DOI 10.11603/2414-4533.2026.2.16365
УДК 617.559:611.78:616-003.4:616.89-02-089

©**Ігор Шевчук**
ORCID: https://orcid.org/0009-0002-8135-1728

©**Ігор Садовий**
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-1476-7555

Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-Франківськ, Україна

Пілонідальна хвороба: сучасні підходи в хірургії одного дня

Мета роботи: вивчити переваги та недоліки сучасних методик лікування пілонідальної хвороби.
Матеріали методи. У дослідженні проаналізовано результати лікування 298 пацієнтів із пілонідальною хворобою, які перебували на амбулаторному та стаціонарному лікуванні. Консервативне лікування провели у 24 хворих. Хірургічні не ексцизійні процедури виконали у 201 пацієнта, серед них: розкриття, санація та дренування при гострому абсцесі пілонідальної хвороби; трепанація (Gips-tehnique) та pit-picking (метод Bascom I). Хірургічні ексцизійні операції провели у 73 хворих, а саме: широке ексцизійне втручання по серединній лінії з/без закриття шкіри та закриття шкіри поза серединною лінією, що передбачало латералізацію післяопераційної рани (Karydakis-клапоть).
Результати. Консервативне лікування є ефективним у більшості пацієнтів із хронічною пілонідальною хворобою I–IIa ступенів і/або «безсимптомним перебігом». Після розкриття, санації та дренування гострого абсцесу пілонідальної хвороби 22,7 % пацієнтів більше не звертались за допомогою. Хірургічні не ексцизійні методики (трепанації за Gips та Bascom I) можливо проводити в амбулаторних умовах під місцевою анестезією, а їх тривалість складає 15–30 хв, а повна втрата працездатності – всього 2–3 дні. Проте ймовірність рецидивів, згідно з нашими даними, складає 14–18 %. Хірургічні ексцизійні методики (широке ексцизійне втручання по серединній лінії з/без закриття шкіри) потребують проведення спинномозкової чи загальної анестезії в умовах стаціонару. Кількість рецидивів склала 12,8–15,4 %, а втрата працездатності – від 8–12 діб до 30–42. Закриття шкіри поза серединною лінією, що передбачає латералізацію післяопераційної рани пілонідальної хвороби (ПХ) (Karydakis-клапоть), проведено стаціонарним хворим із рецидивною або хронічною ПХ IV ступеня. Операція в середньому тривала 70–110 хв, повна втрата працездатності склала 9–14 діб, а кількість рецидивів – 8,3 %.
Висновки. Ідеальна операція при пілонідальній хворобі – це хірургічна операція, що проводиться під місцевою анестезією з незначною кількістю ускладнень та низьким рівнем рецидивів, із хорошим косметичним результатом та мінімальним терміном непрацездатності пацієнта. Саме тому хірургія одного дня (day surgery / ambulatory surgery) набуває все більшого значення: пацієнт приходить, отримує лікування і йде додому в той же день, що знижує навантаження на стаціонар і пришвидшує його повернення до активного життя.

Ключові слова: пілонідальна хвороба; хірургічне лікування; хірургія одного дня.

Постановка проблеми й аналіз останніх досліджень та публікацій. Пілонідальна хвороба (ПХ) – комплекс патологічних проявів, які виникають під впливом несприятливих анатомо-фізіологічних факторів і зовнішніх чинників, кінцевою морфологічною реалізацією якого є формування пілонідальної кісти переважно міжсідничної складки.

Захворюваність на пілонідальні кісти крижово-куприкової ділянки складає 23–26 випадків на 100 тис. дорослого населення. Впродовж останніх років кількість операційних втручань внаслідок гострого апендициту та пахової кили знизилась, натомість кількість випадків ПХ зросла. В структурі колопроктологічної патології ПХ складає 8,5–43,4 %, займаючи 4 місце після гемороїдальної хвороби, парапроктиту та анальної тріщини. Вік пацієнтів у середньому становить 17–35 років, а співвідношення чоловіків та жінок – 3:1. Маніфестацію даного захворювання найчастіше спостерігають під час статевого дозрівання, причини таких закономірностей – це зміни росту і розподілу волосся, вплив гормонів на шкіру, дозрівання апокринових залоз та зміна мікробіоти шкіри [1].

