а у женщин бимануальное влагалищное исследование. У детей до 18 лет ректальный осмотр проводится с соблюдением требований, предъявляемых к проведению гинекологического осмотра [41, 42].*

**2.3 Лабораторные диагностические исследования**

Специфической лабораторной диагностики ЭКХ не существует.

**2.4 Инструментальные диагностические исследования**

При локализации воспалительного процесса в крестцово-копчиковой области в большинстве случаев достаточно клинического исследования. Тем не менее, при распространённых и рецидивирующих формах заболевания целесообразно применять различные инструментальные методы исследования, в том числе - с целью дифференциальной диагностики.

* Пациентам с ЭКХ, **рекомендовано**выполнение ультразвукового исследования мягких тканей (одна анатомическая зона) крестцово-копчиковой области, а при подозрении на вовлечение клетчаточных пространств таза – ультразвуковое исследование прямой кишки трансректальное [17, 18, 43].

**Уровень убедительности рекомендаций (взрослые) – С (уровень достоверности доказательств – 4).**

**Уровень убедительности рекомендаций (дети) – С (уровень достоверности доказательств – 5).**

**Комментарий:***УЗИ позволяет определить протяженность синусового тракта, его локализацию, размеры, структуру патологического очага, дополнительные ходы и степень вовлечения окружающих тканей [17, 18, 19].*

* Взрослым и подросткам старше 16 лет с ЭКХ при подозрении на распространение воспалительного процесса в клетчаточных пространствах таза или с целью дифференциальной диагностики с заболеваниями малого таза (пресакральные кисты, тератомы), а также с костями таза и позвоночника (менингоцеле, остеомиелит) **рекомендуется**МРТ органов малого таза [45, 46].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4).**

**2.5 Иные диагностические исследования**

Отсутствуют.

**3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения**

**3.1 Консервативная терапия, диетотерапия, обезболивание**

Отсутствует.

**3.2 Хирургическое лечение острого воспаления эпителиального копчикового хода**

* Пациентам с острым воспалением ЭКХ и при наличии абсцесса крестцово-копчиковой области в качестве первичного лечения **рекомендовано**вскрытие и дренирование флегмоны (абсцесса) [19, 20].

**Уровень убедительности рекомендаций (взрослые) – С (уровень достоверности доказательств – 4).**

**Уровень убедительности рекомендаций (дети) – С (уровень достоверности доказательств – 5).**

**Комментарий**: *полость абсцесса пунктируют в точке наибольшей флюктуации и шприцем откачивают жидкое содержимое, отправляя его в микробиологическую лабораторию с целью микробиологического (культурального) исследования гнойного отделяемого на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы и экспресс-определения чувствительности к антибиотикам эндотоксинов в гнойном отделяемом [21]. Затем продольным разрезом вскрывают полость абсцесса. Хирургическая обработка раны для удаления некротизированной или инфицированной ткани снижает сроки заживления ран. В пределах неизмененных тканей осуществляется экономное иссечение эпителиального копчикового хода и его разветвлений, а также окружающей клетчатки, рана при этих операциях ведется открытым способом. Частота рецидивов при открытом ведении раны в отдаленном периоде составляет 28%-78,8% [21, 22, 23]. Окончательное лечение следует проводить после регресса местного воспаления (обычно не ранее 5-7 дней).*

*У детей при остром воспалении ЭКХ следует ограничиться вскрытием абсцесса и кюретажем раны без иссечения эпителиального копчикового хода и его разветвлений. После купирования воспалительного процесса радикальное лечение необходимо проводить не ранее чем через 1 мес. [41, 43].*

**3.3 Малоинвазивное лечение эпителиального копчикового хода**

* Взрослым пациентам с хроническим воспалением ЭКХ **не рекомендовано**введение фибринового клея (клей эмболизирующий) [26].

**Уровень убедительности рекомендаций (взрослые) – А (уровень достоверности доказательств – 1).**

**Комментарий:***в настоящее время эффект фибринового клея (клея эмболизирующего) в качестве монотерапии или в качестве дополнения к хирургическому вмешательству не определен из-за низкого уровня доказательств. Результаты проведенных исследований имели риск систематической ошибки и включали небольшое количество участников [26].*

* Пациентам с хроническим воспалением ЭКХ (прямой ход, без гнойных затеков и выраженной воспалительной инфильтрации тканей) **рекомендовано**выполнение эндоскопической абляции пилонидального синуса [27, 48].

**Уровень убедительности рекомендаций – B (уровень достоверности доказательств – 2) – для взрослых.**

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4) – для детей.**

**Комментарий:** *эффективность метода составляет 93 %, а частота рецидивов – 6,3%. Осложнения (гематома, длительно незаживающие раны и т.д.) возникают 1,1% наблюдений [27].*

* Пациентам с неосложненным хроническим воспалением ЭКХ (прямой ход, без гнойных затеков и выраженной воспалительной инфильтрации тканей), **рекомендовано**выполнение лазерной термооблитерации [28, 48].

