

<https://doi.org/10.33878/2073-7556-2025-24-3-55-62>



Предикторы возникновения рецидива ректовагинальных свищей у пациенток с болезнью Крона

Аносов И.С., Ерышова Т.А., Хрюкин Р.Ю., Елфимова Ю.А., Киселёв Д.О.,
Титов А.Ю.

ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России (ул. Саляма Адила, д. 2, г. Москва, 123423, Россия)

РЕЗЮМЕ

ВВЕДЕНИЕ: хирургическое лечение ректовагинальных свищей (РВС) при болезни Крона (БК) сопряжено с высокой частотой развития рецидива заболевания.

ЦЕЛЮ данного исследования являлось определение факторов риска, влияющих на частоту возникновения рецидива РВС у пациенток с БК.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ: проведен ретроспективный анализ результатов лечения 60 пациенток с периаанальными проявлениями болезни Крона в виде ректовагинальных свищей, оперированных в период с 2016 по 2024 гг. С целью выявления факторов, влияющих на частоту возникновения рецидива свища, были собраны и проанализированы клинико-anamnestические данные 28 пациенток, перенесших радикальное лечение РВС.

РЕЗУЛЬТАТЫ: период наблюдения за пациентками после операции составил 3–12 месяцев. По данным клинико-инструментальных обследований, рецидив заболевания диагностирован у 11/28 (39%) женщин. По результатам многофакторного анализа, независимыми факторами, повышающими вероятность возникновения рецидива РВС, являются отсутствие проведения дренирующей латексной лигатуры в качестве 1 этапа хирургического лечения до ликвидации ректовагинального свища (отношение шансов (ОШ) = 27,49; 95% доверительный интервал (ДИ): 2,02–374,8; $p = 0,013$), а также отсутствие применения генно-инженерных биологических препаратов для лечения болезни Крона (ОШ = 15,77; 95% ДИ: 1,13–220,4; $p = 0,04$) повышают вероятность возникновения рецидива РВС.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: пациентки с ректовагинальными свищами представляют собой наиболее сложную когорту больных с периаанальными поражениями при болезни Крона в связи со значительной частотой их рецидивирования, однако комбинированное двухэтапное лечение и тщательная оценка факторов риска в предоперационном периоде позволяет улучшить результаты хирургического лечения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ректовагинальный свищ, болезнь Крона, периаанальные проявления болезни Крона, ППБК, РВС

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Аносов И.С., Ерышова Т.А., Хрюкин Р.Ю., Елфимова Ю.А., Киселёв Д.О., Титов А.Ю. Предикторы возникновения рецидива ректовагинальных свищей у пациенток с болезнью Крона. *Колопроктология*. 2025; т. 24, № 3, с. 55–62. <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2025-24-3-55-62>

Predictors of rectovaginal fistula recurrence in patients with Crohn's disease

Ivan S. Anosov, Tatyana A. Eryshova, Roman Yu. Khryukin, Yulia A. Elfimova,
Dmitry O. Kiselev, Aleksandr Yu. Titov

¹Ryzhikh National Medical Research Center of Coloproctology (Salyama Adilya st., 2, Moscow, 123423, Russia)

²Russian Medical Academy of Continuous Professional Education (Barrikadnaya st., 2/1, Moscow, 125993, Russia)

ABSTRACT

AIM: to determine the risk factors rectovaginal fistula (RVF) recurrence in patients with CD.

PATIENTS AND METHODS: a retrospective analysis included 60 patients with perianal fistulizing Crohn disease and rectovaginal fistulas (2016–2024). In order to identify the risk factors of RVF recurrence, the clinical and history data of 28 patients who underwent radical treatment for RVF were collected and analyzed.

RESULTS: the follow-up period for the patients after surgery was 3–12 months. According to clinical and instrumental data, recurrence of the disease occurred in 11/28 (39%) females. Multifactorial analysis showed increase the likelihood of RVF recurrence was the avoid of a loose seton at the first stage (odds ratio (OR) = 27.49; 95% confidence

interval (CI): 2.02–374.8; $p = 0.013$). Absence of biological therapy to treat Crohn's disease (OR = 15.77; 95% CI: 1.13–220.4; $p = 0.04$) reduces the incidence of RVF recurrence as well.

CONCLUSION: patients with RVF represent the most challenging cohort of patients with perianal fistulizing Crohn disease (PFCD) due the significant recurrence rate, however combined two-step approach and careful assessment of risk factors before surgery improve the results.

