

UDC: 617.559-002.3-07-084

[https://doi.org/10.32345/USMYJ.1\(144\).2024.162-168](https://doi.org/10.32345/USMYJ.1(144).2024.162-168)

Received: January 07, 2024

Accepted: February 24, 2024

## Пілонідальна хвороба: порівняльний аналіз клінічних настанов провідних фахових організацій

Бик Павло<sup>1</sup>, Білянський Леонід<sup>2</sup>, Бурка Анатолій<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Кафедра хірургії з курсом невідкладної та судинної хірургії, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця бул. Шевченка, 13, м. Київ, Україна

<sup>2</sup> Кафедра хірургії №1, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця бул. Шевченка, 13, м. Київ, Україна

### Address for correspondence:

Byk Pavlo

E-mail: [byckpavlo@gmail.com](mailto:byckpavlo@gmail.com)

**Анотація:** пілонідальна хвороба – запальне захворювання, що найчастіше має локалізацію в крижово-куприковій ділянці та характеризується формуванням кісти або абсцесу з можливим вторинним утворенням норичних ходів. Пілонідальна хвороба - досить поширене захворювання, згідно з даними окремих досліджень, захворюваність складає від 26 випадків на 100000 осіб до 48 на 100000 осіб у різних країнах. Чоловіки втричі частіше хворіють, аніж жінки. Найчастіше хвороба маніфестує у віці від 18 до 30 років. Факторами ризику розвитку хвороби є: надмірна вага, підвищене оволосіння, хронічне травмування крижово-куприкової ділянки та анатомічні особливості міжсідничної складки (її форма, глибина, конфігурація). Виникнення та розвиток захворювання в осіб працездатного віку часто призводить до різкого зниження працездатності та якості життя. В світі досі не існує єдиної, загальноприйнятої класифікації пілонідальної хвороби. На сьогодні, існують 3 клінічні настанови створені фаховими асоціаціями (США, Німеччина, Італія), засновані на принципах доказової медицини. Метою дослідження є виконання порівняльного аналізу основних пунктів клінічних настанов провідних фахових організацій (German National Guideline on the management of pilonidal disease, The American Society of Colon and Rectal Surgeons' Clinical Practice Guidelines for the Management of Pilonidal Disease, Consensus statement of the Italian society of colorectal surgery: management and treatment of pilonidal disease) щодо клініко-діагностично підходу та вибору оптимальної лікувальної тактики для пацієнтів з окремими формами пілонідальної хвороби. В дослідженні виконаний огляд та порівняльний аналіз літературних джерел з наукових баз медичної літератури PubMed Central (U.S. National Institutes of Health's National Library of Medicine), ScienceDirect (видавництво Elsevier), Wiley online library, Springer Link, Cochrane library, матеріалів 3rd International Pilonidal Conference (2023, Copenhagen, Denmark) та клінічних настанов профільних організацій США, Німеччини та Італії. Для порівняльного аналізу обрані наступні питання діагностики та лікування захворювання: вибір методу профілактики та нехірургічних процедур, що знижують ризик рецидиву хвороби; вибір методу лікування та оцінка його необхідності для безсимптомних пілонідальних кіст; вибір хірургічного методу лікування для симптомних пілонідальних кіст; вибір методу хірургічного лікування для рецидивної форми захворювання. Згідно з виконаними аналізом, можна зробити висновок, що діагностично-лікувальні стратегії, що відображені у клінічних настановах засновані

на доказовій базі та аналізі даних досліджень проведених у сфері лікуванні пілонідальної хвороби, що зумовлює наявність сутнісної кореляції між рекомендаціями, які стосуються вибору методу профілактики та нехірургічних процедур, що знижують ризик рецидиву захворювання, методу лікування та оцінки його необхідності для безсимптомної форми хвороби, методів хірургічного лікування рецидивної форми захворювання. Деякі відмінності між клінічними настановами, на нашу думку, зумовлені різною формою загальної структури консенсусів та вибором основних питань, що утворюють перелік в них загальних положень.

**Ключові слова:** аналіз, класифікація, профілактика та контроль, пілонідальна хвороба, пілонідальна кіста, пілонідальний абсцес, стандарти, хірургія.