**Уровень убедительности рекомендаций – C (уровень достоверности доказательств – 4).**

**Комментарий:***лазерную термооблитерацию можно выполнять повторно в случае неэффективности первой процедуры. Эффективность метода после одного сеанса составляет 80 - 90%. Частота рецидивов колеблется от 15,2% до 36,6% [23, 28].*

* Пациентам с хроническим воспалением ЭКХ в стадии гнойного свища, ремиссии воспаления ЭКХ (прямой ход, без гнойных затеков и выраженной воспалительной инфильтрации тканей) **рекомендовано**выполнение подкожного иссечения ЭКХ (синусэктомии) [29, 30].

**Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 1).**

**Комментарий:***абсолютными противопоказаниями для этой процедуры являются: наличие разветвлений хода, гнойных затеков и полостей, большая удаленность первичных и вторичных отверстий друг от друга*. *ЭКХ через первичное или через вторичное свищевое отверстие прокрашивают метиленовым синим. Копчиковый ход иссекают под кожей от первичного отверстия до вторичных. Далее через отверстия ЭКХ проводят пуговчатый зонд и при помощи электрокоагуляции иссекают ход на зонде. Образованные при этом раны не ушивают. Эффективность метода составляет 83,8 - 94,0%. Частота рецидивов колеблется от 5,8% до 16,2 % [23, 29-31].*

**3.4 Хирургическое лечение хронического эпителиального копчикового хода**

Основным методом лечения пилонидальной кисты является хирургический. Под хирургическим лечением понимают ликвидацию источника воспаления, а именно копчикового хода со всеми первичными отверстиями и воспалительно-измененными окружающими тканями и вторичными свищевыми отверстиями [1, 2, 10]. Вид оперативного вмешательства зависит от распространенности воспалительного процесса.

* У подростков с выраженным волосяным покровом перед хирургическим лечением **рекомендуется** проведение эпиляции зоны вмешательства, обеспечивающей отсутствие волосяного покрова на протяжении не менее 2-х недель после операции [43].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).**

* Пациентам с хроническим воспалением ЭКХ (извитой ход, с затеками, вторичными отверстиями) **рекомендовано**выполнение иссечения ЭКХ без ушивания раны [23, 29, 32].

**Уровень убедительности рекомендаций – B (уровень достоверности доказательств – 1).**

**Комментарий:***в пределах неизмененных тканей осуществляется экономное иссечение копчикового хода и его разветвлений, а также окружающей клетчатки, рана при этих операциях ведется открытым способом у пациентов взрослого возраста [23, 32].*

* Пациентам детского возраста с хроническим воспалением ЭКХ (извитой ход, с затеками, вторичными отверстиями)**рекомендовано** выполнение иссечения ЭКХ с ушиванием раны [41, 42].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).**

* Пациентам с хроническим воспалением ЭКХ (извитой ход, с затеками, вторичными отверстиями) **рекомендовано**выполнение иссечения ЭКХ с частичным ушиванием раны (подшивание краев раны ко дну) [23, 33].

**Уровень убедительности рекомендаций – B (уровень достоверности доказательств – 2).**

**Комментарий:***при помощи скальпеля или электроножа двумя окаймляющими разрезами ходы иссекают единым блоком с кожей межъягодичной складки со всеми открывающимися отверстиями, подкожной клетчаткой, содержащей ходы, до фасции крестца и копчика. Далее иссекают заднюю стенку хода и частично - верхние участки боковых стенок, после чего кожные края разреза подшивают к фасции крестца и копчика в «шахматном» порядке. Швы снимают на 10-12 сутки. Частота рецидивов составляет 14,3-16,3 % [23].*

* Пациентам с хроническим воспалением ЭКХ **не рекомендовано** выполнение иссечения ЭКХ с ушиванием раны наглухо. Ушивание по средней линии не является эффективным у взрослых пациентов из-за высокой частоты рецидива заболевания [9, 23].

**Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2).**

**Комментарий:***в пределах неизменённых тканей выполняется иссечение копчикового хода и его разветвлений. При ушивании раны по средней линии частота рецидивов заболевания остаётся высокой и по данным литературы составляет от 16,8% до 67,9%, что зависит от длительности периода наблюдения [9, 23].*

* Пациентам с рецидивным или распространенными формами ЭКХ с множественными затеками на правую и левую ягодичные области **рекомендовано**выполнение асимметричных пластических операций, направленных на ликвидацию обширного дефекта тканей [34, 49].