KEYWORDS: rectovaginal fistula, Crohn's disease, perianal fistulizing Crohn's disease, PFCD, RVF

CONFLICT OF INTEREST: the authors declare no conflict of interest

FOR CITATION: Anosov I.S., Eryshova T.A., Khryukin R.Yu., Elfimova Yu.A., Kiselev D.O., Titov A.Yu. Predictors of rectovaginal fistula recurrence in patients with Crohn's disease. *Koloproktologia*. 2025;24(3):55–62. (in Russ.). <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2025-24-3-55-62>

АДРЕС ДЛЯ ПЕРЕПИСКИ: Ерышова Т.А., ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России, ул. Салыма Адилы, д. 2, Москва, 123423, Россия; e-mail: teryshova.7@gmail.com

ADDRESS FOR CORRESPONDENCE: Tatyana A. Eryshova, Ryzhikh National Medical Research Center of Coloproctology, Salyama Adilya st., 2, Moscow, 123423, Russia; e-mail: teryshova.7@gmail.com

Дата поступления — 10.04.2025

После доработки — 21.05.2025

Принято к публикации — 05.08.2025

Received — 10.04.2025

Revised — 21.05.2025

Accepted for publication — 05.08.2025

ВВЕДЕНИЕ

Болезнь Крона (БК) — хроническое воспалительное, рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) неясной этиологии, которое в 25% случаев может сопровождаться развитием периаанальных проявлений [1]. Одним из них является формирование ректовагинального свища (РВС). Стоит отметить, что болезнь Крона является второй по частоте причиной возникновения РВС после акушерской травмы [2]. Распространённость РВС составляет около 10% от всех свищей, возникающих у пациентов с БК [3,4]. Клиническими проявлениями ректовагинального свища являются такие симптомы, как выделение газов и кишечного содержимого из влагалища, а также диспареуния, дискомфорт и боль в области заднего прохода, влагалища и промежности, приводящие к значительному ухудшению качества жизни пациенток [5]. Лечение ректовагинальных свищей у пациентов с болезнью Крона представляет собой крайне сложную задачу и требует персонализированного подхода. Несмотря на бурное развитие хирургии и усовершенствование методов оперативного лечения, РВС при болезни Крона по-прежнему имеют высокую тенденцию к развитию рецидива [6,7]. До сегодняшнего дня не существует идеальной методики, позволяющей исключить возврат заболевания как в ближайшем, так и в отдалённом послеоперационном периоде, поэтому исследование, направленное на выявление факторов, влияющих на развитие рецидива ректовагинального свища после хирургического лечения у пациенток с БК, представляется актуальным.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 60 женщин с периаанальными проявлениями болезни Крона в виде ректовагинального свища, которым было выполнено хирургическое лечение в период с сентября 2016 по декабрь 2024 гг. Диагноз ректовагинального свища был установлен при наличии дефекта ректовагинальной перегородки, подтвержденного данными осмотра периаанальной области, пальцевого исследования влагалища и прямой кишки, трансректального ультразвукового исследования (ТРУЗИ) прямой кишки и/или магнитно-резонансной томографии (МРТ) органов малого таза. По данным инструментальных методов исследования определяли диаметр внутреннего свищевого отверстия, длину и диаметр свищевого хода, наличие гнойных затёков по ходу свища. Пациентки без подтвержденного диагноза «болезнь Крона», а также без последующего динамического наблюдения, были исключены.

До проведения оперативного вмешательства пациентки были консультированы врачом-гастроэнтерологом и обследованы в объёме колоноскопии, гастроскопии, КТ-энтерографии, на основании чего были оценены такие данные, как: длительность анамнеза; характер течения болезни Крона; ранее перенесённые оперативные вмешательства, связанные с осложнениями заболевания; локализация участков воспаления; наличие противорецидивной терапии.

