

СИНО

ISSN: 2707-5265

ЕВРАЗИЙСКИЙ
НАУЧНО - МЕДИЦИНСКИЙ
ЖУРНАЛ

Eurasian Scientific and Medical Journal «Sino»



2026 #3
ТОМ 7 #3

Евразийский научно-медицинский журнал «Сино»

Том 7, № 3, 2026

Eurasian Scientific and Medical Journal «Sino»

Vol. 7, N 3, 2026

ISSN: 2707-5265

Журнал зарегистрирован Министерством культуры
Республики Таджикистан
Свидетельство о регистрации - № 103 от 27.03.2019 г.
Вновь перерегистрирован - № 398 от 24.02.2025 г.

Издание Ассоциации общественного здравоохранения Таджикистана

Основан в 2019 г. Журнал выходит 1 раз в 3 месяца.
Периодичность – 4 номера в год

Сайт журнала:
www.eurasian-journal-sino.tj

Все права защищены. Никакая часть издания
не может быть воспроизведена
без согласия редакции

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.
Ответственность за содержание рекламных материалов несут
рекламодатели

Адрес редакции журнала:
734018, Таджикистан, г. Душанбе, пр. С. Шерози, 16
Статьи отправить по адресу: sino-journal@mail.ru

Журнал рассчитан на научных работников и преподавателей
медицинских вузов, руководителей учреждений
здравоохранения и практических врачей

Журнал индексируется в Российском индексе
научного цитирования (РИНЦ), Crossref, Science Index

**Евразийский научно-медицинский журнал «Сино» включён
в Перечень ведущих рецензируемых научных изданий
ВАК при Президенте Республики Таджикистан,
рекомендованных для публикаций основных научных
результатов диссертаций на соискание учёных степеней
доктора и кандидата наук**

ISSN: 2707-5265

The journal is registered by the Ministry of Culture
of the Republic of Tajikistan
Certificate of registration - N 103 from 27.03.2019
Re-registered - N 398 from 24.02.2025

Publication of the Public Health Association of Tajikistan

Founded in 2019. The magazine is published once every 3 months.
Frequency - 4 issues per year

Journal website:
www.eurasian-journal-sino.tj

All rights reserved.
No part of the publication may be reproduced without the consent
of the publisher

Editorial opinion may not coincide with the opinion of the authors.
Responsible for the content of advertisements are advertisers

Editorial office address:
734018, Tajikistan, Dushanbe, Ave. S. Sherozi, 16
Articles should be sent to: sino-journal@mail.ru

The journal is intended for researchers and teachers of medical universities,
heads of healthcare institutions and practicing physicians

The journal is indexed in the Russian Science Citation Index (RSCI), Crossref,
Science Index

**The Eurasian Scientific and Medical Journal "Sino" is included
in the List of leading peer-reviewed scientific publications
of the Higher Attestation Commission under the President of
the Republic of Tajikistan, recommended for publication of
the main scientific results of dissertations for the academic
degrees of Doctor and Candidate of Sciences**

Оптимизация хирургического лечения рецидивных ректовагинальных свищей и улучшение качества жизни пациенток

Дж.К. Мухаббатзода¹, Ф.К. Мирзоашрафова¹, М.С. Туразода¹,
М.Б. Аннаев¹, Ф.М. Сафолова²

¹ Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино;

² Городской медицинский центр № 2 им. академика К. Таджиева, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Анализ эффективности различных методов хирургического лечения ректовагинальных свищей (РВС), выявление факторов риска возникновения их рецидивов, а также изучение влияния данной патологии на качество жизни пациенток.

Материалы и методы. Для подготовки обзора были проанализированы научные публикации в базах данных PubMed/MEDLINE, Scopus, eLibrary.ru, CyberLeninka и Google Scholar. Использовались ключевые слова: «ректовагинальный свищ», «рецидивный ректовагинальный свищ», «хирургическое лечение», «rectovaginal fistula», «recurrent rectovaginal fistula», «surgical treatment», «quality of life». Рассматривались работы, опубликованные с 2010 по 2026 год.

Результаты. Анализ литературы свидетельствует о недостаточной изученности проблемы РВС. Данная патология относится к редким: её доля составляет около 5% в структуре всех свищей прямой кишки. При этом данные о частоте возникновения РВС и эффективности их лечения существенно варьируют. Среди генитальных свищей кишечно-генитальные составляют 49,3%, из них на ректовагинальные свищи приходится 59,1%. В структуре проктологических заболеваний рецидивирующие свищи составляют около 2,6–2,7%. Заболеваемость РВС составляет около 0,1 случая на 10 тыс. населения в год, а распространённость – не более 0,5 случая на 100 тыс. населения. Единого алгоритма профилактики рецидивов и дифференцированного подхода к хирургическому лечению РВС до настоящего времени не разработано. При этом данные об оценке качества жизни женщин с рецидивирующими РВС в литературе представлены ограниченно несмотря на то, что данная патология преимущественно затрагивает женщин трудоспособного и репродуктивного возраста.

Заключение. Рецидивные ректовагинальные свищи остаются сложной клинической проблемой, несмотря на широкий спектр хирургических методов лечения. Перспективными направлениями являются разработка новых материалов и стандартизация лечебной тактики, направленные на снижение частоты рецидивов и повышение качества жизни пациенток.

