

Утверждено:

Общероссийская общественная организация
«Ассоциация колопроктологов России»

Президент АКР, академик РАН

М.П.



Ю.А. Шелыгин

Утверждено:

Общероссийская общественная организация
«Российская ассоциация
детских хирургов»

Президент президиума,
член-корреспондент РАН

М.П.



А. Ю. Разумовский

Клинические рекомендации

Эпителиальный копчиковый ход

Кодирование по
Международной статистической
классификации болезней и проблем, связанных со
здоровьем:

L05, L72.0

Возрастная группа:

взрослые, дети

Год утверждения:

2025

Разработчик клинических рекомендаций:

- Общероссийская общественная организация «Ассоциация колопроктологов России»
- Общероссийская общественная организация «Ассоциация детских хирургов России»

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений.....	4
Термины и определения.....	4
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний).....	4
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	4
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	4
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)...	5
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.....	5
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	5
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)...	6
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказаний к применению методов диагностики	7
2.1 Жалобы и анамнез.....	7
2.2 Физикальное обследование.....	8
2.3 Лабораторные диагностические обследования.....	9
2.4 Инструментальные диагностические исследования.....	9
2.5 Иные диагностические исследования.....	9
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения	9
3.1 Консервативная терапия.....	9
3.2 Хирургическое лечение острого воспаления эпителиального копчикового хода.....	10
3.3 Малоинвазивное лечение эпителиального копчикового хода.....	10
3.4 Хирургическое лечение хронического эпителиального копчикового хода.....	11
4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов	13
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	15
6. Организация оказания медицинской помощи	16
6.1 Показания для госпитализации в медицинскую организацию.....	16
6.2 Показания к выписке пациента из медицинской организации.....	16

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)	16
Критерии оценки качества медицинской помощи	16
Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым, детям при эпителиальном копчиковом ходе (коды по МКБ - 10: L05.0; L05.9, L72.0).....	16
Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым, детям при эпителиальном копчиковом ходе (коды по МКБ - 10: L05.0; L05.9, L72.0).....	17
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	17
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	21
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	23
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата	24
Приложение Б. Алгоритмы действий врача.....	25
Приложение В. Информация для пациента.....	26
Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях	27

Список сокращений

ЭКХ - эпителиальный копчиковый ход

MPT - 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 (группе 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 противопоказаний 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 обследования

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 – В (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 – С (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 – В (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 – В (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) – А (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 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-копчиковой 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 эпипляция снижает частоту рецидивов в долгосрочной перспективе. Частота рецидивов после лазерной эпипляции 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 Karydakias 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 right track for treatment.

- Polski przegląd 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. Montes 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 Dermatologischen 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 Dermatovenereol 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.ijssu.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 Kar-dakis flaps for pilonidal disease – an updated systematic review and meta-analysis of ran-domized 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. *Exper-imental 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 хи-рургическое лечение). *Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и ре-аниматологии*. 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. Avail-able 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
Грошили 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
Шельгин 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
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	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)
С	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 № 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 № 206н

«Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности колопроктологического профиля»

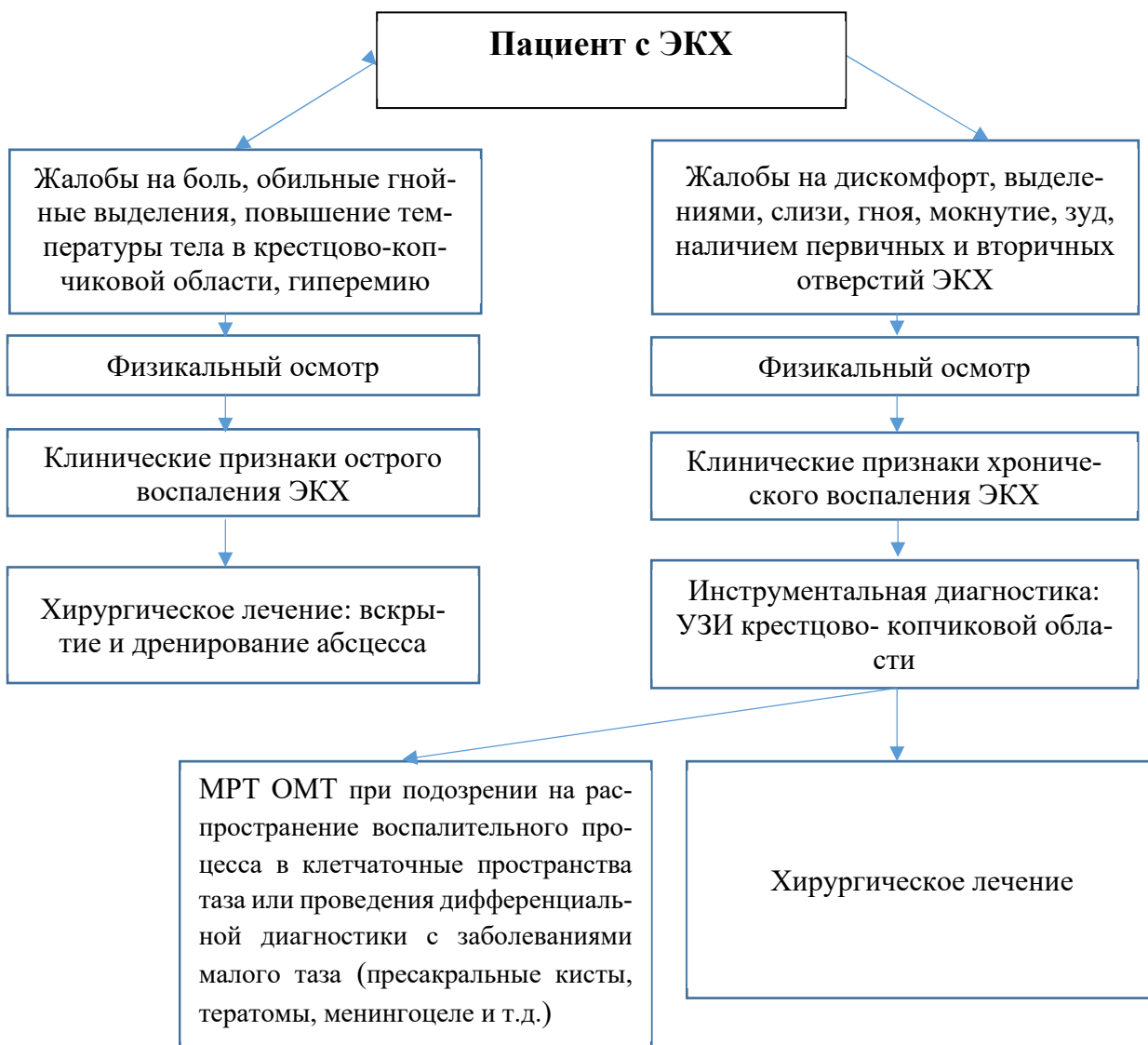
4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»

5. Приказ Минздрава России от 23.12.2020 № 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.