



УДК 616.352-007.253-089-06

doi: 10.52888/0514-2515-2026-370-3-188-197

Хирургия

Surgery

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ СО СВИЩАМИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Дж.К. Мухаббатов^{1,2}, Дж.Дж. Давлатов¹, Л.Н. Хусейнова², С.И. Расулова³

¹Кафедры общей хирургии №1 им. профессора А.Н. Каххарова, ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», Душанбе, Таджикистан

²Кафедры колопроктологии, ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Душанбе, Таджикистан

³Кафедры патологической физиологии, ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», Душанбе, Таджикистан

Хронические свищи прямой кишки оказывают комплексное негативное влияние на качество жизни пациентов, сопоставимое с тяжёлыми хроническими заболеваниями. У большинства больных (70–90%), особенно со сложными формами, отмечается значительное снижение физического, психоэмоционального, социального и профессионального благополучия. Ключевыми факторами ухудшения являются боль, выделения, риск недержания, тревожно-депрессивные расстройства и социальная дезадаптация. Для объективной оценки используются как универсальные шкалы (SF-36, EQ-5D), так и специализированные опросники (FIQL, CAF-QoL, QoLAF-Q). Существенное влияние на исходы лечения оказывают анатомические особенности свища, функциональные нарушения и сопутствующие заболевания (сахарный диабет, ожирение, болезнь Крона). Применение малоинвазивных и сфинктеросохраняющих методик (LIFT, FiLaC, VAAFT) улучшает показатели качества жизни за счёт снижения боли, осложнений и риска инконтиненции, однако остаются нерешёнными проблемы рецидивов и высокой стоимости вмешательств. Качество жизни должно рассматриваться как ключевой критерий эффективности хирургического лечения параректальных свищей, а индивидуализированный выбор тактики позволяет достичь оптимального клинического и социального результата.

Ключевые слова: параректальный свищ; осложнения; анальное недержание; качество жизни; психоэмоциональные нарушения; хирургическое лечение.

Контактное лицо: Давлатов Джамшед Джурахонович, E-mail: mnushina1990@gmail.com, тел.: +992988877772

Для цитирования: Мухаббатов Дж.К., Давлатов Дж.Дж., Хусейнова Л.Н., Расулова С.И. Качество жизни пациентов со свищами прямой кишки. Журнал Здравоохранение Таджикистана. 2026;370(3):188-197. <https://doi.org/10.52888/0514-2515-2026-370-3-188-197>

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH RECTAL FISTULAS

J.K. Mukhabbatov^{1,2}, J.J. Davlatov¹, L.N. Khuseinova², S.I. Rasulova³

¹Department of General Surgery No. 1 named after Professor A.N. Kakhkharov, SEI Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Republic of Tajikistan

²Department of Coloproctology, SEI Institute of Postgraduate Education in Health Care of the Republic of Tajikistan, Dushanbe, Republic of Tajikistan

³Department of Pathophysiology, SEI Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Republic of Tajikistan

Chronic rectal fistulas have a complex negative impact on patients' quality of life, comparable to that of severe chronic diseases. In the majority of cases (70–90%), particularly with complex fistulas, there is a significant decline in physical, psycho-emotional, social, and professional well-being. The key factors contributing to this deterioration of the condition include pain, discharge, risk of incontinence, anxiety-depressive disorders, and social maladaptation. For objective assessment, both general scales (SF-36, EQ-5D) and disease-specific questionnaires (FIQL, CAF-QoL, QoLAF-Q) are applied. Treatment outcomes are significantly influenced by the anatomical characteristics of the fistula, functional disorders, and comorbidities such as diabetes mellitus, obesity, and Crohn's disease. The use of minimally invasive and sphincter-preserving techniques (LIFT, FiLaC, VAAFT) improves quality-of-life indicators by reducing pain, complications, and the risk of incontinence; however, the issues of recurrence and high treatment costs remain unresolved. Quality

of life should be regarded as a key criterion for evaluating the effectiveness of surgical treatment of perianal fistulas, while an individualized approach makes it possible to achieve optimal clinical and social outcomes.

Keywords: perianal fistula; complications; fecal incontinence; quality of life; psycho-emotional disorders; surgical treatment.