Ретроспективно проанализированы клиничко-анамнестические данные: возраст; индекс массы тела (ИМТ); длительность анамнеза ректовагинального свища; количество и объём перенесённых ранее операций; количество родов; наличие стомы. В исследуемую группу, преимущественно, вошли пациентки

Таблица 1. Клиническая характеристика пациенток с ректовагинальными свищами**Table 1.** Clinical characteristics of patients with rectovaginal fistulas

Параметры	Пациентки с РВС, N = 60 Me (Q1; Q3), (min-max)
Возраст (лет)	34,5 (27,5; 45), (18–59)
ИМТ (кг/м ²)	21,5 (18,9; 23,9), (13–37)
Длительность анамнеза БК (лет)	6 (3; 8,5), (0,2–25)
Длительность анамнеза РВС (лет)	2 (0,75; 3), (0,2–10)

Таблица 2. Клинико-anamnestические данные пациенток с ректовагинальными свищами**Table 2.** Clinical and anamnestic data of patients with rectovaginal fistulas

Параметры	Пациентки с РВС, N = 60 n (%)
Форма болезни Крона	
Терминальный илеит	3 (6)
Илеоколит	30 (50)
Колит	27 (44)
Роды в анамнезе	
0	27 (45)
1	18 (30)
2 и более	15 (25)
Наличие стомы	13 (21)
Вскрытие парапроктита в анамнезе	
0	32 (54)
1	20 (34)
2	4 (6)
3	4 (6)
Операции по поводу РВС в анамнезе	11 (18)
Резекции кишки по поводу БК в анамнезе	18 (30)

молодого возраста, медиана возраста которых составила 35 (28; 45) лет. Более подробно клинические характеристики представлены в таблице 1.

Среди пациенток, включенных в исследование, 27/60 (45%) — нерожавшие, у 18/60 (30%) женщин в анамнезе были одни роды, у 13/60 (22%) — двое родов; у 2/60 (3%) — трое родов. Ранее сформированная стома была у 13/60 (21%) пациенток, большая часть пациенток не имели стомы — 47/60 (79%) (Табл. 2). Были оценены количество и объём перенесенных ранее операций у всех 60 пациенток. Проведённые пациенткам хирургические вмешательства можно разделить на три группы: 1) 39/60 (65%) пациенткам было выполнено вскрытие затёков и проведение дренирующей латексной лигатуры в качестве первого этапа лечения; 2) 12/60 (20%) сразу же была выполнена радикальная ликвидация ректовагинального свища без дренирования первым этапом; 3) 9/60 (15%) пациенткам выполнена колпроктэктомия/брюшно-анальная резекция без вмешательства по поводу ректовагинального свища ввиду значительной тяжести перианальных поражений (Рис. 1).

Таблица 3. Характеристика радикальных оперативных вмешательств, проведённых пациенткам по поводу ректовагинальных свищей**Table 3.** Characteristics of radical surgical interventions performed in patients with rectovaginal fistulas

Параметр	Пациентки с РВС, перенесшие радикальные операции, N = 28 n (%)
Вид оперативного вмешательства	
Низведение лоскута	13 (46)
Эвагинационный метод	10 (36)
Инвагинационный метод	3 (11)
Раздельное ушивание	2 (7)

Всего же радикальное хирургическое лечение было выполнено 28 пациенткам (Табл. 3). Данная группа была отдельно проанализирована для выявления факторов, влияющих на возникновение рецидива после операции. Рецидив определяли как сохранение симптомов, таких, как выделение газов или кишечного содержимого через влагалище, и подтверждали наличием дефекта ректовагинальной перегородки при физикальном осмотре, а также данными ТРУЗИ и/или МРТ органов малого таза.

Статистический анализ

Данные о пациентках были внесены в электронную таблицу Microsoft Excel 2019 for Windows. Статистический анализ данных выполнен в программе Statistica 13.3 (TIBCO Software Inc., США). Количественные данные представлены медианой (Me), нижним и верхним квартилями (Q1; Q3), а также минимальным и максимальным значениями (min-max). Уровень значимости различий был принят при $p < 0,05$. Для выявления факторов риска возникновения рецидива методом логистической регрессии был проведен однофакторный и многофакторный анализы клинико-anamnestических параметров; полученные результаты представлены отношением шансов (ОШ) и 95% доверительным интервалом (ДИ). При статистически значимом влиянии факторов

**Рисунок 1.** Оперативные вмешательства, проведённые пациенткам с ректовагинальными свищами**Figure 1.** Operations for rectovaginal fistulas

Таблица 4. Факторы риска развития рецидива ректовагинальных свищей
Table 4. Risk factors for rectovaginal fistula recurrence