Наявність декількох втягнень і/або первинних норицевих отворів (ПНО) у міжсідничній складці є достатньою підставою для постановки попереднього діагнозу ПХ під час проведення проктологічного огляду. Дані утворення розташовуються виключно по серединній лінії міжсідничної складки і мають епітеліальну вистилку. Діагноз ПХ підтверджують поширені в бічному напрямку вторинні норицеві отвори (ВНО), котрі складаються з грануляційної тканини. ВНО зазвичай поодинокі, розташовані поблизу і вище ПНО по серединній лінії, виникають спонтанно або при абсцедуванні. Також ВНО можуть бути мінімально відхилені від серединної лінії у міжсідничній складці, множинними, двосторонніми, віддаленими, розташованими нижче ПНО або можуть бути відсутніми [1, 2].

Для постановки діагнозу ПХ загальноклінічні лабораторні обстеження не є інформативними. Ультразвукове дослідження (УЗД) та магнітно-резонансну томографію (МРТ) не використовують для діагностики ПХ чи перед хірургічним втручанням. Мікробіологічні дослідження перед операційним втручанням також не потрібно проводити [2].

Диференційну діагностику ПХ необхідно виконувати з хронічним парапроктитом, гнійним гідраденітом та pyoderma fistulans sinifica (PFS), відому як «хвороба лисячої нори». При хронічному парапроктиті варто застосувати трансректальне УЗД, МРТ, проктологічний огляд під анестезією. При гнійному гідраденіті наявні болючі вузлики, глибоко розташовані в м'яких тканинах, мають типове анатомічне розташування (пахви, пахвини, промежина), розвиток захворювання відбувається впродовж 6 місяців [6]. PFS – це рідкісне хронічне інфекційне захворювання шкіри та підшкірної клітковини, що характеризується утворенням глибоких, епітелізованих нориць у підшкірному жирі, які нагадують нору лисиці. Хвороба вражає переважно чоловіків, супроводжується гнійними виділеннями, а її лікування вимагає широкого хірургічного висічення до фасції, оскільки антибіотики малоефективні [3].

На першій міжнародній конференції пілонідальної хвороби у Берліні в 2017 р. було запропоновано класифікацію ПХ, згідно з якою усіх хворих поділили на 4 типи. До першого типу належали пацієнти, які мали будь-яку кількість ПНО, розміщені вище куприка та відсутні операції чи дренування абсцесу ПХ в анамнезі. До другого типу віднесли хворих, які мали ПНО та ВНО і/або рубці, розміщені вище куприка, дренування абсцесу ПХ в анамнезі та відсутність радикальної операції. До третього тупу належали пацієнти, які мали ПНО та ВНО і/або рубці, розміщені нижче куприка, дренування абсцесу ПХ в анамнезі та відсутність радикальної операції. До четвертого типу віднесли хворих із рецидивом ПХ після проведення будь-якої радикальної операції чи широким дренуванням абсцесу [3].

В цілому лікування ПХ можна поділити на: 1) не хірургічні втручання (кюретаж, гоління, використання кристалізованого фенолу та плазми, збагаченої тромбоцитами); 2) хірургічні не ексцизійні процедури (розкриття, фібриновий клей, трепанація (Gips-tehnique), трепанація з бічним розрізом (Bascom I), EPSiT з ендоскопією, SiLaC) та 3) ексцизійні хірургічні операції (широке ексцизійне втручання по серединній лінії (midline) з/без закриття шкіри; закриття шкіри поза серединною лінією (off-midline) з/без ексцизії порожнини абсцесу (Karydakis, Cleft clousure), що передбачають латералізацію післяопераційної рани; складні процедури з використанням шкірних клаптів після широкої ексцизійної хірургії (Limberg-flap, Rhomboid flap та ін.) [3, 4].

Кристалізований фенол (Crystallized Phenol Treatment, CPT) – використання методу в амбулаторних умовах під місцевою анестезією. Фенол спричиняє інтенсивну запальну реакцію, яка руйнує епітеліальну вистилку ходу. Показники успіху варіюються від 60 до 95 %. В одному дослідженні єдина ін'єкція фенолу дала 90 % успіх [5].