Corresponding author: Davlatov Jamshed Jurakhonovich, E-mail: d.jamshed.90@mail.ru. tel.: +992988877772

For citation: Mukhabbatov J.K., Davlatov J.J., Khuseinova L.N., Rasulova S.I. Quality of life in patients with rectal fistulas. Journal Healthcare of Tajikistan. 2026;370(3):188-197. <https://doi.org/10.52888/0514-2515-2026-370-3-188-197>

СИФАТИ УМРИ БЕМОРОНИ ГИРИФТОР БА НОСУРҲОИ РӮДАИ РОСТ

Ҷ.К. Муҳаббатов^{1,2}, Ҷ.Ҷ. Давлатов¹, Л.Н. Ҳусейнова², С.И. Расулова³

¹Кафедраи ҷарроҳии умумии рақами 1-и ба номи профессор А.Н. Қаҳҳоров, МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», Душанбе, Тоҷикистон

²Кафедраи кололопроктологияи, МДТ “Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон, Душанбе, Тоҷикистон

³Кафедраи физиологияи патологӣ, МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», Душанбе, Тоҷикистон

Носурҳои музмини рӯдаи рост ба сифати умри беморон таъсири маҷмуии манфӣ мерасонанд, ки бо бемориҳои вазнини музмин муқоисашаванда аст. Дар аксари беморон (70–90%), ҳусусан бо шакли вазнин, хеле коҳиш ёфтани беҳбудии ҷисмонӣ, психоемотсионалӣ, иҷтимоӣ ва касбӣ мушоҳида мегардад. Дард, обият, хатари дошта натавонистан, ихтилолоти изтиробӣ-депрессивӣ ва мутобиқнашудани иҷтимоӣ омилҳои асосии бадшавӣ ба ҳисоб мераванд. Ҳам шкалаҳои универсалӣ (SF-36, EQ-5D) ва ҳам пурсишномаҳои махсус (FIQL, CAF-QoL, QoLAF-Q) -ро барои арзёбии объективӣ истифода мебаранд. Хусусиятҳои анатомии носур, ихтилолоти функционалӣ ва бемориҳои ҳамроҳ (диабети қанд, фарбеҳӣ, бемории Крон) ба оқибати беморӣ таъсири ҷиддӣ мерасонанд. Ба кор бурдани усулҳои камолоиш ва ҳифзкунандаи ҳалқамушак (LIFT, FiLaC, VAAFT) аз ҳисоби камшавии дард, оризаҳо ва хатари инконтиненсия сифати умри беморро беҳ менамоянд, аммо мушкилоти такроршавӣ ва арзиши баланди амалиёт ҳалли ҳудро пайдо накарданд. Сифати умр бояд ҳамчун меъёри асосии самаранокии муолиҷаи ҷарроҳии носурҳои атрофи мақъад баррасӣ шавад ва интиҳоби инфиродии тактика бошад, ҳосил намудани натиҷаи оптималии клиникӣ ва иҷтимоиро имконпазир мегардонад.

Калимаҳои калидӣ: носури атрофи мақъад; оризаҳо; дошта натавонистани мақъадӣ; сифати умр; ихтилолоти психоемотсионалӣ; муолиҷаи ҷарроҳӣ.

Хронические анальные свищи представляют собой заболевание, которое, несмотря на кажущуюся локализованность, оказывает многогранное воздействие на повседневную жизнь пациентов. За последние годы накоплен значительный массив данных, подтверждающих негативное влияние свищей на различные домены качества жизни (КЖ), сопоставимое по выраженности с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника [11, 24, 35].

У пациентов со сложными свищами прямой кишки ухудшение качества жизни наблюдается очень часто, и это один из ключевых клинических аспектов проблемы. По данным литературы 70–90% пациентов со свищами прямой кишки, особенно с сложными формами данного заболевания, сообщают о значительном снижении КЖ пациентов [1, 12, 36].

В сравнении с общепопуляционными показателями, у таких пациентов показатели физического

и психоемоционального здоровья ниже в среднем на 30–40% (по шкалам SF-36, GIQLI, EQ-5D) [27, 32, 35, 38].

Основные факторы, влияющие на ухудшение КЖ: постоянные выделения и необходимость носить прокладки (70–80% пациентов), боль и дискомфорт (50–60%), страх недержания после операции (до 40%), социальная изоляция и депрессия (25–35%) [24, 27].

Таким образом, можно сказать, что ухудшение КЖ у пациентов со сложными свищами встречается почти в подавляющем большинстве случаев (около 80–90%), хотя степень выраженности варьирует в зависимости от активности воспаления, частоты рецидивов и эффективности лечения [8, 19, 40].