## Вступ

Пілонідальна хвороба (ПХ) – запальне захворювання, що найчастіше має локалізацію в крижово-куприковій ділянці та характеризується формуванням кісти або абсцесу з можливим вторинним утворенням норичних ходів. Рідко може виникати в інших анатомічних локалізаціях: на передній стінці грудної клітини між грудними залозами (Sunkara et al., 2010), в ділянці пупка, на кистях (Khanna & Rombeau, 2011). ПХ досить поширене захворювання, згідно з даними окремих досліджень, захворюваність складає від 26 випадків на 100000 осіб (США) до 48 на 100000 осіб (Німеччина) (Søndena et al., 1995). Чоловіки втричі частіше хворіють на ПХ, ніж жінки. Найчастіше хвороба маніфестує у віці від 18 до 30 років. Факторами ризику розвитку ПХ є: надмірна вага, підвищене оволосіння, хронічне травмування крижово-куприкової ділянки та анатомічні особливості міжсідничної складки (її форма, глибина, конфігурація). (Steele et al., 2021). Виникнення та розвиток ПХ в осіб працездатного віку часто призводить до різкого зниження працездатності та якості життя. Перші описання ПХ в медичній літературі датуються першою половиною 19 століття. Перші теорії, що пояснювали етіо-патогенез ПХ засвідчували вроджений характер цієї нозології. Певним історичним поштовхом до вивчення ПХ можна вважати ситуацію, яка склалась під час 2 Світової війни, коли велика кількість солдатів армії США, особливо водії позашляховиків, хворіли на ПХ, що робило її однією з провідних причин небойових втрат в армії США. Тоді ж, в літературі з'явилося визначення цієї хвороби

як «jeep disease» (Fitzpatrick et al., 2014). Другим історичним «сплеском» вивчення ПХ можна вважати 50-80 роки 20 століття, коли з'явилися перші роботи, в яких була обґрунтована теорія набутого етіо-патогенезу ПХ. Сьогодні, найбільш вичерпною та загально схваленою теорією етіо-морфогенезу ПХ є фолікулярно-ретенційна теорія. Згідно з нею, розвиток ПХ у крижово-куприковій ділянці є утворенням порожнини на місці локального фолікуліту в міжсідничній складці, в яку потрапляє волосся та частинки бруду з інших ділянок тіла, що сприяє розвитку реакції на стороннє тіло в середині порожнини (кісти) та, як наслідок, розвитку хронічного запалення з можливим подальшим інфікуванням (Doll et al., 2021). Попри це, все одно, щодо питання етіології ПХ продовжується наукова дискусія.

В Україні й досі наявна певна термінологічна плутанина щодо дефініції ПХ. Поширеним є використання терміну «епітеліальний куприковий хід», що є застарілим та не відповідає сучасним уявленням про ПХ. В світі досі не існує єдиної, загальноприйнятої класифікації ПХ (Beal et al., 2019). Згідно з опрацьованими джерелами можна знайти 8 класифікацій, запропонованих різними авторами, проте, жодна з них не задовольняє клінічні та наукові вимоги (Awad et al., 2009; Doll & Vassiliu, 2018; Guner et al., 2016; Quinodoz et al., 1999). Цей фактор також ускладнює проведення клінічних порівняльних досліджень з вивчення результатів лікування ПХ. Сьогодні, найбільша кількість робіт, присвячена ПХ належить турецьким науковцям, що пояснюється високим рівнем захворюваності населення

на ПХ в даному регіоні (Akinci et al., 1999; Doll et al., 2020). В Австралії створена фахова організація «International pilonidal society», яка видає власний журнал присвячений відповідній проблематиці та проводить регулярні конференції, де висвітлюються результати робіт провідних лікарів-науковців в цій галузі. На сьогодні, існують 3 клінічні настанови (гайдлайни) створені фаховими асоціаціями (США, Німеччина, Італія), засновані на принципах доказової медицини. Попри це, в світовій науковій літературі залишаються питання, які є найбільш дискусійними в контексті вивчення ПХ та стимулюють проведення клінічних досліджень в цій галузі (Beal et al., 2019; Nyandoro et al., 2023).