**Уровень убедительности рекомендаций (взрослые) – A (уровень достоверности доказательств – 1).**

**Уровень убедительности рекомендаций (дети) – С (уровень достоверности доказательств – 4).**

**Комментарий:***среди множества пластических методов закрытия дефекта тканей после иссечения ЭКХ наиболее распространены операция Каридакиса, Баскома, операция Лимберга и множество их модификаций (L-,Z-,Y-,W-, пластики).*

*Преимуществом данных методик является уменьшение раневого дефекта, что способствует быстрому заживлению и хорошему косметическому эффекту. Эффективность составляет 85-90%. Частота рецидивов при применении методики Каридакиса и Баскома составляет 6,2-10,2 % [34]. Частота рецидивов при выполнении операции Лимберга (L-, Z-, Y-, W-, пластики) по различным данным составляет 6,4 -11,4% [23, 34]. В подростковой популяции применение асимметричных фасциально-кожных лоскутов показало хорошие результаты: сокращение сроков заживления, улучшение косметического эффекта и снижение частоты рецидивов (4 % против 28,6 % при классическом иссечении) [49].*

**4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов**

* Всем пациентам, перенесшим хирургическое лечение по поводу ЭКХ, в послеоперационном периоде до заживления ран **рекомендуется** выполнение ежедневных перевязок с наложением стерильной повязки при гнойных заболеваниях кожи и подкожной клетчатки (для уменьшения рисков воспалительных осложнений) [1, 2, 50].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).**

* Всем пациентам, перенесшим хирургическое лечение по поводу ЭКХ, **рекомендуется**после выписки из стационара на период заживления раны диспансерное наблюдение в форме приёма (осмотра, консультации) врача-колопроктолога либо врача-хирурга по месту жительства с целью профилактики рецидивов и осложнений заболевания [1, 2, 51].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4).**

**Комментарий:***наличие послеоперационных ран в указанных анатомических областях, их заживление вторичным натяжением обуславливают риск гнойно-септических осложнений и послеоперационных кровотечений.*

*Общие принципы реабилитации после хирургического лечения:*

*1) комплексная оценка исходного состояния пациента и формулировка программы реабилитации;*

*2) составление плана необходимых для реабилитации диагностических и лечебных    мероприятий;*

*3) мультидисциплинарный принцип организации реабилитационной помощи;*

*4) контроль эффективности проводимой терапии в процессе восстановительного лечения и по окончании курса реабилитации.*

*Этапы реабилитации пациентов после хирургического лечения:*

*1-й этап - ранняя реабилитация, с 4-6 по 7-10 сутки после хирургического вмешательства. В данный период пациент находится на реабилитационном стационарном лечении в течение 3-5 дней, после чего дальнейшая реабилитация происходит в течение 7-14 дней в амбулаторных условиях либо стационаре дневного пребывания.*

*Контроль гемостаза, применение гемостатической терапии, электрокоагуляция кровоточащих поверхностей.*

*Купирование болевого синдрома: степень выраженности болевых ощущений зависит от обширности хирургической травмы, индивидуального болевого порога. Обезболивание проводится с использованием системных и/или местных средств, которые подбираются лечащим врачом индивидуально в зависимости от выраженности болевого синдрома, обширности хирургической травмы и психоэмоционального состояния пациента.*

*Программируемый раневой процесс: одним из важнейших аспектов послеоперационного восстановления пациентов, позволяющий избежать развития послеоперационных осложнений является своевременное и топографически выверенное заживление послеоперационных ран. Правильное ведение раневого процесса, начиная со 2-х суток после операции до полной эпителизации ран подразумевает: ежедневную санацию ран растворами антисептиков (D08A Антисептики и дезинфицирующие средства), перевязку с мазевыми аппликациями (состав мази определяется стадией раневого процесса); динамический контроль врачом-колопроктологом (осмотр крестцово-копчковой области); микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы (при подозрении на гнойно-септические осложнения и раневую инфекцию) [52, 53, 55].*

*Целью 2-го этапа реабилитации пациентов, перенесших хирургическое лечение ЭКХ, является окончательная эпителизация послеоперационных ран и профилактика развития послеоперационных осложнений.*

* Пациентам после хирургического лечения в целях улучшения заживления ран и снижения частоты послеоперационных осложнений, **рекомендовано**выполнение вакуумного воздействия (терапии отрицательным давлением, вакуумной терапии) [35, 36, 37].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 3).**

**Комментарий:***применение вакуумной терапии направлено на ускорение процесса регенерации при локальном воздействии пониженного давления. Отрицательное давление механически сближает и стабилизирует края раны, уменьшая раневой дефект, снижает бактериальную нагрузку на раневую поверхность, также предотвращает высыхание раны [35, 36, 37].*

* Пациентам после хирургического лечения в целях улучшения заживления ран и снижения частоты послеоперационных осложнений, **рекомендовано**выполнение сеансов низкоинтенсивного лазерного облучения на область послеоперационной раны [54].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).**

**Комментарий:***применение лазерной терапии способствует стимуляции процессов репарации, сокращению сроков заживления, снижению бактериальной обсемененности послеоперационных ран, уменьшению интенсивности болевого синдрома [38, 39].*

**5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики**

* Всем пациентам при появлении первых симптомов, характерных для воспаления ЭКХ, **рекомендуется** прием (осмотр, консультация) врача-колопроктолога (у пациентов до 18 лет – врача-детского хирурга) для определения тактики профилактических мероприятий, целью которых является предотвращение развития и прогрессирования болезни. Осмотр, консультация проводится в рамках первичного или повторного приёма (осмотра, консультации) врача-колопроктолога либо врача-детского хирурга [1, 2, 19, 43].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).**

Специфической профилактики воспаления ЭКХ не существует. Профилактика острого воспаления заключается в основном в общеукрепляющих организм мероприятиях, направленных на устранение этиологических факторов возникновения заболевания:

1) Соблюдение правил личной гигиены, в основном межъягодичной складки;

2) Поддержка и укрепление местного и гуморального иммунитета;

3) Лечение и санация очагов острой и хронической инфекции;

4) Коррекция хронических заболеваний, например, сахарного диабета.