Ключевые слова:

рецидивный ректовагинальный свищ, хирургическое лечение, качество жизни, обзор литературы

Для цитирования:

Мухаббатзода Дж.К., Мирзоашрафова Ф.К., Туразода М.С., Аннаев М.Б., Сафолова Ф.М. Оптимизация хирургического лечения рецидивных ректовагинальных свищей и улучшение качества жизни пациенток. Евразийский научно-медицинский журнал «Сино». 2026; 7(3): 159-169 <https://doi.org/10.54538/2707-5265-2026-7-3-159-169>

Optimization of surgical treatment of recurrent rectovaginal fistulas and improvement of the quality of life of patients

J.K. Mukhabbatzoda¹, F.K. Mirzoashrafova¹, M.S. Turazoda¹,
M.B. Annaev¹, F.M. Safolova²

¹Avicenna Tajik State Medical University;

²City Medical Center № 2 named by academician K. Tadjiev, Dushanbe, Tajikistan

Objective: Analysis of the efficacy of various surgical treatment methods for rectovaginal fistulas (RVFs), identification of risk factors for recurrence, and assessment of the impact of this condition on patients' quality of life.

Materials and Methods: To prepare this review, scientific publications from the PubMed/MEDLINE, Scopus, eLibrary.ru, CyberLeninka, and Google Scholar databases were analyzed. The following keywords were used: "rectovaginal fistula," "recurrent rectovaginal fistula," "surgical treatment," and "quality of life." Studies published between 2010 and 2026 were examined.

Results: A review of the literature indicates that the problem of RVFs has not been sufficiently studied. This condition is classified as rare, accounting for approximately 5% of all rectal fistulas. However, data regarding the incidence of RVFs and the efficacy of their treatment vary significantly. Among genital fistulas, those of an intestinal-genital nature account for 49.3%, with rectovaginal fistulas representing 59.1% of this subgroup. Recurrent fistulas constitute approximately 2.6–2.7% of all proctological diseases. The annual incidence of RVFs is approximately 0.1 cases per 10,000 population, while the prevalence is no more than 0.5 cases per 100,000 population. To date, no unified algorithm for preventing recurrence or a differentiated approach to the surgical treatment of RVFs has been developed. Furthermore, data regarding the quality of life of women with recurrent RVFs are limited in the literature, despite the fact that this condition predominantly affects women of working and reproductive age.

Conclusion: Recurrent rectovaginal fistulas remain a challenging clinical problem, despite a wide range of surgical treatment methods. Promising areas of development include the creation of new materials and the standardization of treatment strategies aimed at reducing recurrence rates and improving patients' quality of life.

Key words:

recurrent rectovaginal fistula, surgical treatment, quality of life, literature review

For citation:

Mukhabbatzoda J.K.,
Mirzoashrafova F.K.,
Turazoda M.S., Annaev
M.B., Safolova F.M.
*Optimization of surgical
treatment of recurrent
rectovaginal fistulas and
improvement of patients'
quality of life. Eurasian
Scientific and Medical
Journal "Sino". 2026;
7(3): 159-169. [https://doi.
org/10.54538/2707-5265-
2026-7-3-159-169](https://doi.org/10.54538/2707-5265-2026-7-3-159-169)*

ВВЕДЕНИЕ

Ректовагинальный свищ (РВС) — это патологическое сообщение между прямой кишкой и влагалищем, которое существенно ухудшает качество жизни пациенток. К основным проявлениям патологии относятся недержание кишечного содержимого, хронические инфекционные процессы, болевой синдром и выраженный психологический дискомфорт. Ректовагинальные свищи представляют собой серьёзную социальную проблему: они приводят к дезадаптации женщины, становятся причиной тяжёлых моральных и физических страданий, осложняют её взаимоотношения с семьёй и окружающими [1, 2].

Среди генитальных свищей преобладают кишечно-генитальные, доля которых составляет 49,3% случаев. Из них ректовагинальные свищи составляют 59,1%. В общей структуре проктологических заболеваний удельный вес ректовагинальных свищей достигает 2,6–2,7 % [1, 2].

Ректовагинальные свищи — редкая патология. Заболеваемость составляет около 0,1 случая на 10 тысяч населения в год, а распространённость не превышает 0,5 случая на 100 тысяч человек [4, 5].

Среди этиологических факторов развития ректовагинальных свищей ведущую роль играют осложнения родовой деятельности, в частности, затяжные роды, травматические повреждения промежности и длительный безводный период. Согласно литературным данным, акушерская травма служит причиной формирования до 88 % случаев РВС. При этом частота травматических повреждений промежности, которые впоследствии приводят к образованию ректовагинального свища, составляет примерно 0,1% от числа родов через естественные родовые пути [1, 4, 5].

Одним из значимых этиологических факторов развития ректовагинальных свищей является болезнь Крона, рассматриваемых как перианальное проявление заболевания. Согласно данным ряда исследований, частота их выявления у пациентов с РВС составляет 2–23% [6, 7].

Кроме того, повреждение стенки прямой кишки может возникать при различных хирургических вмешательствах на органах малого

таза. Частота формирования ректовагинальных свищей после различных низких резекций прямой кишки составляет 0,9–10% [8, 9].

В последние годы отмечается значительный рост числа послеоперационных РВС. Это связано с широким применением различных степлеров при хирургическом лечении геморроя, а также с использованием синтетических имплантов в ходе коррекции тазового пролапса. Частота формирования РВС после такого хирургического лечения составляет 0,15% случаев [9, 10].