### Мета

Виконати порівняльний аналіз основних пунктів клінічних настанов провідних фахових організацій (German National Guideline on the management of pilonidal disease, The American Society of Colon and Rectal Surgeons' Clinical Practice Guidelines for the Management of Pilonidal Disease, Consensus statement of the Italian society of colorectal surgery: management and treatment of pilonidal disease) щодо клініко-діагностично підходу та вибору оптимальної лікувальної тактики для пацієнтів з окремими формами ПХ.

### Матеріали і методи

Виконаний огляд та порівняльний аналіз літературних джерел з наукових баз медичної літератури PubMed Central (U.S. National Institutes of Health's National Library of Medicine), ScienceDirect (видавництво Elsevier), Wiley online library, Springer Link, Cochrane library, матеріалів 3rd International Pilonidal Conference (2023, Copenhagen, Denmark) та клінічних настанов профільних організацій США (American Society of Colon and Rectal Surgeons) (Johnson et al., 2019) (P1), Німеччини (Iesalnieks et al., 2021) (P3) та Італії (Italian society of colorectal surgery) (Milone et al., 2021) (P2). Для порівняльного аналізу обрані наступні питання діагностики та лікування ПХ: вибір методу профілактики та нехірургічних процедур, що знижують ризик рецидиву ПХ; вибір методу лікування та оцінка його необхідності для безсимптомних пілонідальних

кіст; вибір хірургічного методу лікування для симптомних пілонідальних кіст; вибір методу хірургічного лікування для рецидивної форми ПХ. В усіх клінічних настановах використана система за типом GRADE для оцінки сили доказів наведених рекомендацій.

### Огляд і обговорення

#### **Вибір методу профілактики та нехірургічних процедур, що знижують ризик рецидиву ПХ**

Дане питання було обране для розгляду, оскільки, наявність надмірного оволосіння – є фактором ризику розвитку ПХ, а присутність волосків у міжсідничні складці – є основою етіо-патогенезу ПХ, згідно з фолікулярно-ретенційною теорією. (Steele et al., 2021). Питання видалення волосся у пацієнтів з ПХ можна розділити на 3 етапи: передопераційне видалення волосся, інтраопераційне видалення волосся та післяопераційне видалення волосся. Варто також розділяти поняття «епіляція» та «депіляція». Згідно з визначенням, депіляція – видалення лише надшкірної частини волосини, тобто тіла волоска, натомість, епіляція – видалення волосся з руйнуванням його підшкірних структур (Mezin-Sarbu & Wohlrab, 2023). Щодо передопераційного видалення волосся, цей метод можна розглядати як: а) окремий не хірургічний спосіб лікування ПХ; б) етап підготовки хірургічного втручання. Ці етапи відображаються і в P1 та P3. В P2 рекомендації стосуються застосування епіляційних методів в післяопераційному періоді. Інтраопераційна депіляція розглядається деякими авторами як важливий етап оперативного втручання, що обов'язково виконується хірургом (Immerman, 2021). Післяопераційне видалення волосся (зокрема, відображене і в P2) – питання, яке має найбільшу кількість публікацій. На сьогодні, основним методом післяопераційного видалення волосся є лазерна епіляція, що забезпечує довготривалий ефект (Halleran et al., 2018). Технічні особливості процедури та технічні аспекти використання окремих типів лазерів для епіляції детально розглянуті в P1.

Вибір методу лікування та оцінка його необхідності для безсимптомних пілонідальних кіст (БПК)

**Таб. 1.** Порівняння клінічних настанов щодо вибору методу профілактики та нехірургічних процедур, що знижують ризик рецидиву