* Пациентам после хирургического лечения в качестве профилактики рецидивов, **рекомендовано**проведение лазерной эпиляции [40].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 3).**

**Комментарий:***часто требуется выполнение нескольких процедур. Лазерная эпиляция снижает частоту рецидивов в долгосрочной перспективе. Частота рецидивов после лазерной эпиляции колеблется от 0% до 28% [40].*

**6. Организация оказания медицинской помощи**

**6.1 Показания для госпитализации в медицинскую организацию**

Пациент с острым воспалением ЭКХ может быть госпитализирован в колопроктологический либо хирургический стационар, пациенты до 18 лет должны быть госпитализированы в детский хирургический стационар.

Пациент с хроническим воспалением ЭКХ должен быть госпитализирован в колопроктологический стационар, пациенты до 18 лет должны быть госпитализированы в детский хирургический стационар.

На этапе постановки диагноза проведение диагностических мероприятий в плановой ситуации может осуществляться в амбулаторных условиях. Также хирургическое лечение взрослых пациентов возможно осуществлять в условиях дневного колопроктологического стационара.

**6.2 Показания к выписке пациента из медицинской организации**

1. Неосложненное течение раннего послеоперационного периода (отсутствие повышенной кровоточивости и т.п.);
2. Отсутствие гнойно-септических осложнений в области послеоперационных ран;
3. Контролируемый болевой синдром с возможностью его купирования пероральными препаратами в амбулаторных условиях.

**7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)**

Отрицательно влияют на исход лечения:

1. Присоединение инфекционных осложнений;
2. Несоблюдение пациентом ограничительного режима.

**Критерии оценки качества медицинской помощи**

***Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым, детям при эпителиальном копчиковом ходе (коды по МКБ - 10: L05.0; L05.9, L72.0)***

| **№ п/п** | **Критерии оценки качества** | **Оценка выполнения** |
| --- | --- | --- |
| 1. | Выполнено вскрытие и дренирование флегмоны (абсцесса) (при остром воспалении эпителиального копчикового хода) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование мягких тканей (одна анатомическая зона) крестцово-копчиковой области | Да/Нет |

***Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым, детям при эпителиальном копчиковом ходе (коды по МКБ - 10: L05.0; L05.9; L72.0)***

| **№ п/п** | **Критерии оценки качества** | **Оценка выполнения** |
| --- | --- | --- |
| 1. | Выполнено иссечение эпителиального копчикового хода (при неосложнённых формах хронического воспаления эпителиального копчикового хода) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено иссечение эпителиального копчикового хода с или без пластики раны местными тканями (при осложнённых формах хронического воспаления эпителиального копчикового хода) | Да/Нет |