Согласно данным Ф.М. Высоцкого (2019), РВС составляют примерно 5% в структуре всех свищей прямой кишки. При этом недостаточность анального сфинктера отмечается у каждой четвёртой пациентки [11].

Утверждение в ноябре 2025 года Ассоциацией колопроктологов России новых клинических рекомендаций по ректовагинальному свищу [12], а также обновление в 2024 году клинических рекомендаций Американского общества колоректальных хирургов [13] свидетельствуют о растущем внимании профессионального сообщества к этой проблеме. При этом вопросы, специфичные для рецидивного течения заболевания, выбор метода при повторных вмешательствах, профилактика последующих рецидивов и восстановление качества жизни пациенток по-прежнему нуждаются в дальнейшем изучении и разработке индивидуализированных протоколов ведения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ эффективности различных методов хирургического лечения ректовагинальных свищей, выявление факторов риска возникновения их рецидивов, а также изучение влияния данной патологии на качество жизни пациенток.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для подготовки обзора были проанализированы научные публикации в базах данных PubMed/MEDLINE, Scopus, eLibrary.ru, CyberLeninka и Google Scholar. Использовались ключевые слова: «ректовагинальный свищ», «рецидивный ректовагинальный свищ», «хирургическое лечение», «rectovaginal fistula», «recurrent rectovaginal fistula», «surgical

treatment», «quality of life». Рассматривались работы, опубликованные с 2010 по 2026 год.

Дополнительно изучены актуальные клинические рекомендации профильных профессиональных ассоциаций. В обзор включены оригинальные клинические исследования, систематические обзоры, мета-анализы и клинические рекомендации по этиологии, диагностике, хирургическому лечению и оценке результатов терапии ректовагинальных свищей, в том числе рецидивных. Из анализа исключены публикации, недоступные в полнотекстовом виде, а также тезисы конференций, не имеющие последующей полнотекстовой публикации.

Принципы хирургического лечения и предоперационной подготовки пациенток с ректовагинальными свищами

Согласно данным мировой литературы, естественное заживление ректовагинального свища наблюдается крайне редко. Основным методом лечения остаётся хирургическое вмешательство.

Пациенты с РВС часто получают квалифицированную помощь в гинекологических, проктологических и общехирургических стационарах, но иногда остаются без лечения. Улучшение эффективности радикального хирургического лечения генитальных свищей остаётся важной задачей современной тазовой хирургии, урологии и гинекологии. В зависимости от причины возникновения РВС, заболевание имеет различные топографо-анатомические особенности, что требует индивидуального подхода к лечению [14].

Хирургическое лечение ректовагинальных свищей связано с множеством сложностей. Это объясняется особенностями анатомии прямой кишки и ректовагинальной перегородки. Свищевой ход чаще всего проходит вне сфинктеров, что усложняет операцию. Рубцы и деформации перегородки также создают дополнительные трудности.

Большинство пациентов поступает в проктологические отделения после неоднократных попыток оперативного лечения в гинекологических и общехирургических стационарах. При этом уровень рецидивов остаётся высоким и варьирует в диапазоне от 20 до 80% [15].

Современные исследования подтверждают важность индивидуального выбора метода операции. Больным проводят предоперационную подготовку, включающую санацию влагалища антисептиками. При возможности осуществляют санацию (промывание) свищевого хода растворами антисептиков [1, 16–18].

При выборе метода хирургического лечения важно учитывать расположение свищевого хода относительно анального сфинктера. Доступ к операции выбирали в зависимости от степени деформации промежности: у 85% пациентов использовали промежностный доступ, у 15% – влагалищный. Основным методом лечения для всех больных стало полулунное иссечение свища с перемещением слизистой оболочки, так называемая «пластика тканевым лоскутом».

В послеоперационный период для обработки раны использовали низкоинтенсивное лазерное излучение и озонирование. Эти методы применялись для снижения риска гнойных осложнений и предотвращения рубцовой стриктуры анального отверстия. Также был проведен комплекс мероприятий для восстановления функции сфинктера, включающий лечебную физкультуру для укрепления запирающего аппарата прямой кишки и медикаментозную стимуляцию анального сфинктера.

Принципы пластики местными тканями в сочетании с сфинктероплевропластикой

Методика радикального иссечения ректовагинального свища, дополненная сегментарной проктопластикой, передней сфинктероплевропластикой и пластикой стенки влагалища мобилизованным слизисто-подслизистым лоскутом с его боковым перемещением, считается наиболее перспективным подходом. Она позволяет существенно снизить частоту послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания.

По мнению В. С. Groshilina и Е. В. Чернышовой (2016), эффективность предложенного метода достигается разобщением стенок ректовагинальной перегородки и созданием между ними фасциально-мышечной прослойки за счёт передней сфинктероплевропластики. Данная методика позволяет восстановить анатомические структуры

промежности и тазового дна, препятствуя распространению инфекционного процесса из просвета прямой кишки в ректовагинальную перегородку и во влагалище. Метод способствует снижению болевого синдрома и восстановлению функциональных характеристик прямой кишки и её запирающего аппарата. Это подтверждается результатами как непосредственного, так и отдалённого послеоперационного периода. У большинства пациенток с рецидивом заболевания отмечено клиническое улучшение, которое обусловлено уменьшением диаметра дефекта ректовагинальной перегородки [2].