Факторы		ОШ (95% ДИ)	p
Возраст (лет)		1,05 (0,98–1,14)	0,2
ИМТ (кг/м ²)		0,89 (0,74–1,07)	0,2
Длительность анамнеза ВЗК (лет)		1,04 (0,9–1,2)	0,5
Длительность анамнеза РВС (лет)		0,87 (0,61–1,24)	0,4
Вскрытие парапроктитов в анамнезе (кол-во)		2,03 (0,63–6,6)	0,2
Радикальные операции (кол-во)		0,22 (0,04–1,25)	0,09
Резекции кишки в анамнезе	Да	1	0,3
	Нет	2 (0,42–9,42)	
Наличие стомы	Да	1	0,9
	Нет	0,9 (0,18–4,5)	
Проведение дренирующей латексной лигатуры (1-й этап лечения)	Да	1	0,006
	Нет	13 (2,1–79,6)	
Количество родов в анамнезе	0	1	0,6
	1	1,75 (0,22–14,2)	
	2	8,2 (1,03–64,9)	
Активность болезни Крона	Активность	0,73 (0,14–3,94)	0,7
	Ремиссия	1	
Наличие проктита в анамнезе	Да	1	0,3
	Нет	0,4 (0,07–2,34)	
Длина свищевого хода		0,96 (0,89–1,05)	0,3
Диаметр свищевого хода		1,15 (0,54–2,43)	0,7
Наличие затёков в анамнезе	Да	1,44 (0,17–12,2)	0,74
	Нет	1	
Применение биопластических материалов	Да	1	0,09
	Нет	0,13 (0,01–1,4)	
Применение биологической терапии	Да	1	0,038
	Нет	6,07 (1,1–33,2)	

в унивариантном анализе, данные параметры включались в мультивариантную модель.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди изучаемой подгруппы — 16/28 (57%) — было выполнено двухэтапное хирургическое лечение с проведением дренирующей латексной лигатуры; 12/28 (43%) пациенток были прооперированы радикально без проведения первого этапа лечения (Рис. 1). Послеоперационный период наблюдения составил 3–12 месяцев.

По данным клинико-инструментального обследования, рецидив заболевания был диагностирован у 11/28 (39%) пациенток. При сборе и анализе клинико-анамнестических данных было выявлено, что такие факторы, как: возраст; длительность анамнеза воспалительного заболевания кишечника и ректовагинального свища; количество ранее перенесенных оперативных вмешательств, в том числе с применением биопластических материалов; активность болезни Крона; наличие проктита или затёков в анамнезе; длина и диаметр свищевого хода; наличие стомы не влияли на возникновение рецидива РВС (Табл. 4).

Согласно полученным результатам, отсутствие проведения дренирующей латексной лигатуры в качестве 1 этапа хирургического лечения до ликвидации ректовагинального свища (ОШ = 13; 95% ДИ: 2,1–79,6; $p = 0,006$) и отсутствие применения различных видов генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) в качестве лечения болезни Крона (ОШ = 6,07; 95% ДИ: 1,1–33,2; $p = 0,038$) повышают вероятность развития рецидива ректовагинального свища. Также при наличии в анамнезе 2 и более родов ($p = 0,047$), вероятность возникновения рецидива РВС увеличивается (Табл. 4).

Проанализированы причины, послужившие поводом для формирования стомы (Табл. 5). При этом не выявлено ассоциации между возникновением рецидива и отсутствием стомы ($p = 0,91$) (Табл. 4).

При мультивариантном анализе факторов риска, влияющих на возникновение рецидива РВС после операции, выявлено, что отсутствие проведения дренирующей латексной лигатуры (ОШ = 27,49; 95% ДИ: 2,02–374,8; $p = 0,013$) и отсутствие применения биологической терапии (ОШ = 15,77; 95% ДИ: 1,13–220,4; $p = 0,04$) связаны с увеличением шансов развития рецидива РВС (Табл. 6).

Таблица 5. Причины формирования стомы у пациенток с ректовагинальными свищами**Table 5.** Causes of stoma formation in patients with rectovaginal fistulas

Причина формирования стомы	Пациентки с РВС и наличием стомы, N = 9, n (%)	Рецидив, n
Резекция кишечника с формированием стомы	5 (55)	3/5
Перианальные проявления	4 (45)	1/4

Таблица 6. Многофакторный анализ параметров, влияющих на развитие рецидива ректовагинальных свищей после операции**Table 6.** Multivariate analysis of factors affecting rectovaginal fistula recurrence