The American Society of Colon and Rectal Surgeons' Clinical Practice Guidelines for the Management of Pilonidal Disease (2019)(Johnson et al., 2019)	Consensus statement of the Italian society of colorectal surgery (SICCR): management and treatment of pilonidal disease (2021)(Milone et al., 2021)	German National Guideline on the management of pilonidal disease (2020)(Iesalnieks et al., 2021)
Видалення волосся з міжсідничної складки та навколишньої шкіри за допомогою гоління або лазерної епіляції можна використовувати для як гострої, так і хронічної форми ПХ як основний або додатковий лікувальний захід. Оцінка рекомендації: слабка. Рекомендація на основі неясних доказів, 1С.	Видалення волосся з міжсідничної складки може бути корисним як додаткове лікування після видалення пілоніальної кісти (1С) Заява комісії: пацієнтам із надмірним оволосінням рекомендується післяопераційна епіляція.	З урахуванням відсутності достовірних даних, офіційну рекомендацію щодо застосування післяопераційної лазерної депіляції дати не вдалося. Лазерну депіляцію можна окремо розглядати як профілактику рецидивів у молодих пацієнтів із обтяженим сімейним анамнезом із рецидивами захворювання. Рівень доказовості: низький

БПК – найчастіше є клінічною знахідкою, наявність якою встановлюється при проктологічному огляді пацієнта з приводу іншої перианальної патології або під час проведення рутинних профоглядів. БПК характеризується наявністю морфологічного субстрату захворювання (найчастіше – наявність первинних норицевих отворів), проте без клінічних проявів, які помічає пацієнт. В Р1 та Р2 відсутні рекомендації щодо лікувальної тактики при БПК, в наведених гайдлайнах БПК не виокремлюється в окрему категорію. В Р3 БПК – є окремим питанням, хірургічне лікування при якому не рекомендується. Не рекомендуються хірургічне лікування БПК і у низці наукових робіт, натомість запропонована очікувальна тактика та ретельна гігієна крижово-куприкової та перианальної

ділянок (Choy & Srinath, 2019; Walker et al., 2023).

#### **Вибір методу хірургічного лікування для рецидивної форми ПХ (РПХ)**

Питання лікування РПХ є одним з найбільш дискусійних у виборі загальної стратегії лікування ПХ. Сучасні уявлення щодо лікування РПХ засновані на зменшенні ступеню хірургічної агресії, зменшенню хірургічної травми, зменшенню кількості днів перебування пацієнта в стаціонарі та пришвидшенню повернення пацієнта до роботи (Velotti et al., 2019). Такий підхід відображений, перш за все, у Р1 де запропоноване використання ненапружних методик (більш травматичних), після неефективності застосування можливого спектру міні-інвазивних можливостей лікування ПХ. В Р1 та Р2 наголошується на необ-

**Таб. 2.** Порівняння клінічних настанов щодо методу лікування та оцінки його необхідності для БПК

The American Society of Colon and Rectal Surgeons' Clinical Practice Guidelines for the Management of Pilonidal Disease (2019)	Consensus statement of the Italian society of colorectal surgery (SICCR): management and treatment of pilonidal disease (2021)	German National Guideline on the management of pilonidal disease (2020)
Рекомендації відсутні.	Рекомендації відсутні.	Немає показів для профілактичного лікування пацієнтів з безсимптомним перебігом захворювання. Рівень доказовості: низький

**Таб. 3.** Порівняння клінічних настанов щодо методів хірургічного лікування рецидивної форми ПХ

The American Society of Colon and Rectal Surgeons' Clinical Practice Guidelines for the Management of Pilonidal Disease (2019)	Consensus statement of the Italian society of colorectal surgery (SICCR): management and treatment of pilonidal disease (2021)	German National Guideline on the management of pilonidal disease (2020)
Оперативні стратегії при РПХ повинні розрізняти наявність гострого абсцесу та хронічного захворювання. Для лікування РПХ можуть бути показані процедури на основі клаптевих (неналяжних) методик, якщо попередні місцеві висічення або численні дренажні та малоінвазивні методики не були ефективними. Ступінь рекомендації: сильна рекомендація на основі доказів низької якості, 1С	Лікування РПХ аналогічне до презентації “de novo” (1С). Висновок експертної групи: хірургічні процедури при РПХ не відрізняються від таких, що застосовуються при первинній ПХ. Навіть у випадку рецидиву, хірургічне лікування має бути адаптоване до кожного пацієнта.	Рекомендації відсутні.