Некоторые авторы сообщают, что при послойном ушивании операционной раны и восстановлении стенки влагалища с использованием собственной слизистой, без применения компонентов сфинктеропластики (заживление ран занимало до 20 дней), был зарегистрирован один рецидив заболевания. Чтобы предотвратить гнойно-септические осложнения, пациенткам назначали антибактериальную терапию, которая длилась от 7 до 10 дней. Для облегчения умеренного послеоперационного болевого синдрома применяли ненаркотические анальгетики в течение 3–6 дней. В группе пациентов, перенёвших иссечение ректовагинального свища с сегментарной проктопластикой, передней сфинктерной леваторопластикой и пластикой стенки влагалища с применением мобилизованного слизисто-подслизистого лоскута, рецидивов заболевания зарегистрировано не было [19]. При этом срок заживления тканей у всех пациентов составил до 15 дней. Для минимизации риска рецидивов особое внимание следует уделять контролю воспалительных процессов, восстановлению кровоснабжения тканей, а также устранению сопутствующих факторов риска.

Согласно данным Л. В. Белоцкой и С. Ю. Чистохина, реконструктивные операции при обширных дефектах и свищах ректовагинальной перегородки с применением послойной пластики собственными тканями способствуют снижению риска гнойно-воспалительных осложнений, а также позволяют добиться улучшения отдалённых анатомических и функциональных результатов [1].

Инвагинационный метод лечения ректовагинальных свищей

По данным ряда исследований, инвагинационный метод рассматривается в качестве операции выбора при лечении ректовагинальных свищей высокого уровня – одной из наиболее сложных форм ректальных фистул [5, 16, 17, 20].

Дополнение инвагинационного метода хирургического лечения ректовагинальных свищей укреплением зоны инвагинации с использованием биоимплантата представляется обоснованным подходом, способствующим снижению частоты рецидивов заболевания»

Между тем, по нашему мнению, технические аспекты инвагинационного метода обуславливают ряд его преимуществ. Инвагинация свищевого хода в просвет прямой кишки является малоинвазивной и позволяет сохранить интактность кишечной стенки. Формирование компрессионного шва с помощью никелид-титанового зажима создаёт более благоприятные условия для заживления тканей: обеспечивает менее выраженную и непродолжительную воспалительную реакцию, а также способствует более раннему развитию репаративной регенерации тканей.

После первой операции по поводу РВС успех достигается в 85% случаев, тогда как при третьей попытке доля выздоровевших пациентов составляет менее 55% [21].

Длительная предшествующая хирургическая история ассоциирована с более высокой частотой неудач. Помимо рецидивного течения, к показаниям для формирования превентивной колостомы относят наличие сложных и множественных свищей. Интервал в 3 месяца между первым и вторым этапами операции (при использовании дренирующей латексной лигатуры) считается достаточным для купирования локального воспаления и отёка в зоне низкого РВС.

Тем не менее, это определяет сохраняющийся риск рецидива заболевания – он составляет от 20 до 70%. Основные причины рецидивов ректовагинальных свищей – нагноение ран, неправильный выбор метода операции, а также технические трудности, связанные с локализацией свища и массивным поражением тканей промежности [19, 22].

Мышечная транспозиция (с использованием *m. gracilis* и лоскута Мартинуса) и роль отводящей стомы

При осложнённом и рецидивирующем течении РВС могут применяться абдоминальные доступы либо выполняться транспозиция мышц, например, транспозиция *m. gracilis*.

Показатели закрытия свища при использовании данной методики варьировались от 43 до 100% согласно данным системного обзора. В одном из этих обзоров средняя скорость заживления составляла 28,7% при каждой отдельной хирургической попытке. При этом транспозиция *m. gracilis* показала наибольшую скорость заживления — 50%, что превышало результаты эндоректальной низводящей пластики (ELC) и локального восстановления [23].

Более широкое применение данного метода может быть оправдано с учётом полученных результатов. Однако следует учитывать риски осложнений, обусловленные более обширным характером вмешательства.

Согласно клиническим рекомендациям Американского общества колоректальных хирургов (ASCRS, 2022; обновление 2024), при неосложнённых первичных ректовагинальных свищах методом выбора является эндоректальная низводящая пластика, при необходимости — в сочетании со сфинктеропластикой. При рецидивных и технически сложных свищах рекомендуется использовать транспозицию *m. gracilis* или лоскута Мартинуса (бульбокавернозной мышцы). При высоких свищах, связанных с несостоятельностью колоректального анастомоза, как правило, требуется абдоминальный доступ [24].

Приведённые данные согласуются с указанными положениями и подтверждают клиническую обоснованность дифференцированного выбора метода оперативного лечения с учётом уровня свища, его этиологии и числа предшествующих вмешательств.

Согласно данным ряда источников, формирование отводящей стомы при лечении послеоперационного ректовагинального свища не является обязательным, поскольку не способствует повышению эффективности хирургических вмешательств или общей результативности терапии [21, 23, 24]. Эндоректальная низводящая пластика (ERAF) демонстрирует

эффективность примерно в трети случаев и может применяться в качестве первичного лечебного метода до рассмотрения более инвазивных операций, таких как прямая колоанальная или колоректальная пластика.

В ходе исследования выявлено 82 пациентки с послеоперационными свищами из них успешное лечение проведено у 70 пациенток (показатель успешности — 85,4%). В среднем на лечение каждой пациентки потребовалось $3,04 \pm 2,72$ вмешательства. Установлено, что создание отводящей стомы не привело к увеличению показателя успешности лечения: отношение шансов (ОШ) составило 0,488 при 95% доверительном интервале (ДИ) 0,107–2,220. Из 217 выполненных процедур успешными оказались 69, что соответствует показателю успешности 31,8% [21].

