Эпителиальный копчиковый ход

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: L05, L72.0 · Общероссийская общественная организация "Ассоциация колопроктологов России", Общероссийская общественная организация "Российская ассоциация детских хирургов"

Эпителиальный копчиковый ход — пилонидальная киста/синус в крестцово-копчиковой области и межъягодичной складке, который может протекать бессимптомно, остро воспаляться с абсцессом или переходить в хроническое воспаление со свищами. Рекомендация охватывает диагностику по осмотру и инструментальным методам при распространенных и рецидивирующих формах, а также хирургическую тактику при остром и хроническом воспалении у взрослых и детей.

Главное

- Патогномоничный признак ЭКХ — одно или несколько первичных отверстий по средней линии межъягодичной складки; после вскрытия абсцесса они достаточно четко визуализируются через 2–3 недели.
- Формы ЭКХ: неосложненный без проявлений; острое воспаление — инфильтрация или абсцесс; хроническое воспаление — инфильтрация, рецидивирующий абсцесс или гнойный свищ; также выделяют ремиссию воспаления.
- Диагноз ставят по данным физикального осмотра и инструментального исследования; дифференцируют с фурункулом/карбункулом, гидраденитом, парапроктитом, пресакральными и мягкотканными кистами, менингоцеле, липомой, атеромой, остеомиелитом крестца и копчика.
- При подозрении на ЭКХ нужен осмотр колопроктолога или хирурга с наружным осмотром крестцово-копчиковой области, промежности и заднего прохода, пальпацией межъягодичной складки и трансректальным пальцевым исследованием; УУР С, УДД 5.
- Специфической лабораторной диагностики ЭКХ нет.
- При остром воспалении с абсцессом первично выполняют вскрытие и дренирование флегмоны/абсцесса; УУР С, УДД 4 у взрослых и УДД 5 у детей.
- Основной метод лечения пилонидальной кисты — операция с устранением копчикового хода, всех первичных отверстий, воспалительно измененных тканей и вторичных свищевых отверстий; объем операции зависит от распространенности процесса.

Диагностика

1. Соберите жалобы: боль в крестцово-копчиковой области, гнойное или сукровичное отделяемое, повышение температуры. При хроническом воспалении чаще есть дискомфорт, выделения слизи и гноя, мокнутие, зуд, первичные и вторичные отверстия.
2. Уточните факторы и анамнез: травмы крестцово-копчиковой области, избыточный вес, повышенная потливость, сидячий образ жизни, длительность и характер жалоб.
3. Осмотрите пациента лежа на животе или в коленно-локтевой позиции: оцените число и расположение первичных/вторичных отверстий, кожу крестцово-копчиковой, перианальной областей и ягодиц, наличие гиперемии и отека.
4. Пальпируйте межъягодичную складку для выявления рубцов и воспаления; выполните трансректальное пальцевое исследование, чтобы исключить связь процесса с прямой кишкой и инфильтрат/абсцесс в ишиоанальном или ишиоректальном пространстве. У женщин проводят бимануальное влагалищное исследование.
5. При ЭКХ рекомендовано УЗИ мягких тканей крестцово-копчиковой области; при подозрении на вовлечение клетчаточных пространств таза — трансректальное УЗИ прямой кишки. Уровень убедительности рекомендаций С; УДД 4 у взрослых, УДД 5 у детей.
6. У взрослых и подростков старше 16 лет при подозрении на распространение воспаления в клетчатку таза или для дифференциальной диагностики с пресакральными кистами, тератомами, менингоцеле, остеомиелитом выполняют МРТ органов малого таза; УУР С, УДД 4.