хідності чіткої диференціації форми рецидиву: у вигляді пілонідаального абсцесу (ПА) або кісти. Таке положення зумовлене тим, що наявність ПА є необхідністю лікування пацієнта за алгоритмом ліквідації гострого гнійного запалення, що є протипоказом для використання окремих видів хірургічного лікування ПХ (зокрема, клаптевих методик) (Hosseini et al., 2006). В Р2 наголошується, що питання РПХ є індивідуальним і має бути адаптованим до кожного конкретного пацієнта. В Р3 відсутні конкретні рекомендації щодо тактики при РПХ, проте, розгляд окремих видів хірургічного лікування у тексті гайдлайну відповідає загальним рекомендаціям наведеним у Р2.

#### Висновки

Діагностично-лікувальні стратегії, що відображені у клінічних настановах (Р1, Р2, Р3) засновані на доказовій базі та аналізі даних досліджень проведених у сфері лікуванні ПХ, що зумовлює наявність сутнісної кореляції між рекомендаціями, які стосуються вибору методу профілактики та нехірургічних процедур, що знижують ризик рецидиву ПХ, методу лікування та оцінки його необхідності

для БПК, методів хірургічного лікування рецидивної форми ПХ. Деякі відмінності між клінічними настановами, на нашу думку, зумовлені різною формою загальної структури консенсусів та вибором основних питань, що утворюють перелік в них загальних положень.

#### Фінансування

Дане дослідження не отримало зовнішнього фінансування.

#### Конфлікт інтересів

Автори засвідчують відсутність конфлікту інтересів.

#### Згода на публікацію

Усі автори ознайомлені з текстом рукопису та надали згоду на його публікацію

#### ORCID ID та внесок авторів

[0000-0002-2215-3978](https://orcid.org/0000-0002-2215-3978) (A, B, C, D) Byk Pavlo

[0000-0002-7318-6403](https://orcid.org/0000-0002-7318-6403) (A, E, F) Bilianskyi

Leonid

[0009-0008-9467-4183](https://orcid.org/0009-0008-9467-4183) (E, F) Burka Anatolii

A – Research concept and design, B – Collection and/or assembly of data, C – Data analysis and interpretation, D – Writing the article, E – Critical revision of the article, F – Final approval of the article

## ЛІТЕРАТУРА

Akinci, Ö. F., Bozer, M., Uzunköy, A., Düzgün, Ş. A., & Coşkun, A. (1999). Incidence and aetiological factors in pilonidal sinus among Turkish soldiers. *The European Journal of Surgery = Acta Chirurgica*, 165(4), 339–342. <https://doi.org/10.1080/110241599750006875>