Результаты лечения и частота рецидивов при ректовагинальном свище

Исходы и частота рецидивов в послеоперационном периоде после вышеописанных хирургических операций варьируются в зависимости от применяемой методики и особенностей группы пациенток.

В ходе наблюдения у 12% пациенток спустя 2 недели после операции развились нагноение раны и рецидив свища. Этим пациенткам была проведена повторная операция через 3 месяца после возникновения осложнения, вмешательство оказалось эффективным. У остальных 88% пациенток послеоперационный период протекал без осложнений: раны зажили первичным натяжением, был достигнут удовлетворительный анатомический и функциональный результат. Швы удаляли на 9–10-е сутки после операции. При динамическом наблюдении в отдалённом послеоперационном периоде у двух пациенток после пластики по Martius в течение трёх месяцев выявлено снижение чувствительности в области забора лоскута, а именно на большой половой губе [2].

Среди пациенток контрольной группы средний послеоперационный койко-день составил 9,7 суток (максимальный — 20 дней); зарегистрировано 3 рецидива заболевания (13%), возникшие через 1–1,5 месяца после операции. В основной группе исследования рецидивов ректовагинальных свищей не зафиксировано.

но. Средний послеоперационный койко-день в этой группе – 8,6 суток, максимальный – 15 дней. В двух наблюдениях (с наибольшим сроком пребывания в стационаре) отмечено инфильтративное воспаление в послеоперационной ране, в одном из них – с прорезыванием швов, при этом рецидив не развился [11].

Рецидив заболевания отмечен у четырёх (21,1%) пациенток, прооперированных инвагинационным методом. При этом в 2 наблюдениях у пациенток была диагностирована болезнь Крона [4]. У 20,0% пациенток рецидив возник в сроки от 2 до 3 недель после операции [24].

У пациентов второй группы рецидив свища не зарегистрирован, однако в 1,4% случаев отмечен рецидив недостаточности анального сфинктера. В третьей группе рецидив свища выявлен у 0,7% пациенток. Дифференцированный подход к лечению РВС в сочетании с недостаточностью анального сфинктера позволяет улучшить непосредственные и отдалённые результаты [25].

Рецидив заболевания после применения инвагинационного метода с укреплением зоны инвагинации биоимплантом наблюдался у 20 % оперированных пациентов. У одной пациентки возврат заболевания произошёл ещё на стационарном этапе: на 10-е сутки после операции выявлено сообщение между прямой кишкой и влагалищем. У второй больной повторные жалобы на выделение кишечного содержимого появились на 21-е сутки после операции. В обоих случаях рецидив болезни возник на фоне вторичного заживления вагинальной раны (диастаз влагалищной раны на 5-е и 7-е сутки соответственно). Сроки заживления ран в этой группе пациентов составляли до 25 дней [21].

Сроки выявления рецидива позволили определить следующий тактический алгоритм ведения пациенток после применения инвагинационного метода:

- активное динамическое наблюдение в течение месяца с проведением еженедельных контрольных осмотров;
- клинико-диагностическое обследование (включающее клинический осмотр, трансректальное ультразвуковое исследование, проктографию и сфинктерометрию) — после полного заживления влагалищной раны, в сроки от 2 до 3 месяцев [26].

Предложенный метод обеспечил выздоровление 80% пациенток. В группе пациенток, которым была проведена ликвидация свища с низведением слизисто-подслизистого лоскута, у одной женщины возник рецидив заболевания из-за некроза низведённого лоскута прямой кишки [27].

По мнению В.С. Грошилина, Е.В. Чернышовой и соавторов, особое внимание следует уделять факторам, способным повлиять на результат лечения. К ним относятся:

- повышенный индекс массы тела;
- наличие заболеваний, влияющих на трофику тканей и репаративные процессы;
- инфекции, передающиеся половым путём, в анамнезе;
- запоры;
- количество и характер ранее перенесённых оперативных вмешательств по поводу ректовагинального свища;
- наличие колостомы (у 4 пациенток стома была сформирована ещё до обращения) [28].

Воспалительные заболевания кишечника, в частности болезнь Крона, нередко становятся причиной рецидивов даже после технически успешно проведённой операции. Проблему дополнительно усугубляет наличие недиагностированных травм анального сфинктера. Более высокая частота осложнений также связана с несоблюдением режима послеоперационного ухода из-за с недостаточного следования рекомендациям по диете, гигиене и физическим нагрузкам [29, 30].

Согласно систематическому обзору и мета-анализу Y. Hu и соавт. (2025), в который вошли данные 8 исследований с участием 4920 пациенток, частота развития ректовагинального свища после хирургических вмешательств по поводу рака прямой кишки составила 3,2 % (95 % ДИ: 1,9–4,8 %).

В этом исследовании выявлены ключевые факторы риска. Среди них – неoadъювантная химиолучевая терапия, низкое расположение опухоли (менее 5 см от аноректальной линии, что увеличивает риск в 7,33 раза), длительная операция (более 240 минут, что повышает риск в 2,35 раза) и техника двойного циркулярного шва для анастомоза (риск возрастает в 2,94 раза). Лапароскопический доступ, напротив, снижает риск по сравнению с открытой опе-

рацией. Возраст, стадия T4, сахарный диабет, класс ASA, предшествующая гистерэктомия и резекция стенки влагалища не оказали статистически значимого влияния на частоту рецидивирующего влагалищного свища [31].