**Список литературы**

1. Шелыгин Ю.А. Справочник по колопроктологии / Ю.А. Шелыгин, Л.А. Благодарный // М. ЛитТерра. - 2014. – 135 с.
2. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. – М., 2006. - 432 с.
3. Hoang V, Trinh C. Overview of epidermoid cyst. European journal of radiology open. 2019;(6):291-301. doi:10.1016/j.ejro.2019.08.003
4. Chintapatla S, Safarani N, Kumar S, Haboubi N. Sacrococcygeal pilonidal sinus: historical review, pathological insight and surgical options. Tech Coloproctol. 2003;7(1):3-8. doi: 10.1007/s101510300001.
5. Paschalis G, Bota E. Limberg flap versus Karydakis flap for treating pilonidal sinus disease: a systematic review and meta-analysis. Canadian journal of surgery. Journal canadien de chirurgie. 2019;62(2): 131-138. doi:10.1503/cjs.003018
6. Bosche F, Luedi M. The Hair in the Sinus: Sharp-Ended Rootless Head Hair Fragments can be Found in Large Amounts in Pilonidal Sinus Nests. World J Surg. 2018;42(2):567-573. doi: 10.1007/s00268- 017-4093-5.
7. Mahmood F, Hussain A, Akingboye A. Pilonidal sinus disease: Review of current practice and prospects for endoscopic treatment. Annals of medicine and surgery. 2020;1(57):212-217. doi: 10.1016/j.amsu.2020.07.050.
8. Johnson E, Vogel J, Cowan M. The American Society of Colon and Rectal Surgeons` Clinical Practice Guidelines for the Management of Pilonidal Disease. Diseases of the colon and rectum. 2019; 62(2):146-157. doi: 10.1097/DCR.0000000000001237.
9. Bi S, Sun K, Chen S, Gu J. Surgical procedures in the pilonidal sinus disease: a systematic review and network meta-analysis. Scientific reports. 2020;10(1):13720. doi: 10.1038/s41598-020-70641-7.
10. Hap W, Frejlich E, Rudno-Rudzinska J. Pilonidal sinus: finding the righttrack for treatment. Polski przeglad chirurgiczny. 2017;89(1):68-75. doi: 10.5604/01.3001.0009.6009. PMID: 28522786.
11. Нечай И.А., Мальцев Н.П. Малоинвазивные методики в лечении пилонидальной болезни. Вестник хирургии имени И.И. Грекова. 2019;178(3):69-73. doi: 10.24884/0042-4625-2019-178-3-69-7.
12. Beal E, Lee M, Hind D. A systematic review of classification systems for pilonidal sinus. Tech Coloproctol. 2019;23(5):435-443. doi: 10.1007/s10151-019-01988-x.
13. Кайзер А.М. Колоректальная хирургия. М.: Издательство Панфилова, 2011.
14. Papakonstantinou H, Thomas J. The ASCRS textbook of colon and rectal. 2016;261-275.
15. Segre D, Pozzo M. The treatment of pilonidal disease: guidelines of the Italian Society of Colorectal Surgery (SICCR). Tech Coloproctol. 2015;19(10):607-13. doi: 10.1007/s10151-015-1369-3.
16. Iesalnieks I, Ommer A. The Management of Pilonidal Sinus. Dtsch Arztebl Int. 2019;116(1-2):12-21. doi: 10.3238/arztebl.2019.0012.
17. Mentes O, Oysul A, Harlak A, Zeybek N, Kozak O, Tufan T.  Ultrasonography accurately evaluates the dimension and shape of the pilonidal sinus. Clinics. 2009;64(3). doi:10.1590/s1807-59322009000300007.
18. Youssef AT. The value of superficial parts and endoanal ultrasonography in evaluating pilonidal disease and exclusion of perianal sepsis. J Ultrasound. 2015;18(3):237-243. doi: 10.1007/s40477-015-0156-3.
19. Nixon AT, Garza RF. Pilonidal Cyst And Sinus. [Updated 2020 Aug 10]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557770.
20. Dietrich D. Incision and drainage preceding definite surgery achieves lower 20-year long-term recurrence rate in 583 primary pilonidal sinus surgery patients. Journal der Deutschen Dermatologisc hen Gesellschaft - Journal of the German Society of Dermatology: JDDG. 2013;11(1):60-4. doi:10.1111/j.1610-0387.2012.08007.x.
21. Hong J, Chen J, Jiang Z, Chen Z, Ruan N, Yao X.  Microbiota in adult perianal abscess revealed by metagenomic next-generation sequencing. Microbiol Spectr. 2024; 12:e03474-23. doi: 10.1128/spectrum.03474-23
22. Ciftci F. A new approach: oblique excision and primary closure in the management of acute pilonidal disease. Int J Clin Exp Med. 2014;7(12):5706-5710.
23. Stauffer V, Luedi M, Kauf P, Schmid M, Diekmann M, Wieferich K, Schnuriger B, Doll D. Common surgical procedures in pilonidal sinus disease: A meta-analysis, merged data analysis, and comprehensive study on recurrence. Sci Rep. 2018;8(1):3058. doi: 10.1038/s41598-018-20143-4.
24. Calikoglu I, Gulpinar K, Oztuna D, Elhan AH, Dogru O, Akyol C, Erkek B, Kuzu MA. Phenol Injection Versus Excision With Open Healing in Pilonidal Disease: A Prospective Randomized Trial. Diseases of the colon and rectum. 2017;60(2):161-169. doi: 10.1097/DCR.0000000000000717.
25. Yuksel ME. Pilonidal sinus disease can be treated with crystallized phenol using a simple three-step technique. Acta Dermatovenerol Alp PannonicaAdriat. 2017;26(1):15-17. doi: 10.15570/actaapa.2017.4. PMID: 28352930.
26. Lund J, Tou S, Doleman B, Williams JP. Fibrin glue for pilonidal sinus disease. Cochrane Database Syst Rev. 2017;13;1(1):CD011923. doi: 10.1002/14651858.CD011923.pub2.
27. Emile SH, Elfeki H, Shalaby M, Sakr A, Giaccaglia V, Sileri P, Wexner SD. Endoscopic pilonidal sinus treatment: a systematic review and meta-analysis. Surg Endosc. 2018;32(9):3754-3762. doi: 10.1007/s00464-018-6157-5.
28. Dessily M. The SiLaC procedure for pilonidal sinus disease: long-term outcomes of a single institution prospective study. Techniques in coloproctology. 2019;23(12):1133-1140. doi:10.1007/s10151-019-02119-2.
29. Enriquez-Navascues JM, Emparanza JI, Alkorta M. Meta-analysis of randomized controlled trials comparing different techniques with primary closure for chronic pilonidal sinus. Tech Coloproctol. 2014;18:863-872. doi: 10.1007/s10151-014-1149-5.