- Awad, M. M. S., Elbaset, A. A., Ebraheem, S., Tantawy, E., Elhafez, M. A., & Elsayed, A. M. (2009). A scoring system as a method to evaluate pilonidal sinus disease to make an easy decision for its management. *Indian Journal of Plastic Surgery : Official Publication of the Association of Plastic Surgeons of India*, 42(1), 43–48. <https://doi.org/10.4103/0970-0358.53011>
- Beal, E. M., Lee, M. J., Hind, D., Wysocki, A. P., Yang, F., & Brown, S. R. (2019). A systematic review of classification systems for pilonidal sinus. *Techniques in Coloproctology*, 23(5), 435. <https://doi.org/10.1007/S10151-019-01988-X>
- Choy, K. T., & Srinath, H. (2019). Pilonidal disease practice points: An update. *Australian Journal of General Practice*, 48(3), 116–118. <https://doi.org/10.31128/AJGP-07-18-4649>
- Doll, D., Brengelmann, I., Schober, P., Ommer, A., Bosche, F., Papalois, A. E., Petersen, S., Wilhelm, D., Jongen, J., & Luedi, M. M. (2021). Rethinking the causes of pilonidal sinus disease: a matched cohort study. *Scientific Reports* 2021 11:1, 11(1), 1–7. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-85830-1>
- Doll, D., Stauffer, V., Diekmann, M., Van Wyk, P., & Luedi, M. M. (2020). Turkey is leading in the 21st century pilonidal sinus disease research. *Turkish Journal of Surgery*, 36(3), 284. <https://doi.org/10.47717/TURKJSURG.2020.4750>
- Doll, D., & Vassiliu, P. (2018). *Another Pilonidal classification - PLLATIN*.
- Fitzpatrick, E. B., Chesley, P. M., Oguntoye, M. O., Maykel, J. A., Johnson, E. K., & Steele, S. R. (2014). Pilonidal disease in a military population: how far have we really come? *American Journal of Surgery*, 207(6), 907–914. <https://doi.org/10.1016/J.AMJURG.2013.07.038>
- Guner, A., Cekic, A. B., Boz, A., Turkyilmaz, S., & Kucuktulu, U. (2016). A proposed staging system for chronic symptomatic pilonidal sinus disease and results in patients treated with stage-based approach. *BMC Surgery*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/S12893-016-0134-5>
- Halleran, D. R., Onwuka, A. J., Lawrence, A. E., Fischer, B. C., Deans, K. J., & Minneci, P. C. (2018). Laser Hair Depilation in the Treatment of Pilonidal Disease: A Systematic Review. *Surgical Infections*, 19(6), 566–572. <https://doi.org/10.1089/SUR.2018.099>
- Hosseini, S. V., Bananzadeh, A. M., Rivaz, M., Sabet, B., Mosallae, M., Pourahmad, S., & Yarmohammadi, H. (2006). The comparison between drainage, delayed excision and primary closure with excision and secondary healing in management of pilonidal abscess. *International Journal of Surgery (London, England)*, 4(4), 228–231. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2005.12.005>
- Iesalnieks, I., Ommer, A., Herold, A., & Doll, D. (2021). German National Guideline on the management of pilonidal disease: update 2020. *Langenbeck's Archives of Surgery*, 406(8), 2569. <https://doi.org/10.1007/S00423-020-02060-1>
- Immerman, S. C. (2021). The Bascom Cleft Lift as a Solution for All Presentations of Pilonidal Disease. *Cureus*, 13(2). <https://doi.org/10.7759/CUREUS.13053>
- Johnson, E. K., Vogel, J. D., Cowan, M. L., Feingold, D. L., & Steele, S. R. (2019). The American society of colon and rectal surgeons' clinical practice guidelines for the management of pilonidal disease. *Diseases of the Colon and Rectum*, 62(2), 146–157. <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000001237>
- Khanna, A., & Rombeau, J. L. (2011). Pilonidal Disease. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 24(1), 46. <https://doi.org/10.1055/S-0031-1272823>
- Mezin-Sarbu, E., & Wohlrab, J. (2023). Epilation and depilation in the genital area – motivation, methods, risks and recommendations from a dermatological point of view. *JDDG: Journal Der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 21(5), 455–462. <https://doi.org/10.1111/DDG.14993>
- Milone, M., Basso, L., Manigrasso, M., Pietroletti, R., Bondurri, A., La Torre, M., Milito, G., Pozzo, M., Segre, D., Perinotti, R., & Gallo, G. (2021). Consensus statement of the Italian society of colorectal surgery (SICCR): management and treatment of pilonidal disease. *Techniques in Coloproctology*, 25(12), 1269. <https://doi.org/10.1007/S10151-021-02487-8>
- Nyandoro, M. G., Teoh, M., Thompson, A., & Fletcher, D. (2023). Surgical Practice Parameters for the Definitive Management of Sacrococcygeal Pilonidal Sinus Disease: Surgeons' Perspective. *Cureus*, 15(5). <https://doi.org/10.7759/CUREUS.39480>
- Quinodoz, P. D., Chilcott, M., Grolleau, J. L., Chavoïn, J. P., & Costagliola, M. (1999). Surgical treatment of sacrococcygeal pilonidal sinus disease by excision and skin flaps: the Toulouse experience. *The European Journal of Surgery = Acta Chirurgica*, 165(11), 1061–1065. <https://doi.org/10.1080/110241599750007900>
- Søndena, K., Andersen, E., Nesvik, I., & Søreide, J. A. (1995). Patient characteristics and symptoms in chronic pilonidal sinus disease. *International Journal of Colorectal Disease*, 10(1), 39–42. <https://doi.org/10.1007/BF00337585>
- Steele, S. R., Hull, T. L., Hyman, N., Maykel, J. A., Read, T. E., & Whitlow, C. B. (2021). The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery: Fourth Edition. *The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery: Fourth Edition*, 1–1216. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-66049-9/COVER>
- Sunkara, A., Wagh, D. D., & Harode, S. (2010). Intermammary Pilonidal Sinus. *International Journal of Trichology*, 2(2), 116. <https://doi.org/10.4103/0974-7753.77526>
- Velotti, N., Manigrasso, M., Di Lauro, K., Araimo, E., Calculli, F., Vertaldi, S., Anoldo, P., Aprea, G., Simone, G. De, Vitiello, A., Musella, M., Milone, M., De Palma, G. D., Milone, F., & Sosa Fernandez, L. M. (2019). Minimally Invasive Pilonidal Sinus Treatment: A Narrative Review. *Open Medicine*, 14(1), 532. <https://doi.org/10.1515/MED-2019-0059>