Оценка качества жизни пациенток с рецидивирующим влагалищным свищом

Ректовагинальный свищ представляет собой не только анатомический и функциональный дефект, но и состояние, существенно ухудшающее качество жизни пациенток, что определяет его как самостоятельную клиническую проблему.

В исследовании E. Söderqvist и соавт. (2022), в которое включили 55 женщин, прооперированных по поводу ректовагинального свища в период с 2003 по 2018 год (медиана срока наблюдения составила 30,2 месяца), выявлено, что у пациенток с незажившим свищом показатели качества жизни по 6 из 8 доменов опросника RAND-36 были ниже, чем у женщин с достигнутым заживлением и в общей популяции. При этом статистически значимых различий между группами обнаружено не было. Кроме того, в обеих группах пациенток показатели качества жизни оказались ниже общепопуляционных по всем 8 доменам опросника. Показатели заживления в данном исследовании отражают сложности терапии рецидивных и осложнённых форм заболевания. После первого хирургического вмешательства заживление свищей было достигнуто лишь у 25,5% пациентов. При этом эффективность повторных операций существенно варьировала в зависимости от этиологии процесса: при травматической этиологии (акушерская и ятрогенная) частота заживления достигала 91,7%, тогда как при воспалительной этиологии (болезнь Крона, инфекционные и анастомотические свищи) она составила 46,4%. Выявленные различия статистически значимы ($p=0,004$ и $p=0,001$ соответственно) [32].

В ретроспективном исследовании участвовали 14 пациентов, перенёсших грацилопластику по поводу сложных и рецидивирующих ректальных и ректовагинальных свищей. Через 1 год после операции частота успешного заживления составила 78 %. При оценке каче-

ства жизни через 6 месяцев после вмешательства было выявлено достоверное улучшение семи из восьми показателей опросника SF-36; исключение составил показатель «боль в теле». Также отмечено статистически значимое улучшение показателей сексуального функционирования (CSF) – с 35,5 до 44 баллов – и общего клинического состояния пациентов (CPGAS) – с 0 до 4 баллов. У пациентов с предоперационным недержанием кала зафиксировано значимое снижение показателя по шкале Векснера – с 12 до 5 баллов, что указывает на улучшение функции кишечника. Таким образом, грацилопластика не только обеспечивает удовлетворительную частоту заживления свищей, но и способствует существенному улучшению качества жизни и функционального состояния пациентов [33].

Приведённые данные подтверждают, что систематическая оценка качества жизни должна стать неотъемлемой частью протоколов наблюдения за пациентками с рецидивирующими ректовагинальными свищами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на разнообразие методов хирургического лечения рецидивирующих ректовагинальных свищей, данная патология остаётся сложной клинической проблемой. Анализ литературы свидетельствует о недостаточной изученности рецидивных форм: отсутствуют единые подходы к профилактике рецидивов и дифференцированной хирургической тактике, а данные о результатах лечения существенно различаются. Недостаточно изучено и влияние заболевания на качество жизни пациенток трудоспособного и репродуктивного возраста.

Перспективным направлением дальнейших исследований является разработка стандартизированных подходов и новых материалов для хирургического лечения, направленных на снижение частоты рецидивов и улучшение качества жизни пациенток.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Белоцкая Л.В., Чистохин С.Ю. Аутопластика обширных дефектов и свищей ректовагинальной перегородки. Колопроктология. 2019; 18(3): 18–19. Belotskaya L.V., Chistokhin S.Y. Autoplasty of extensive