Хірургічні не ексцизійні процедури:

– розкриття, санація та дренування при гострому абсцесі ПХ;

– трепанація (Gips-tehnique), заснована на зондуванні норицевих ходів та наступного кюретажу пілонідальної кісти та ходів різного розміру кюретажними ложками через отвори, виконані завдяки шкірним трепанам. Методика виконується під місцевим знеболюванням. За допомогою шкірних трепанів різного діаметра вирізають усі видимі ПНО та ВНО. В порожнині пілонідальної кісти видаляють усі залишкові патологічні тканин. Шкірні отвори трепанів залишають відкритими [2, 4];

– Pit-picking (метод Bascom I) – класичний амбулаторний метод. Процедуру зазвичай виконують під місцевою анестезією (84 % пацієнтів) як денна хірургія. Суть – видалення ПНО у серединній лінії та кюретаж ходів без широкого висічення тканин. Загальний успіх методу складає близько 68 % при низькому рівні ускладнень і високій задоволеності пацієнтів косметичним результатом [2, 4];

– EPSiT (Endoscopic Pilonidal Sinus Treatment) – ендоскопічний підхід: через мінімальний розріз вводять ендоскоп, виконують огляд і санацію ходів під прямим контролем зору [2, 4];

– SiLaC (Sinus Laser Closure / Sinus Laser-Assisted Closure) – під час даної методики використовують радіальне волокно діодного лазера 1470 нм для деструкції епітелію і контракції ходів після кюретажу. Всю процедуру виконують амбулаторно, під місцевою або регіонарною анестезією [2, 4];

– комбінація EPSiT + SiLaC – найактуальніший підхід у 2025 р. Дослідження 2025 р. включало 83 пацієнів (вік 15–50 років). Середній час операції – (25±5,4) хв. Оцінка болю за VAS через 24 год – лише (1,2±0,6) бала. 92,3 % пацієнтів повернулися до роботи або нормальної активності протягом 24 год. Середній час загоєння – 17,3 дня,

95 % досягли повної епітелізації за 3 тижні. Рівень рецидивів за 6 місяців – лише 3,6 % [2, 4];

Комбінація SiLaC + EPSiT демонструє мінімальний біль, швидке повернення до повсякденної активності, низький рівень рецидивів і відмінні косметичні результати [2, 4].

Міжнародне товариство лазерної проктології (ISoLP) опублікувало позиційний документ із 10 ключовими рекомендаціями щодо стандартизації технік SiLaC та EPSiT, що свідчить про активну інституціоналізацію цих методів у глобальній практиці [2, 4].

Хірургічні ексцизійні операції: для складних або рецидивних випадків залишаються актуальними операціями з переміщенням клаптів, які також можна виконувати в умовах денної хірургії. Метод Karydakis – асиметричне висічення з первинним закриттям убік від серединної лінії. Клапоть Limberg – ромбоподібне висічення з транспозиційним клаптем. Щодо косметичних результатів, клапоть Karydakis перевершує Limberg і дає швидше повернення до нормального життя. Водночас між двома групами не було статистично значущих відмінностей у частоті розходження ран, болю, серомоутворення та рецидивів. З огляду на кращу косметику і задоволеність пацієнтів, метод Karydakis рекомендується як стандартна техніка [2, 4].

Британське масштабне дослідження PITSTOP охоплює весь спектр методів – від ін'єкцій фенолу та pit-picking до EPSiT, клаптів Karydakis і Limberg – з метою визначити оптимальні стратегії для різних клінічних ситуацій (табл.).

Незважаючи на велику кількість запропонованих видів операційних втручань та методик хірургічного лікування ПХ, частота рецидивів даного захворювання складає 9,7–33 %, післяопераційні ускладнення: 4,2–25,0 %, а терміни лікування інколи можуть перевищувати 30–70 днів.

Мета роботи: вивчити переваги та недоліки сучасних методик лікування пілонідальної хвороби.