Walker, H., Hamid, O., Ramirez, J., & Glancy, D. (2023). Diagnosis and management of sacrococcygeal pilonidal disease in primary care. *BMJ*, 382. <https://doi.org/10.1136/BMJ-2022-071511>

## Pilonidal disease: comparative analysis of leading professional organizations clinical guidelines

Byk Pavlo, Bilianskyi Leonid, Burka Anatolii

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

*Abstract:* Pilonidal disease is an inflammatory disease that is most often localized in the sacrococcygeal area and is characterized by the formation of a cyst or abscess with the possible secondary formation of fistulas. Pilonidal disease is a fairly common disease, according to individual studies, the incidence ranges from 26 cases per 100,000 people (USA) to 48 per 100,000 people (Germany). Men are three times more likely to suffer than women. Most often, the disease manifests itself between the ages of 18 and 30. The risk factors for developing the disease are: excess weight, increased hair growth, chronic trauma to the sacrococcygeal area and anatomical features of the gluteal cleft (its shape, depth, configuration). The occurrence and development of the disease in persons of working age often leads to a sharp decrease in work capacity and quality of life. There is still no single, generally accepted classification of pilonidal disease in the world. Today, there are 3 clinical guidelines created by professional associations (USA, Germany, Italy), based on the principles of evidence-based medicine. The purpose of the study is to perform a comparative analysis of the main points of the clinical guidelines of leading professional organizations (German National Guideline on the management of pilonidal disease, The American Society of Colon and Rectal Surgeons' Clinical Practice Guidelines for the Management of Pilonidal Disease, Consensus statement of the Italian society of colorectal surgery: management and treatment of pilonidal disease) regarding the clinical-diagnostic approach and the choice of optimal treatment tactics for patients with certain forms of pilonidal disease. In the study, a review and comparative analysis of literary sources from the scientific databases of medical literature PubMed Central (U.S. National Institutes of Health's National Library of Medicine), ScienceDirect (Elsevier publishing house), Wiley online library, Springer Link, Cochrane library, materials of the 3rd International Pilonidal Conference (2023, Copenhagen, Denmark) and clinical guidelines of specialized organizations of the USA, Germany and Italy. The following issues of diagnosis and treatment of diseases are selected for comparative analysis: choice of prevention method and non-surgical procedures that reduce the risk of disease recurrence; choice of treatment method and assessment of its necessity for asymptomatic pilonidal cysts; the choice of a surgical method of treatment for symptomatic pilonidal cysts; the choice of a method of surgical treatment for a recurrent form of PC. According to the performed analysis, it can be concluded that the diagnostic and therapeutic strategies reflected in the clinical guidelines are based on the evidence base and the analysis of research data conducted in the field of treatment of pilonidal disease, which leads to the existence of an essential correlation between the recommendations related to the choice of a method of prevention and non-surgical procedures that reduce the risk of recurrence of the disease, the method of treatment and assessment of its necessity for the asymptomatic form of the disease, methods of surgical treatment of the recurrent form of the disease. There are differences between clinical guidelines due to varying general consensus structures and main questions chosen to form a list of general provisions.

**Keywords:** analysis, classification, prevention & control, standards, surgery, pilonidal disease, pilonidal cyst, pilonidal abscess.



Copyright: © 2024 by the authors; licensee USMYJ, Kyiv, Ukraine.

This article is an open access article distributed under the terms

and conditions of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).