- defects and fistulas of the rectovaginal septum. *Coloproctology*. 2019; 18(3): 18–19.
2. Грошилин В.С., Чернышова Е.В., Узунян Л.В. Значение индивидуального подхода в выборе тактики лечения ректовагинальных свищей. *Медицинский вестник Юга России*. 2016; 2: 47–50. Groshilin V.S., Chernyshova E.V., Uzunyan L.V. The importance of an individual approach in the choice of tactics for the treatment of rectovaginal fistulas. *Medical Bulletin of the South of Russia*. 2016; 2: 47–50.
 3. Fu J., Liang Z., Zhu Y., Cui L., Chen W. Surgical repair of rectovaginal fistulas: predictors of fistula closure. *International Urogynecology Journal*. 2019; 30:1659–65.
 4. Sharma S., Gupta D. K. Diversities of H-type anorectal malformation: a systematic review on a rare variant of the Krickenbeck classification. *Pediatr Surg Int*. 2017;33(1):3–13.
 5. Mafo D.H., Hayter M., Laurenson M. An integrative review on women living with obstetric fistula and after treatment experiences. *J Clin Nurs*. 2017;26(11-12):1445-1457.
 6. Kaimakliotis P., Simillis C., Harbord M., Kontovounisios C. A Systematic Review Assessing Medical Treatment for Rectovaginal and Enterovesical Fistulae in Crohn's Disease. *Clin Gastroenterol*. 2016;50(9):714-21.
 7. Kobayashi H., Sugihara K. Successful management of rectovaginal fistula treated by endorectal advancement flap: report of two cases and literature review. *SpringerPlus*. 2015; 4:21. <https://doi.org/10.1186/s40064-015-0799-8>
 8. Emoto S., Nozawa H., Yoneyama S., Murono K. Rectovaginal fistula after low anterior resection for rectal cancer healed by nonoperative treatment. *Int J Surg Case Rep*. 2017;41(121):123.
 9. Watanabe J., Ota M., Kawaguchi D., Shima H. Incidence and risk factors for rectovaginal fistula after low anterior resection for rectal cancer. *International Journal of Colorectal Disease*. 2015;30(12):1659-1666.
 10. Zheng H., Guo T., Wu Y., Li C. Rectovaginal fistula after low anterior resection in Chinese patients with colorectal cancer. *Oncotarget*. 2017;8(42):73123-73132.
 11. Высоцкий Ф.М., Рычагов Г.П., Алексеев С.А. и др. Варианты ректовагиналь-ных свищей и способы хирургического лечения. 2017. С. 174–176. Vysotsky F.M., Rychagov G.P., Alekseev S.A., et al. Variants of rectovaginal fistulas and methods of surgical treatment. 2017. P. 174–176.
 12. Ректовагинальный свищ: клинические рекомендации / Общероссийская общественная организация «Ассоциация колопроктологов России»; одобрены Научно-практическим Советом Министерства здравоохранения Российской Федерации. Москва. 2022: 23. ID 187. Rectovaginal fistula: clinical guidelines / All-Russian public organization «Association of Coloproctologists of Russia»; approved by the Scientific and Practical Council of the Ministry of Health of the Russian Federation. Moscow. 2022: 23. ID 187.
 13. Zhou J., Xi Y., Bi W., et al. Interpretation of the ASCRS clinical practice guideline for the management of anorectal abscess, fistula-in-ano, and rectovaginal fistula. *Chinese Journal of Practical Surgery*. 2024;44(4):438-440. <https://doi.org/10.19538/j.cjps.issn1005-2208.2024.04.14>
 14. Муравьев А.В., Галстян А.Ш., Лаврешин П.М., и др. Ректовагинальные свищи: есть ли оптимальный метод хирургического лечения. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2023;234–238. Muravyov A.V., Galstyan A.Sh., Lavreshin P.M., et al. Rectovaginal fistulas: is there an optimal method of surgical treatment. *Medical News of North Caucasus*. 2023;234–238.
 15. Мадаминов А.М., Бектенов Ы.А., Айсаев А.Ю., Арбышев Б.Т. Результаты хирургического лечения ректовагинальных свищей. *Вестник КРСУ*. 2022; 22(5): 62–65. Madaminov A.M., Bektenov Y.A., Aisaev A.Yu., Arbyshev B.T. Results of surgical treatment of rectovaginal fistulas. *Bulletin of KRSU*. 2022; 22(5): 62–65.
 16. Lussiez A., Nardos R., Lowry A. Treatment of rectovaginal fistula in low-resource settings. *Clinical Colon and Rectal Surgery*. 2022;390–395.
 17. Мудров А.А., Шельгин Ю.А., Титов А.Ю. и др. Малоинвазивный подход при лечении ректовагинальных свищей высокого уровня. *Колопроктология*. 2018; (4): 39–44. Mudrov A.A., Shelygin Yu.A., Titov A.Yu., et al. Minimally invasive approach in the