Матеріали і методи. У дослідженні проаналізовано результати лікування 298 пацієнтів із пілонідальною хворобою в період з 2018 р. до 2025 р., які перебували на амбулаторному та стаціонарному лікуванні в КНП «Івано-Франківська обласна клінічна лікарня». Вік пацієнтів у середньому складав 18–32 роки, а співвідношення чоловіків та жінок становило 3:1.

Обстеження пацієнтів проводили відповідно до загальноприйнятої процедури. При зборі скарг та анамнезу захворювання уточнювали тривалість ПХ, чи були раніше епізоди абсцедування та операції на крижово-куприковій ділянці. З анамнезу життя – травми крижово-куприкової ділянки. Проктологічний огляд виконували за загальноприйнятою методикою, під час котрого проводили ретельний огляд міжсідничної складки та сідниць для діагностування абсцесу ПХ, ПНО, ВНО, післяопераційних рубців. Виконували пальпацію крижово-куприкової ділянки для визначення запальних змін – інфільтрації тканин, ділянок можливого больового відчуття, виділення рідини з ВНО. При наявності останніх – виконували зондування та пробу з барвником. Всім пацієнтам проводили електрокардіографію, рентгенографію грудної клітки та огляд гінеколога для жінок.

Диференційну діагностику виконували з гострим та хронічним парапроктитом, нагноєною атеромою куприкової ділянки, гнійним гідраденітом та декубітасом (пролежнем). УЗД і/або ТрУЗД проводили у пацієнтів як диференційну діагностику хронічного парапроктиту. МРТ чи КТ призначали в окремих випадках для виключення остеомієліту, пухлин або аномалій розвитку крижово-куприкової ділянки.

Таблиця. Порівняльна характеристика методів лікування пілонідальної хвороби

Метод	Анестезія	Час операції, хв	Повернення до роботи	Рецидив,%	Можливість проведення в амбулаторних умовах
СРТ	Місцева	15–20	1–2 дні	5–40	Так
Pit-picking	Місцева	20–30	1–3 дні	10–20	Так
SiLaC	Місцева	20–30	24–48 год	10	Так
EPSiT + SiLaC	Місцева / регіонарна	25	24 год (92 %)	3,6	Так
Karydakis	СМА / загальна	45–60	7–14 днів	5–10	Так / ні
Limberg	СМА / загальна	45–60	10–14 днів	3–8	Так / ні
Відкрите висічення	Загальна	30–45	30–70 днів	До 30	Ні

Для попереднього діагнозу використовували класифікацію за І. А. Луріним та співавт. (2013):

– гостра ПХ (гострий гнійний фолікуліт; гострий пілонідальний абсцес (фаза інфільтрації / абсцедування));

– хронічна ПХ (з формуванням ПНО (у тому числі «безсимптомний пербіг»; із формуванням ВНО, як результат дренування гострого пілонідального абсцесу збоку від дна міжсідничної складки;

– рецидивна ПХ – післяопераційний рецидив.

Для постановки клінічного діагнозу та вибору подальшої тактики лікування дану класифікацію доповнювали класифікацією, запропонованою A. Guner (2017):

– I ступінь (поодинокий ПНО на дні міжсідничної складки, ВНО відсутні);

– II ступінь (декілька ПНО на дні міжсідничної складки, ВНО відсутні: IIа ступінь (2–3 ПНО на дні міжсідничної складки); IIв ступінь – більше 3 ПНО);

– III ступінь (наявні ПНО та ВНО з одного боку від дна міжсідничної складки);

– IV ступінь (крім ПНО наявні два або більше ВНО з обох боків від дна міжсідничної складки);

– R ступінь (післяопераційний рецидив після будь-якого операційного лікування).

Консервативне лікування провели у 24 (8 із 298) пацієнтів із ПХ, що передбачало епіляцію волосся міжсідничної складки та дотримання правил особистої гігієни.