Факторы		Количество рецидивов	ОШ (95% ДИ)	p
Количество родов	0	2/11	1	0,15
	1	3/11	9,2 (0,46–187,14)	
	2 и более	6/11		
Проведение дренирующей латексной лигатуры (1-й этап лечения)	Да	2/11	1	0,013
	Нет	9/11	27,49 (2,02–374,8)	
Применение биологической терапии	Да	4/11	1	0,04
	Нет	7/11	15,77 (1,13–220,4)	

Часть пациенток были повторно оперированы с положительным результатом (3/11): 2/11 — выполнена ликвидация ректовагинального свища с низведением проксимального лоскута и еще 1 пациентке (1/11) применён эвагинационный метод лечения; 1 пациентка (1/11) отказалась от операции в связи с отсутствием негативного влияния заболевания на качество жизни; 2/11 пациенткам была выполнена проктэктомия по поводу прогрессирования болезни Крона; 5/11 пациенткам планируется повторное хирургическое лечение после дообследования.

ОБСУЖДЕНИЕ

Лечение ректовагинальных свищей при болезни Крона — сложная проблема, требующая комбинации различных видов медикаментозного и хирургического лечения. Несмотря на наличие множества статей, посвящённых совершенствованию методов хирургического лечения ректовагинальных свищей, данных о факторах риска, влияющих на частоту возникновения рецидива на сегодняшний день недостаточно. Следует отметить, что ни в одной зарубежной публикации нет указания об использовании эвагинационного метода лечения (Табл. 7).

По данным проведённого нами исследования выявлено, что возраст, индекс массы тела, клинимо-морфологические характеристики болезни Крона, продолжительность заболевания, предыдущие операции, а также наличие стомы не оказывают существенного влияния на рецидив РВС после оперативного лечения. В настоящий момент нет однозначных данных, свидетельствующих в пользу формирования стомы при лечении ректовагинальных свищей [14]. Данное исследование подтверждает отсутствие влияния данного фактора на развитие рецидива РВС, что

совпадает с результатами ранее опубликованных научных работ, посвящённых лечению ректовагинальных свищей в общей популяции [15].

По данным унивариантного анализа, пациентки, имеющие более 2 родов в анамнезе, подвержены повышенному риску развития рецидива РВС после оперативного лечения. Негативное влияние данного фактора можно объяснить рубцовой трансформацией тканей ректовагинальной перегородки, возникающих после родов, что способствует как ретракции лоскута, так и обратной миграции «эвагинированного» участка кишки после применения эвагинационного метода.

Было выявлено прямое влияние проведения латексной лигатуры перед операцией с применением генно-инженерных биологических препаратов на снижение риска развития рецидива РВС. Согласно данным литературы, лечение с применением дренирующей лигатуры в сочетании с биологической терапией повышает вероятность успешного хирургического вмешательства, снижает частоту рецидивов и ускоряет заживление перианальных свищей у пациентов с БК [16]. В большинстве зарубежных исследований, посвящённых перианальным проявлениям болезни Крона, не были включены пациентки с ректовагинальными свищами. В данном исследовании подтверждена эффективность двухэтапного лечения ректовагинальных свищей у пациенток с БК совместно с биологической терапией. Подобный подход обеспечивает подавление активного воспаления в прямой кишке и адекватное дренирование свищевого хода. Несмотря на то, что применение биологической терапии способствует заживлению свища, хирургическое вмешательство по-прежнему остаётся единственным радикальным методом лечения. В проведённом исследовании не было выявлено статистически значимых различий между тем или иным хирургическим методом

Таблица 7. Характеристика ретроспективных исследований, посвящённых хирургическому лечению ректовагинальных свищей у пациентов с болезнью Крона**Table 7.** Characteristics of retrospective studies on surgical treatment of rectovaginal fistulas in patients with Crohn's disease