30. Di Castro A. Minimally invasive surgery for the treatment of pilonidal disease. The Gips procedure on 2347 patients. International journal of surgery. 2016;36(PtA):201-205. doi:10.1016/j.ijsu.2016.10.040.
31. Grabowski J, Oyetunji TA, Goldin AB, Baird R, Gosain A, Lal DR, Kawaguchi A, Downard C, Sola JE, Arthur LG, Shelton J, Diefenbach KA, Kelley-Quon LI, Williams RF, Ricca RL, Dasgupta R, St Peter SD, Somme S, Guner YS, Jancelewicz T. The management of pilonidal disease: A systematic review. J Pediatr Surg. 2019; 54(11):2210-2221. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2019.02.055.
32. Milone M, Velotti N, Manigrasso M, Anoldo P, Milone F, De Palma GD. Long-term follow-up for pilonidal sinus surgery: A review of literature with metanalysis. Surgeon. 2018;16(5):315-320. doi: 10.1016/j.surge.2018.03.009.
33. Karakayali F, Karagulle E, Karabulut Z, Oksuz E, Moray G, Haberal M. Unroofing and marsupialization vs. rhomboid excision and Limberg flap in pilonidal disease: a prospective, randomized, clinical trial. Diseases of the colon and rectum. 2009;52(3):496-502. doi: 10.1007/DCR.0b013e31819a3ec0.
34. Sahebally SM, McMahon G, Walsh SR, Burke JP. Classical Limberg versus classical Karydakis flaps for pilonidal disease – an updated systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Surgeon. 2019;17(5):300-308. doi: 10.1016/j.surge.2018.07.004.
35. Li T. Early application of negative pressure wound therapy to acute wounds contaminated with Staphylococcus aureus: an effective approach to preventing biofilm formation. Experimental and therapeutic medicine. 2016;11(3):769–776. doi: 10.3892/ etm.2016.3008.
36. Zhou M. Role of different negative pressure values in the process of infected wounds treated by vacuum-assisted closure: an experimental study. International wound journal. 2013;10(5):508– 515. doi: 10.1111/j.1742-481X.2012.01008.x.
37. Glass G. Systematic review of molecular mechanism of action of negative-pressure wound therapy. British Journal of Surgery. 2014;101(13):1627–1636. doi: 10.1002/bjs.9636.
38. Florentino A, Silva L,  Roque A. Uso de laser terapia em cisto pilonidal. Global Academic Nursing Journal.  2020;1(3):53. doi: 10.5935/2675-5602.20200053.
39. de Souza da Fonseca A, da Sergio LP, Mencalha AL, de Paoli F. Low-power lasers on bacteria: stimulation, inhibition, or effectless? Lasers Med Sci. 2021;36(9):1791-1805. doi:10.1007/s10103-021-03258-5
40. Halleran D, Onwuka A, Lawrence A. Laser Hair Depilation in the Treatment of Pilonidal Disease: A Systematic Review. Surg Infect (Larchmt). 2018;19(6):566-572. doi: 10.1089/sur.2018.099.
41. Гераськин А.В., Дронов А.Ф., Смирнов А.Н. Детская колопроктология: руководство для врачей. — М.: Контэнт, 2012.
42. Ленюшкин А.И. Детская колопроктология: руководство для врачей. — М., 1990.
43. Поверин Г.В., Евдокимов А.Н. Кисты копчика у детей (клиника, диагностика и хирургическое лечение). Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2019;9(2):105–120.
44. Шахбанов Р.Р., Шишкин И.А., Ефременков А.М., Киргизов И.В., Зыкин А.П. Опыт оперативного лечения детей с эпителиально-копчиковым ходом. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2023;13(Спецвып.):205. Available from: https://rps-journal.ru/jour/article/view/1760.
45. Tengberg LT, Bulut O, Andersen J. Pre-sacral cyst as differential diagnosis to recurrent pilonidal cyst with abscess. Ugeskr Laeger. 2015;177(2A):14–15.
46. Abdelatty MA, Elmansy N, Saleh MM et al. Magnetic resonance imaging of pilonidal sinus disease: interobserver agreement and practical MRI reporting tips. Eur Radiol. 2024;34(1):115–125. doi:10.1007/s00330-023-10018-2.
47. Giles W, Murthi G, Lindley R. Pit excision with fibrin glue closure versus lateralizing flap procedures in the management of pilonidal sinus disease in adolescents: a 14-year cohort study. Pediatr Surg Int. 2024;40:88. doi:10.1007/s00383-024-05668-2.
48. Esposito C, Montaruli E, Autorino G. et al. Pediatric endoscopic pilonidal sinus treatment (PEPSiT): what we learned after a 3-year experience in the pediatric population. Updates Surg 2021;73:2331–2339. doi:10.1007/s13304-021-01094-4
49. Roldón Golet M, Siles Hinojosa A, González Ruiz Y, Escartín Villacampa R, Goded Broto I, Bragagnini Rodríguez P. Pilonidal sinus in adolescence: is there an ideal surgical approach? Cir Pediatr. 2021;34(3):119–124.
50. Помазкин В.И. Хирургическое лечение эпителиального копчикового хода. Вестник хирургии им. И. И. Грекова. 2007;166(4):123–125.
51. Ильканич А.Я., Айсанов А.А. Выбор метода хирургического лечения эпителиального копчикового хода. — ББК 51 Ф 947. — С. 69.
52. Segre D. What you should remember in managing pilonidal disease. Front Surg. 2021;8:792121. doi:10.3389/fsurg.2021.792121.
53. Dupuis A, Christou N, Teterycz D et al. Sacro-coxxygial hygiene, a key factor in the outcome of pilonidal sinus surgical treatment? BMC Surg. 2021;21:197. doi:10.1186/s12893-021-01204-4.
54. Звонков Д.А., Степанова Н.М., Новожилов В.А., Шерстнева Е.А. Лечение пилонидальных кист: обзор литературы. Вятский медицинский вестник. 2024;2(82):75–79. doi:10.24412/2220-7880-2024-2-75-79. EDN:PXVGQA.
55. Sadati L, Froozesh R, Beyrami A, Khaneghah ZN, Elahi SA, Asl MF, Salehi T. A Comparison of Three Dressing Methods for Pilonidal Sinus Surgery Wound Healing. Advances in Skin & Wound Care. 2019;32(7):1-5. doi: 10.1097/01.ASW.0000558268.59745.d2

**Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций**

| **Ф.И.О.** | **Ученая**  **степень** | **Ученое**  **звание** | **Профессиональная**  **ассоциация** |
| --- | --- | --- | --- |
| Аносов И.С. | к.м.н. |  | Ассоциация колопроктологов России |
| Ачкасов С.И. | д.м.н. | Член-корр. РАН, профессор | Ассоциация колопроктологов России |
| Бирюков О.М. | к.м.н. |  | Ассоциация колопроктологов России |
| Благодарный Л.А. | д.м.н. | Профессор | Ассоциация колопроктологов России |
| Вышегородцев Д.В. | д.м.н. |  | Ассоциация колопроктологов России |
| Грошилин В.С. | д.м.н. | Профессор | Ассоциация колопроктологов России |
| Кашников В.Н. | д.м.н. | Доцент | Ассоциация колопроктологов России |
| Королик В.Ю. | к.м.н. |  | Ассоциация колопроктологов России |
| Костарев И.В. | д.м.н. | Доцент | Ассоциация колопроктологов России |
| Кузьминов А.М. | д.м.н. | Профессор | Ассоциация колопроктологов России |
| Москалев А.И. | к.м.н. |  | Ассоциация колопроктологов России |
| Мудров А.А. | д.м.н. | Доцент | Ассоциация колопроктологов России |
| Муравьев А.В. | д.м.н. | Профессор | Ассоциация колопроктологов России |
| Попов Д.Е. | к.м.н. |  | Ассоциация колопроктологов России |
| Разумовский А.Ю. | д.м.н. | Член-корр. РАН, профессор | Ассоциация детских хирургов России |
| Смирнов А.Н. | д.м.н. | Профессор | Ассоциация детских хирургов России |
| Титов А.Ю. | д.м.н. |  | Ассоциация колопроктологов России |
| Фролов С.А. | д.м.н. | Профессор | Ассоциация колопроктологов России |
| Холостова В.В. | д.м.н. | Профессор | Ассоциация детских хирургов России |
| Хитарьян А.Г. | д.м.н. | Профессор | Ассоциация колопроктологов России |
| Шелыгин Ю.А. | д.м.н. | Академик РАН, профессор | Ассоциация колопроктологов России |

Большинство членов рабочей группы являются членами Ассоциации колопроктологов России. Конфликт интересов отсутствует.

**Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций**

**Целевая аудитория клинических рекомендаций:**

1. Врачи-колопроктологи
2. Врачи-хирурги
3. Врачи-детские хирурги
4. Врачи общей практики (семейные врачи)
5. Средний медицинский персонал
6. Студенты медицинских ВУЗов, ординаторы, аспиранты

***Таблица 1.****Шкала оценки УДД (уровней достоверности доказательств) для методов диагностики (диагностических вмешательств)*

| **УДД** | **Расшифровка** |
| --- | --- |
| 1 | Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа |
| 2 | Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа |
| 3 | Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования |
| 4 | Несравнительные исследования, описание клинического случая |
| 5 | Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов |

***Таблица 2.****Шкала оценки УДД для методов профилактики, лечения, медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)*

| **УДД** | **Расшифровка** |
| --- | --- |
| 1 | Систематический обзор РКИ (рандомизированные клинические испытания) с применением мета-анализа |
| 2 | Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ с применением мета-анализа |
| 3 | Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования |
| 4 | Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль» |
| 5 | Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов |

***Таблица 3.****Шкала оценки УУР (уровней убедительности рекомендаций) для методов профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (профилактических,*

*диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)*

| **УУР** | **Расшифровка** |
| --- | --- |
| A | Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество их выводы по  интересующим исходам являются согласованными) |
| B | Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными) |
| C | Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными) |

**Порядок обновления клинических рекомендаций.**

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию - не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР (клинические рекомендации), но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

**Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата**

Данные клинические рекомендации разработаны с учётом следующих нормативно-правовых документов:

1. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Постановление Правительства РФ от 17.11.2021 г. № 1968 «Об утверждении Правил поэтапного перехода медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, разработанных и утвержденных в соответствии с частями 3, 4, 6 - 9 и 11 статьи 37 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
3. Приказ Минздравсоцразвития России от 02.04.2010 г. № 206н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности колопроктологического профиля».
4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».
5. Приказ Минздрава России от 23.12.2020 г. № 1363н «Об утверждении Порядка направления застрахованных лиц в медицинские организации, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования».

**Приложение Б. Алгоритмы действий врача**

**Приложение В. Информация для пациента**

**Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ, пилонидальная киста, пилонидальный синус)***-*   это узкий канал, выстланный эпителием, содержащий волосяные луковицы, сальные железы и открывающийся на коже крестцово-копчиковой области одним или несколькими первичными и, возможно, вторичными свищевыми отверстиями. Заболеваемость ЭКХ составляет 26-48 на 100 000 человек. Клинические проявления выявляются у наиболее социально активной категории пациентов, преимущественно в возрасте от 15 до 30 лет. Это заболевание чаще встречается у лиц с избыточным волосяным покровом в крестцово-копчиковой области.

В России принято считать, что ЭКХ - это врождённое заболевание, обусловленное дефектом каудального участка эмбриона, в результате чего под кожей межъягодичной области формируется ход, воспаление которого развивается чаще всего с наступлением половой зрелости. В этот период в просвете хода начинают расти волосы, скапливаться продукты жизнедеятельности потовых и сальных желез. За рубежом считают, что это приобретённое заболевание, причинами которого являются травмы крестцово-копчиковой области, неправильный рост волос, обильный волосяной покров и глубокая межъягодичная складка, что приводит к врастанию волос в кожу и формированию кисты. Закупорка волосяных фолликулов приводит к увеличению и разрыву сальных желез с образованием абсцесса, либо хронического воспаления ЭКХ.

**Классификация ЭКХ по форме:**

- неосложненный ЭКХ (без клинических проявлений);

- острое воспаление ЭКХ (инфильтративная стадия и абсцедирование);

- хроническое воспаление ЭКХ (инфильтративная стадия, рецидивирующий абсцесс, гнойный свищ).

**Основными клиническими проявлениями**воспаления ЭКХ являются: боль в крестцово-копчиковой области, выделение гноя и сукровицы, повышение местной температуры и лихорадка. Симптомы зависят от формы эпителиального копчикового хода.

*Неосложненная форма* характеризуется одним или несколькими первичными отверстиями и обнаруживается при осмотре крестцово-копчиковой области.

*Острому воспалению* соответствуют все признаки местной воспалительной реакции - инфильтрат, гиперемия, боль, обильные гнойные выделения, повышение температуры тела.

*Хроническое воспаление* характеризуется явлениями дискомфорта, выделениями слизи, гноя, мокнутием, зудом, наличием первичных и вторичных отверстий ЭКХ. При обострении хронического воспалительного процесса пациенты жалуются на боль в крестцово-копчиковой области, выделение гнойного, сукровичного отделяемого из первичных и вторичных отверстий, повышение местной и общей температуры тела, дискомфорт.

**Основным методом лечения** эпителиального копчикового хода является хирургический. Под хирургическим лечением понимают ликвидацию копчикового хода со всеми первичными отверстиями, и воспалительно-измененными окружающими тканями и вторичными свищами.

Характер оперативного вмешательства зависит от вида заболевания и распространённости воспалительного процесса.

*Малоинвазивные вмешательства* возможно выполнить пациентам с прямым ходом пилонидальной кисты, без гнойных затеков и выраженной воспалительной инфильтрации тканей. Эффективность данных методик достигает 80%. К малоинвазивному лечению ЭКХ относят: лазерную термооблитерацию пилонидального синуса и синусэктомию (подкожное иссечение ЭКХ). При рецидивных или запущенных формах заболевания с множественными затеками на правую и левую ягодичные области выполняют асимметричные пластические операции, направленные на ликвидацию обширного дефекта тканей (операция Каридакиса, Баскома, Лимберга и др.).

Выполненное оперативное вмешательство в соответствии со стадией и формой заболевания позволяет добиться излечения в 90% случаев. Профилактика острого воспаления заключается в общеукрепляющих организм мероприятиях (соблюдение правил личной гигиены, поддержка и укрепление иммунной системы, лечение и санация очагов острой и хронической инфекции, коррекция хронических заболеваний - сахарного диабета). Пациентам после хирургического лечения в качестве профилактики рецидива рекомендуют удалять волосы в межъягодичной области.

**Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях**

Отсутствуют.