- treatment of high-level rectovaginal fistulas. *Coloproctology*. 2018; (4): 39–44.
18. Мудров А.А., Омарова М.М., Фоменко О.Ю. и др. Хирургическое лечение ректовагинальных свищей расщеплённым влагалищно-прямокишечным лоскутом. *Хирургия им. Н.И. Пирогова*. 2021;11. Mudrov A.A., Omarova M.M., Fomenko O.Yu., et al. Surgical treatment of rectovaginal fistulas with a split vaginal-rectal flap. *Pirogov Russian Journal of Surgery*. 2021;11.
 19. Sherkulov K.U., Usmonkulov M.K. Individual Approach to Choosing Tactics for Treatment of Rectovaginal Fistulas. *American Journal of Pediatric Medicine and Health Sciences*. 2025;3(5):2993-2149.
 20. Schene M.I., Schatz S., Brunner M., et al. Gracilis muscle transposition in complex anorectal fistulas: long-term results. *International Journal of Colorectal Disease*. 2023; 38:16.
 21. Maeda K., Wada N., Shida A. Treatment of rectovaginal fistula. *J Anus Rectum Colon*. 2023;7(2):52–62. <https://doi.org/10.23922/jarc.2023-007>. Erratum in: *J Anus Rectum Colon*. 2023;7(3):224. <https://doi.org/10.23922/jarc.E004>. PMID: 37113583; PMCID: PMC10129357.
 22. Poitevin M., Hamel J. F., Ngoma M., et al. Postoperative rectovaginal fistula: stoma may not be necessary – a French retrospective cohort. *Techniques in Coloproctology*. 2024;28(1):138. <https://doi.org/10.1007/s10151-024-03013-2>.
 23. Söderqvist E. V., Cashin P. H., Graf W. Surgical treatment of rectovaginal fistula – predictors of outcome and effects on quality of life. *Int J Colorectal Dis*. 2022;37(7):1699–1707. <https://doi.org/10.1007/s00384-022-04206-7>.
 24. Юнусова Г.Ф. Пути улучшения лечения дистальных ректовагинальных свищей больших размеров. *Research Focus International Scientific Journal (Узбекистан)*. 2023:209–213. Yunusova G.F. Ways to improve the treatment of large distal rectovaginal fistulas. *Research Focus International Scientific Journal (Uzbekistan)*. 2023:209–213.
 25. Gaertner W.B., Burgess P.L., Davids J.S., et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Anorectal Abscess, Fistula-in-Ano, and Rectovaginal Fistula. *Diseases of the Colon & Rectum*. 2022;65(8):964–985.
 26. Денисенко В.Л. Опыт лечения дистальных ректовагинальных свищей больших размеров. *Вестник ВГМУ*. 2022; 21(3): 64–68. Denisenko V.L. Experience in the treatment of large distal rectovaginal fistulas. *Vestnik VSMU*. 2022; 21(3): 64–68.
 27. Алиев Ф.Ш., Алиев Р.Ф., Ильканич А.Я., и др. Хирургическое лечение пациентки с двумя ректовагинальными свищами (клиническое наблюдение). *Колопроктология*. 2020; 19(3): 92–96. Aliev F.Sh., Aliev R.F., Ilkanich A.Ya., et al. Surgical treatment of a patient with two rectovaginal fistulas (clinical observation). *Coloproctology*. 2020; 19(3): 92–96.
 28. Грошилин В.С., Чернышова Е.В. Перспективы улучшения отдалённых результатов оперативных вмешательств при ректовагинальных свищах. *Общая проктология*. 2019;23. Groshilin V.S., Chernyshova E.V. Prospects for improving long-term outcomes of surgical interventions for rectovaginal fistulas. *General Proctology*. 2019;23.
 29. Dawes A., Jensen K.K. Rectovaginal fistulas due to obstetric trauma. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*. 2021:28–39.
 30. Мышенцев П.Н., Каторкин С.Е., Кузьмина А.И. Современные возможности лечения пациенток с ректовагинальными свищами: обзор литературы. *Медицинский совет. Гинекология*. 2023:184–190. Myshentsev P.N., Katorkin S.E., Kuzmina A.I. Modern possibilities of treating patients with rectovaginal fistulas: a literature review. *Medical Council. Gynecology*. 2023:184–190.
 31. Hu Y., Zheng Y., Ti Z., Zhu Z., Li Y. Incidence and risk factors of rectovaginal fistula after rectal cancer surgery: a systematic review and meta-analysis. *medRxiv*. 2025. <https://doi.org/10.1101/2025.04.09.25325534>
 32. Picciariello A., Papagni V., De Fazio M., et al. Functional outcome and quality of life evaluation of graciloplasty for the treatment of complex recto-vaginal and recto-urethral fistulas. *Updates Surg*. 2020;72(1):205-211. <https://doi.org/10.1007/s13304-020-00704-x>

ФИНАНСИРОВАНИЕ

Финансовой поддержки не было.

FINANCING

There was no financial support.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

CONFLICT OF INTEREST

The authors declares no conflict of interest.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

***Мухаббатзода Джиёнхон Курбон** – доктор медицинских наук, профессор кафедры общей хирургии №1 им. профессора А.Н. Каххарова, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан.

E-mail: Mukhabbatov67@mail.ru

https://orcid.org/0000-0002-2100-310X

Мирзоашрафова Фарида Косумалиевна – аспирант кафедры общей хирургии №1 им. профессора А.Н. Каххарова, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан.

E-mail: faridamirzoashrafova96@gmail.com

https://orcid.org/0009-0005-7562-463X

Туразода Мунира Собир – аспирант кафедры общей хирургии №1 им. профессора А.Н. Каххарова, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан.

E-mail: turazoda.munira@mail.ru

https://orcid.org/0009-0005-4857-7292

Аннаев Максод Баходирович – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры общей хирургии №1 им. профессора А.Н. Каххарова, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан.

E-mail: annaev.94@inbox.ru

https://orcid.org/0009-0006-6538-4051

Сафолова Фарангис Мухаммадиевна – врач-колопроктолог, Городской медицинский центр № 2 им. академика К. Таджиева, Душанбе, Таджикистан.

E-mail: farangis.safolova@icloud.com

https://orcid.org/0009-0007-2538-8119

***Автор для корреспонденции**

INFORMATION ABOUT AUTHORS:

***Mukhabbatzoda Jiyonkhon Kurbon** – Doctor of Medical Sciences, Professor, Department of General Surgery N1 named by Professor A.N. Kakharov, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan.

E-mail: Mukhabbatov67@mail.ru

https://orcid.org/0000-0002-2100-310X

Mirzoashrafova Farida Kosumaliyevna – Postgraduate, Department of General Surgery N1 named by Professor A.N. Kakharov, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan.

E-mail: faridamirzoashrafova96@gmail.com

https://orcid.org/0009-0005-7562-463X

Turazoda Munira Sobir – Postgraduate, Department of General Surgery N1 named by Professor A.N. Kakharov, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan.

E-mail: turazoda.munira@mail.ru

https://orcid.org/0009-0005-4857-7292

Annaev Maksad Bakhodirovich – Assistant, Department of General Surgery N1 named by prof. A.N. Kahkhorov, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan.

E-mail: annaev.94@inbox.ru

https://orcid.org/0009-0006-6538-4051

Safolova Farangis Mukhammadievna – Proctologist, City Medical Center N2 named by Academician K. Tadjiev, Dushanbe, Tajikistan.

E-mail: farangis.safolova@icloud.com

https://orcid.org/0009-0007-2538-8119

***Author for correspondence**