Автор/ Страна	Год	N	Среднее кол-во операций, N	Заживление РВС	Метод	Фактор заживления	Фактор рецидива
El-Gazzaz et al. [8] / США	2010	65	1	30 (46.2%)	Низведение лоскута ($n = 47$); Сфинктеропластика ($n = 8$); Проктэктомия ($n = 7$); Фибриновый клей ($n = 3$)	Иммуномодуляторы ($p = 0,009$); Сетон ($p = 0,08$)	Курение ($p = 0,04$); Гормоны ($p = 0,04$)
Gaertner et al. [9] / США	2009	51	1	27 (53%)	Сетон ($n = 35$); Лоскут ($n = 12$); Фибриновый клей ($n = 8$); Сфинктеропластика ($n = 6$); Биоимплант ($n = 6$)	–	–
Otero-Piñeiro et al. [10] / США	2022	166	2	55 (33.1%) после первой операции; 86 (51,8%) после второй операции; 103 (62,1%) после третьей операции	Иссечения свища, сфинктеропластика, сетон, низведение лоскута, фибриновый клей, проктэктомия ($n = 360$)	–	Курение ($p = 0,014$); Сетон ($p = 0,012$)
Manne et al. [11] / США	2016	63	1	47 (75%)	Низведение лоскута ($n = 25$); низведение лоскута с проведением сетона ($n = 38$)	Сетон ($p = 0,0012$)	Активность болезни Крона
Tracanelli et al. [12] / Франция	2021	32	3	7 (22%)	Сетон ($n = 36$); Низведение лоскута ($n = 20$); Фибриновый клей ($n = 16$); Биоимплант ($n = 11$); Сфинктеропластика ($n = 11$)	Биологическая терапия ($p = 0,007$)	–
Narang et al. [13] / США	2016	99	2	63,7 (63%)	Низведение лоскута ($n = 59$); Перемещение нежной мышцы бедра ($n = 14$); Сфинктеропластика ($n = 23$); Фибриновый клей ($n = 3$)	Послеродовые свищи ($p = 0,002$)	–

ликвидации ректовагинального свища относительно развития рецидива заболевания.

Однако данные могут быть ограничены небольшим размером выборки пациентов и ретроспективным характером исследования. При этом эффективность эвагинационного метода сопоставима с традиционными хирургическими методами лечения РВС [15]. Выбор метода хирургического лечения РВС у данной категории пациенток остаётся спорным. Следует отметить, что характерными особенностями перианальных свищей на фоне БК являются наличие широкого внутреннего свищевого отверстия, а также значительные рубцовые изменения стенки анального канала проксимальнее отверстия, что зачастую делает технически невозможным формирование прямокишечного лоскута [11]. В этой связи у данной категории пациентов для коррекции значительных дефектов ректовагинальной перегородки возрастает роль эвагинационного метода, наиболее эффективного при диаметре свищевого отверстия более 16 мм [15]. Невозможно однозначно утверждать, является ли повторное возникновение ректовагинального свища рецидивом или новым проявлением болезни Крона

ввиду недостаточной терапии, направленной на поддержание ремиссии заболевания. Наличие ректовагинального свища у пациенток с болезнью Крона свидетельствует о тяжелом течении заболевания и увеличивает риск неблагоприятного исхода, в том числе выполнения проктэктомии [17]. Так, среди пациенток, включенных в данное исследование, 11 была выполнена проктэктомия в связи с выраженными перианальными проявлениями болезни Крона, среди которых 2/11 пациенткам предварительно было выполнено безуспешное хирургическое лечение ректовагинального свища.

Риск рецидива РВС у пациенток с БК остаётся высоким вне зависимости от выбора оперативного вмешательства, в связи с чем возникает необходимость поиска новых способов лечения. Применение мезенхимальных стволовых клеток и аутотрансплантации компонентов жировой ткани демонстрирует свою эффективность и безопасность в лечении прямокишечных свищей при болезни Крона, и вероятно, позволит снизить частоту развития рецидивов РВС у данной категории пациенток [18,19].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пациенты с ректовагинальными свищами представляют собой наиболее сложную когорту больных с периаанальными поражениями при болезни Крона в связи со значительной частотой их рецидивирования, однако комбинированное двухэтапное лечение и тщательная оценка факторов риска в предоперационном периоде позволяет улучшить результаты хирургического лечения.

УЧАСТИЕ АВТОРОВ

Концепция и дизайн исследования: *Аносов И.С., Хрюкин Р.Ю., Титов А.Ю.*

Сбор и обработка материала: *Аносов И.С., Ерышова Т.А., Киселёв Д.О., Титов А.Ю.*

Статистическая обработка: *Хрюкин Р.Ю., Ерышова Т.А.*

Написание текста: *Елфимова Ю.А., Аносов И.С., Хрюкин Р.Ю., Ерышова Т.А.*

Редактирование: *Титов А.Ю.*

AUTHORS CONTRIBUTION

Study conception and design: *Ivan S. Anosov, Roman Yu. Khryukin, Aleksandr Yu. Titov*