Лечение

- Консервативная терапия, диетотерапия и обезболивание как самостоятельный раздел лечения ЭКХ в рекомендации не представлены.
- Острый абсцесс ЭКХ вскрывают и дренируют: полость абсцесса пунктируют в точке наибольшей флюктуации, шприцем откачивают жидкое содержимое и направляют его на микробиологическое (культуральное) исследование гнойного отделяемого на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, затем вскрывают полость продольным разрезом.
- Окончательное лечение проводят после регресса местного воспаления, обычно не ранее 5–7 дней. У детей при остром воспалении ограничиваются вскрытием абсцесса и кюретажем без иссечения хода; радикальное лечение — не ранее чем через 1 месяц после купирования воспалительного процесса.
- При хроническом воспалении с прямым ходом без гнойных затеков и выраженной инфильтрации возможна эндоскопическая абляция пилонидального синуса: эффективность 93%, рецидивы 6,3%, осложнения 1,1%; УУР В/УДД 2 у взрослых, УУР С/УДД 4 у детей.
- При неосложненном хроническом воспалении с прямым ходом без затеков и выраженной инфильтрации применяют лазерную термооблитерацию; ее можно повторять при неэффективности первой процедуры. Эффективность после одного сеанса 80–90%, рецидивы 15,2–36,6%; УУР С, УДД 4.
- При хроническом воспалении в стадии гнойного свища или ремиссии, если ход прямой и нет затеков/выраженной инфильтрации, выполняют синусэктомию; противопоказаны разветвления, гнойные затеки и полости, большая удаленность первичных и вторичных отверстий. Эффективность 83,8–94,0%, рецидивы 5,8–16,2%; УУР В, УДД 1.
- При хроническом воспалении с извитым ходом, затеками и вторичными отверстиями у взрослых выполняют иссечение ЭКХ без ушивания раны; УУР В, УДД 1. У детей при такой форме рекомендовано иссечение с ушиванием раны; УУР С, УДД 5.
- При рецидивных или распространенных формах с множественными затеками на обе ягодичные области выполняют асимметричные пластические операции, включая методики Каридакиса, Баскома, Лимберга и их модификации; эффективность 85–90%, рецидивы 6,2–10,2% для Каридакиса/Баскома и 6,4–11,4% для Лимберга. УДД 1 у взрослых, УДД 4 у детей.

Когда направить и как наблюдать

- При первых симптомах воспаления ЭКХ пациенту нужен осмотр колопроктолога; детям до 18 лет — детского хирурга. УУР С, УДД 5.
- Пациент с острым воспалением ЭКХ может быть госпитализирован в колопроктологический или хирургический стационар; дети до 18 лет госпитализируются в детский хирургический стационар.
- Пациент с хроническим воспалением ЭКХ госпитализируется в колопроктологический стационар; дети до 18 лет — в детский хирургический стационар. Плановая диагностика может идти амбулаторно, а хирургическое лечение взрослых возможно в дневном колопроктологическом стационаре.
- Выписка возможна при неосложненном раннем послеоперационном периоде, отсутствии гнойно-септических осложнений в ранах и контролируемой боли, которую можно купировать пероральными препаратами амбулаторно.
- После выписки из стационара на период заживления раны требуется диспансерное наблюдение у колопроктолога или хирурга по месту жительства; УУР С, УДД 4.

Частые вопросы

Какой признак наиболее характерен для эпителиального копчикового хода?

Наличие одного или нескольких первичных отверстий по средней линии межъягодичной складки. При абсцессе их трудно увидеть, но спустя 2–3 недели после вскрытия они достаточно четко визуализируются.

Нужно ли назначать лабораторные анализы для подтверждения ЭКХ?

Специфической лабораторной диагностики ЭКХ не существует.

Когда при ЭКХ нужно делать УЗИ и МРТ?

УЗИ мягких тканей крестцово-копчиковой области рекомендовано пациентам с ЭКХ, а при подозрении на вовлечение клетчатки таза — трансректальное УЗИ. МРТ органов малого таза выполняют взрослым и подросткам старше 16 лет при подозрении на распространение в клетчаточные пространства таза или для дифференциальной диагностики с заболеваниями малого таза, костей таза и позвоночника.

Что делать при остром абсцессе пилонидального синуса?

Первичный метод — вскрытие и дренирование флегмоны или абсцесса. Окончательное лечение проводят после регресса местного воспаления, обычно не раньше 5–7 дней; у детей радикальное лечение — не ранее чем через 1 месяц после купирования воспаления.

Когда подходят малоинвазивные методы лечения ЭКХ?

Эндоскопическую абляцию и лазерную термооблитерацию применяют при хроническом воспалении с прямым ходом, без гнойных затеков и выраженной воспалительной инфильтрации тканей. Синусэктомию выполняют при хроническом воспалении в стадии гнойного свища или ремиссии воспаления при прямом ходе без гнойных затеков и выраженной воспалительной инфильтрации.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/972-epitelialnyj-kopchikovyj-hod. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/972_1