Хірургічні не ексцизійні процедури провели у 201 (67,5 % із 298) хворого, серед них:

– розкриття, санація та дренування при гострому абсцесі ПХ 97 (48,3 % із 201), які виконували під місцевою анестезією в амбулаторних умовах, антибіотики призначали тільки пацієнтам з імуносупресією, хворобою Крона чи лейкопенією;

– трепанацію (Gips-tehnique) застосовано у 61 (30,3 % із 201) хворих на ПХ. За допомогою шкірних трепанів різного діаметра вирізали усі видимі ПНО та ВНО. В порожнині пілонідальної кісти видаляли (шляхом кюретажу) усі залишкові патологічні тканин. Шкірні отвори трепанів залишали відкритими. Процедуру виконували під місцевим знеболюванням в амбулаторних умовах;

– Pit-picking (метод Bascom I) виконано у 43 (21,4 % із 201) пацієнтів. Проводили видалення ПНО у серединній лінії та кюретаж ходів без широкого висічення тканин під місцевою анестезією в амбулаторних умовах.

Хірургічні ексцизійні операції провели у 73 (24,5 % із 298) пацієнтів, а саме:

– широке ексцизійне втручання по серединній лінії із закриттям шкіри виконали у 26 (35,6 % із 73), операцію проводили відповідно до загальноприйнятої процедури під спинномозковою чи загальною анестезією в умовах стаціонару;

– широке ексцизійне втручання по серединній лінії без закриття шкіри – у 35 (47,9 % із 73) хворих на ПХ провели згідно із загальноприйнятою процедурою під спинномозковою чи загальною анестезією в умовах стаціонару;

– закриття шкіри поза серединною лінією, що передбачає латералізацію післяопераційної рани, провели (Karydakis-клапоть) у 12 (16,5 % із 73) пацієнтів відповідно до Karydakis-методики асиметричного висічення пілонідальної кісти з первинним закриттям шкірної рани убік від серединної лінії.

Результати. Консервативне лікування було ефективним у 19 (79,1,2 % із 24) хворих з ПХ. Дані пацієнти в більшості з хронічною ПХ (із формуванням ПНО «безсимптомний пербіг») I–IIа ступенів. У 5 (20,9 % із 24) хворих були проведені успішні хірургічні не ексцизійні процедури.

Розкриття, санація та дренування при гострому абсцесі ПХ у середньому тривали 10–15 хв, втрата працездатності склала 1–2 дні, а кількість рецидивів – 77,3 % (у 75 із 97), проте 12 (22,7 %) пацієнтів більше не зверталися за медичною допомогою. Трепанації за Gips-tehnique проводили у пацієнтів із хронічною ПХ I–IIа–IIв ступенів. Дана амбулаторна процедура в середньому тривала 15–20 хв, повна втрата працездатності склала 2–3 дні, а кількість рецидивів – 18 % (у 11 із 61). Цих 11 пацієнтів у майбутньому успішно прооперували за іншими ексцизійними методиками. Хірургічний не ексцизійний метод Bascom I проводили у пацієнтів із хронічною ПХ II–III ступенів. Дана амбулаторна процедура у середньому тривала 20–30 хв, повна втрата працездатності склала 2–3 дні, а кількість рецидивів – 14 % (у 6 із 43). Цих 6 пацієнтів у майбутньому успішно прооперували за іншими ексцизійними методиками.

Широке ексцизійне втручання по серединній лінії із закриттям шкіри проводили у стаціонарних хворих із хронічною ПХ II–III ступенів. Дана операція в середньому тривала 30–45 хв, повна втрата працездатності склала 8–12 днів, а кількість рецидивів – 15,4 % (у 4 із 26). Цих 4 пацієнтів у майбутньому успішно прооперували за методикою закриття шкіри поза серединною лінією, що передбачала латералізацію післяопераційної рани. Широке ексцизійне втручання по серединній лінії без закриття шкіри в умовах стаціонару виконали хворим із хронічною ПХ III–IV ступенів. Операція в середньому тривала 25–40 хв, повна втрата працездатності склала 30–42 дні, а кількість рецидивів – 12,8 % (у 5 із 35). Цих 5 пацієнтів у майбут-

ньому успішно прооперували за методикою закриття шкіри поза серединною лінією, що передбачала латералізацію післяопераційної рани.

Закриття шкіри поза серединною лінією, що передбачають латералізацію післяопераційної рани (Karydakis-клапоть) проведено стаціонарним хворим із рецидивною або хронічною ПХ IV ступеня. Операція в середньому тривала 70–110 хв, повна втрата працездатності склала 9–14 днів, а кількість рецидивів – 8,3 % (у 1 із 12 осіб).