Data collection and processing: *Ivan S. Anosov, Tatyana A. Eryshova, Dmitry O. Kiselev, Aleksandr Yu. Titov*

Statistical analysis: *Roman Yu. Khryukin, Tatyana A. Eryshova*

Writing: *Yulia A. Elfimova, Ivan S. Anosov, Roman Yu. Khryukin, Tatyana A. Eryshova*

Editing: *Aleksandr Yu. Titov*

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Белоус С.С., Выкова Б.А., Аносов И.С., и соавт. Патогенетические механизмы развития пенетрирующей формы болезни Крона (обзор литературы). *Колопроктология*. 2024;23(4):139–147. doi: [10.33878/2073-7556-2024-23-4-139-147](https://doi.org/10.33878/2073-7556-2024-23-4-139-147) /Belous S.S., Vykov B.A., Anosov I.S., et al. Pathogenetic mechanisms of penetrating Crohn's disease (review). *Koloproktologia*. 2024;23(4):139–147. (In Russ.). doi: [10.33878/2073-7556-2024-23-4-139-147](https://doi.org/10.33878/2073-7556-2024-23-4-139-147)
2. Saclarides TJ. Rectovaginal fistula. *Surg Clin North Am*. 2002;82:1261–72.
3. Schwartz DA, Loftus EV, Tremaine WJ, et al. The natural history of fistulizing Crohn's disease in Olmsted County, Minnesota. *Gastroenterology*. 2002;122:875–80.
4. Radcliffe AG, Ritchie JK, Hawley PR, et al. Anovaginal and rectovaginal fistulas in Crohn's disease. *Dis Colon rectum*. 1988;31:94–9. doi: [10.1007/BF02562636](https://doi.org/10.1007/BF02562636)
5. Casadesus D, Villasana L, Sanchez IM, et al. Treatment of rectovaginal fistula: a 5-year review. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2006;46:49–51. doi: [10.1111/j.1479-828X.2006.00514.x](https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2006.00514.x)
6. Söderqvist EV, Cashin PH, Graf W. Surgical treatment of rectovagi-

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ (ORCID)

Аносов Иван Сергеевич — к.м.н., заведующий отделом малоинвазивной проктологии ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России, ORCID 0000-0002-9015-2600

Ерышова Татьяна Артёмовна — врач-колопроктолог отделения малоинвазивной проктологии и тазовой хирургии ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России, ORCID 0009-0004-6076-5192

Хрюкин Роман Юрьевич — к.м.н., старший научный сотрудник отдела малоинвазивной проктологии ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России, ORCID 0000-0003-0556-1782

Елфимова Юлия Алексеевна — клиническийординатор отделения малоинвазивной проктологии и тазовой хирургии ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России, ORCID 0009-0007-3316-7041

Киселёв Дмитрий Олегович — к.м.н., врач ультразвуковой диагностики ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России, ORCID 0000-0001-8332-7540

Титов Александр Юрьевич — д.м.н., главный научный сотрудник ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России, ORCID 0000-0002-1636-8075

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS (ORCID)

Ivan S. Anosov — 0000-0002-9015-2600

Tatyana A. Eryshova — 0009-0004-6076-5192

Roman Yu. Khryukin — 0000-0003-0556-1782

Yulia A. Elfimova — 0009-0007-3316-7041

Dmitry O. Kiselev — 0000-0001-8332-7540

Aleksandr Yu. Titov — 0000-0002-1636-8075

nal fistula — predictors of outcome and effects on quality of life. Observational Study. *Int J Colorectal Dis*. 2022;37(7):1699–1707. doi: [10.1007/s00384-022-04206-7](https://doi.org/10.1007/s00384-022-04206-7)

7. Andreani SM, Dang HH, Grondona P, et al. Rectovaginal fistula in Crohn's disease. *Dis Colon Rectum*. 2007;50:2215–2222.