Обговорення. Традиційна відкрита хірургія потребує загального знеболювання, госпіталізації, залишає великі рани, що гояться місяцями, супроводжується значним рубцюванням, тривалою відсутністю на роботі та високим рівнем рецидивів до 30 %. Саме тому активно досліджуються і впроваджуються в практику сучасні хірургічні не ексцизійні процедури (використання кристалізованого фенолу, EPSiT, SiLaC) чи їх комбінації. Проте для проведення EPSiT чи SiLaC потрібне дороговартісне обладнання, котре не завжди є доступним у комунальних лікарнях. Натомість трепанація Gips-tehnique та методика pit-picking (метод Bascom I) не вимагає спеціального обладнання, проводиться в амбулаторних умовах, під місцевою анестезією і триває в середньому 15–30 хв. Як і в сучасній літературі, так і згідно з нашими дослідженнями, дані не ексцизійні методики мають хороший косметичний результат, мінімальний термін втрати працездатності та, як результат, висока задоволеність пацієнтів. Проте ймовірність рецидивів, згідно з нашими даними, складає 14–18 %.

Основним у лікуванні ПХ є максимальне збереження тканин, мінімальний післяопераційний біль і швидке повернення до роботи. Комбінація EPSiT + SiLaC наразі показує найкращі ранні результати серед хірургічних не ексцизійних методів та ідеально відповідає концепції хірургії одного дня. При рецидивній чи хронічній ПХ IV ступеня найефективнішими є методики з латералізацію післяопераційної рани (Karydakis-клапоть), але навіть їх намагаються виконувати амбулаторно. Відкрите висічення з відкритим загоєнням поступово відходить у минуле.

Висновки. Ідеальна операція при ПХ – це невелика хірургічна операція (хірургія одного дня), що проводиться під місцевою анестезією зі незначною кількістю ускладнень та низьким рівнем рецидивів, із хорошим косметичним результатом та мінімальним терміном непрацездатності пацієнта. Саме тому хірургія одного дня (day surgery / ambulatory surgery) набуває все більшого значення: пацієнт приходить, отримує лікування і йде додому в той же день, що знижує навантаження на стаціонар і пришвидшує його повернення до активного життя.

Конфлікт інтересів. Автори, які взяли участь у цьому дослідженні, заявили, що у них немає конфлікту інтересів.

Джерела фінансування. Власні кошти авторів. Зовнішні джерела фінансування і підтримки були відсутні. Гонорари або інші компенсації не виплачувалися.

Внесок авторів. Шевчук Ігор – ідея, концепція та дизайн дослідження, аналіз отриманих результатів. Садовий Ігор – збір матеріалу дослідження, огляд літератури, написання тексту, підготовка тексту статті.

References

1. Cema YV. Svitovi tendencii v likuvanni pilonidalnoi hvoroby (epitelialnoho kuprykovoho hodu) [World trends in the treatment of pilonidal disease (epithelial coccygeal cancer)]. *Hirurgiya Ukrainy – Surgery of Ukraine.* 2017; 4:7-16. Ukrainian.
2. Dotun Ojo , Gaetano Gallo, Jos Kleijnen, Susanne Haas, et al. European Society of Coloproctology guidelines for the management of pilonidal disease. *Br J Surg.* 2024 Oct.1; 111(10):znae237. DOI: 10.1093/bjs/znae237.
3. Gosselink MP, Jenkins L, Toh JWT, Cvejic M, Kettle E, Boadle RA, Cterctеko G. Scanning electron microscope imaging of pilonidal disease. *Tech Coloproctol.* 2017 Nov.; 21(11):905-06. DOI: 10.1007/s10151-017-1702-0.
4. Kuckelman JP. Pilonidal Disease: Management and Definitive Treatment. *Dis Colon Rectum.* 2018 Jul.; 61(7):775-77. DOI: 0.1097/DCR.0000000000001121.
5. Garg P. Anal fistula and pilonidal sinus disease coexisting simultaneously: An audit in a cohort of 1284 patients. *Int Wound J.* 2019 Oct.; 16(5):1199-205. DOI: 10.1111/iwj.13187.
6. Sibbald RG, Mufti A. Hidradenitis suppurativa. *CMAJ.* 2015 Nov.3; 187(16):1235. DOI: 10.1503/cmaj.150018.
7. Ludwig K, et al. Fox Den Disease: An Interesting Case Following Delayed Diagnosis. *Wounds.* 2015; 27(6):170-73.
8. Doll D, Bosche F, Hauser A, Moersdorf P, Sinicina I, Grundwald J, et al. The presence of occipital hair in the pilonidal sinus cavity-a triple approach to proof. *Int J Colorectal Dis.* 2018 May; 33(5):567-76. DOI: 10.1007/s00384-018-2988-8.
9. Laffert M, StadieV, Ulrich J, March WC,Wohlrab J. Morphology of pilonidal sinus disease: some evidence of its being a unilocalized type of hidradenitis suppurativa. *Dermatology.* 2011; 223(4):349-55. DOI: 10.1159/000335373.

Надійшла до редакції / Received for editorial office on: 21.05.2026
Прийнята після рецензування / Accepted after review on: 23.05.2026
Подана до друку / Submitted for printing on: 25.05.2026

Електронна адреса для листування: isadovyi@ifnmu.edu.ua

Ihor Shevchuk, Ihor Sadovyi

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

Pilonidal disease: modern approaches in same-day surgery

The aim of the work: to investigate the advantages and disadvantages of modern treatment methods for pilonidal disease.
Materials and Methods. The treatment outcomes of 298 patients with pilonidal disease who received outpatient and inpatient care were analyzed. Conservative treatment was performed in 24 patients with pilonidal disease. Non-excision surgical procedures were performed in 201 patients, including: incision, debridement, and drainage for acute pilonidal abscess; trepanation (Gips technique) and pit-picking (Bascom I method). Surgical excision procedures were performed in 73 patients, specifically: wide excision along the midline with or without skin closure and skin closure outside the midline, which involved lateralization of the postoperative wound (Karydakis flap).
Results. Conservative treatment is effective in most patients with stage I–IIa chronic pilonidal disease and/or an "asymptomatic course." After incision, debridement, and drainage of an acute pilonidal abscess, 22.7 % of patients did not seek further medical care. Non-excision surgical techniques (Gips and Bascom I trepanation) can be performed on an outpatient basis under local anesthesia; the procedure takes 15–30 minutes, and the total time off work is only 2–3 days. However, according to our data, the probability of recurrence is 14–18 %. Surgical excisional techniques (wide excision along the midline with or without skin closure) require spinal or general anesthesia in an inpatient setting. The recurrence rate was 12.8–15.4 %, and the duration of disability ranged from 8–12 days to 30–42 days. Skin closure outside the midline, involving lateralization of the postoperative wound (Karydakis flap), was performed on inpatients with recurrent or chronic stage IV PH. The operation lasted an average of 70–110 minutes, total time off work was 9–14 days, and the recurrence rate was 8.3 %.
Conclusions. The ideal surgical procedure for pilonidal disease is one performed under local anesthesia, with few complications and a low recurrence rate, yielding good cosmetic results and minimizing the patient's time off work. This is precisely why day surgery (day surgery / ambulatory surgery) is becoming increasingly important: the patient arrives, receives treatment, and goes home on the same day, which reduces the burden on the hospital and speeds up their return to an active life.

Key words: pilonidal disease; surgical treatment; day surgery.

Відомості про авторів
Шевчук Ігор – доктор медичних наук, професор кафедри хірургії та кардіохірургії, Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-Франківськ, Україна, e-mail: *ishevchuk@ifnmu.edu.ua.*
Садовий Ігор – кандидат медичних наук, доцент кафедри хірургії та кардіохірургії, Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-Франківськ, Україна, e-mail: *isadovyi@ifnmu.edu.ua.*

Information about the authors
Shevchuk Ihor – DSc (Medicine), Professor, Department of Surgery and Cardiac Surgery, Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine, e-mail: *ishevchuk@ifnmu.edu.ua.*
Sadovyi Ihor – PhD (Medicine), Associate Professor, Department of Surgery and Cardiac Surgery, Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine, e-mail: *isadovyi@ifnmu.edu.ua.*