8. El-Gazzaz G, Hull T, Mignanelli E, et al. Analysis of function and predictors of failure in women undergoing repair of Crohn's related rectovaginal fistula. *J Gastrointest Surg*. 2010;14(5):824–9. doi: [10.1007/s11605-010-1167-1](https://doi.org/10.1007/s11605-010-1167-1)

9. Gaertner WB, Madoff RD, Spencer MP, et al. Results of combined medical and surgical treatment of recto-vaginal fistula in Crohn's disease. *Colorectal Dis*. 2011;13(6):678–83. doi: [10.1111/j.1463-1318.2010.02234.x](https://doi.org/10.1111/j.1463-1318.2010.02234.x)

10. Otero-Piñero AM, Jia X, Pedersen KE, et al. Surgical Intervention is Effective for the Treatment of Crohn's-related Rectovaginal Fistulas: Experience From a Tertiary Inflammatory Bowel Disease Practice. *J Crohns Colitis*. 2023;17(3):396–403. doi: [10.1093/ecco-jcc/ijac151](https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/ijac151)

11. Manne A, Ahmed MB, Malik TA. Predictors of Outcome

- of Rectovaginal Fistula Surgery in Women With Crohn's Disease. *J Clin Med Res.* 2016;8(2):126–9. doi: [10.14740/jocmr2421w](https://doi.org/10.14740/jocmr2421w)
12. Tracanelli L, Mathieu N, Trilling B, et al. Rectovaginal fistula in Crohn's disease treatment: a low long-term success rate and a high definitive stoma risk after a conservative surgical approach. *Tech Coloproctol.* 2021;25(10):1143–1149. doi: [10.1007/s10151-021-02506-8](https://doi.org/10.1007/s10151-021-02506-8)
13. Narang R, Hull T, Perrins S, et al. Should Immunomodulation Therapy Alter the Surgical Management in Patients With Rectovaginal Fistula and Crohn's Disease? *Dis Colon Rectum.* 2016;59(7):670–6. doi: [10.1097/DCR.0000000000000614](https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000000614)
14. Fu J, Liang Z, Zhu Y, et al. Surgical repair of rectovaginal fistulas: predictors of fistula closure. *Int Urogynecol J.* 2019;30(10):1659–1665. doi: [10.1007/s00192-019-04082-w](https://doi.org/10.1007/s00192-019-04082-w)
15. Серебрий А.Б., Титов А.Ю., Костарев И.В., и соавт. Результаты хирургического лечения ректовагинальных свищей эвагинационным методом. *Колопроктология.* 2024;23(3):59–68. doi: [10.33878/2073-7556-2024-23-3-59-68](https://doi.org/10.33878/2073-7556-2024-23-3-59-68) /Serebriy A.B., Titov A.Yu., Kostarev I.V., et al. Evagination method for rectovaginal fistulas. *Koloproktologia.* 2024;23(3):59–68. (In Russ.). doi: [10.33878/2073-7556-2024-23-3-59-68](https://doi.org/10.33878/2073-7556-2024-23-3-59-68)
16. Аносов И.С., Нанаева Б.А., Варданыан А.В., и соавт. Периаанальные свищи при болезни Крона (обзор литературы). *Колопроктология.* 2023;22(1):128–137. doi: [10.33878/2073-7556-2023-22-1-128-137](https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-1-128-137) / Anosov I.S., Nanaeva B.A., Vardanyan A.V., et al. Perianal fistulas in Crohn's disease (review). *Koloproktologia.* 2023;22(1):128–137. (In Russ.). doi: [10.33878/2073-7556-2023-22-1-128-137](https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-1-128-137)
17. Scott NA, Nair A, Hughes LE. Anovaginal and rectovaginal fistula in patients with Crohn's disease. *Br J Surg.* 1992;79:1379–1380.
18. Аносов И.С., Ерышова Т.А., Хрюкин Р.Ю., и соавт. Мезенхимальные стволовые клетки в лечении свищей периаанальной области при болезни Крона (систематический обзор литературы и метаанализ). *Колопроктология.* 2024;23(3):100–111. doi: [10.33878/2073-7556-2024-23-3-100-111](https://doi.org/10.33878/2073-7556-2024-23-3-100-111) / Anosov I.S., Eryshova T.A., Khryukin R.Yu., et al. Mesenchymal stem cells for peri-anal fistulizing Crohn's disease (systematic review and meta-analysis). *Koloproktologia.* 2024;23(3):100–111. (In Russ.). doi: [10.33878/2073-7556-2024-23-3-100-111](https://doi.org/10.33878/2073-7556-2024-23-3-100-111)
19. Norderval S, Lundby L, Hougaard H, et al. Efficacy of autologous fat graft injection in the treatment of anovaginal fistulas. *Tech Coloproctol.* 2018;22(1):45–51. doi: [10.1007/s10151-017-1739-0](https://doi.org/10.1007/s10151-017-1739-0)