Если рассматривать по литературным данным, хронические параректальные свищи оказывают влияние не только на медицинскую сторону, но и на качество повседневной жизни пациента. В

литературах чаще всего выделяются такие аспекты [11, 8, 30, 39]:

– физический аспект: пациенты со свищами отмечают боль, зуд, постоянные или периодические выделения и мацерацию перианальной кожи. Эти проявления сопровождаются нарушением сна и ограничением физической активности [27]. Наличие сетона, используемого как паллиативное вмешательство, также снижает показатели КЖ за счёт дискомфорта и ограничения подвижности [21].

– социальная жизнь и отношения пациентов значительно ограничивается из-за опасений, связанных с подтеканием и запахом, что приводит к снижению участия в общественных мероприятиях, избеганию спорта и дальних поездок [27, 29]. В крупных когортных исследованиях показано, что пациенты с перинальными свищами имеют худшие показатели КЖ по сравнению с контрольной группой, включая затруднения в построении межличностных отношений [38].

– психологические аспекты, хроническое течение болезни, рецидивы и длительная необходимость в хирургическом лечении способствуют развитию тревожности и депрессии. По данным Adegbola et al. 2021, валидированный опросник CAF-QoL демонстрирует, что психологический стресс является одной из ключевых составляющих ухудшения КЖ. Пациенты часто описывают чувство стыда и социальной изоляции, что дополнительно усугубляет психоэмоциональное состояние [8, 22, 27].

– сексуальная функция, нарушения в интимной жизни являются малоизученной, но клинически значимой проблемой. Параректальные свищи и связанные с ними выделения, боль и запах ведут к снижению сексуальной активности и неудовлетворённости в отношениях [24]. Разработка специфических опросников (например, QoLAF-Q) позволила выявить значимое ухудшение качества сексуальной жизни при криптогландулярных свищах [24, 26].

– профессиональная функция, физический дискомфорт, необходимость постоянного контроля гигиены и частые обострения заболевания ведут к снижению трудоспособности, особенно среди пациентов с физически активной работой [38]. Кроме того, длительное лечение и многократные операции обуславливают временную нетрудоспособность, что отражается на профессиональной и экономической сфере [33, 37].

Таким образом современные исследования убедительно показывают, что хронические анальные свищи оказывают системное влияние на все аспекты качества жизни. Наиболее выраженные изменения наблюдаются в физическом, психологическом и социальном аспектах, однако сексуальная и профессиональная сферы также существенно страдают. Валидация специализированных инструментов оценки QoL (CAF-QoL, QoLAF-Q) открывает возможности для более объективной оценки исходов лечения и сравнения эффективности различных методик [18, 22, 39].

Для пациентов со хроническими параректальными фистулами применяют как общие шкалы качества жизни (QoL), так и специфические, которые разработанные именно для параректального свища.

Общие шкалы (не специфичны для свищей, но часто используются): SF-36 (Short Form-36 Health Survey) – широко применялась для оценки КЖ у больных со параректальными свищами и в исследованиях области колоректальной хирургии [42]. EQ-5D (EuroQol-5 Dimensions) – простой инструмент для оценки КЖ, использовался в исследованиях пациентов с свищами прямой кишки осложнениями болезни Крона [42].

Специфические шкалы для свищей: FIQL (Fecal Incontinence Quality of Life Scale) – применялась у пациентов после операций на свищи прямой кишки, так как риск послеоперационного недостаточного анального канала влияет на КЖ [35]. St. Mark's Incontinence Score (Vaizey score) – не QoL-шкала напрямую, но используется для оценки функции сфинктера и её влияния на жизнь после хирургического лечения параректального свища [36]. А также шкала Wexner Incontinence Score (Cleveland Clinic Florida Fecal Incontinence Score) – количественная шкала оценки степени недержания (0–20 баллов, учитывает газ, жидкий и твёрдый стул, использование прокладок и изменения образа жизни). [5, 28].

Также имеется специально созданные PROM (Patient-Reported Outcome Measure – «измеритель исходов, сообщаемых самим пациентом») для свищей: CAF-QoL (Crohn's Anal Fistula Quality of Life Scale) – валидированная шкала, учитывающая уникальные аспекты жизни пациентов с перинальными свищами при болезни Крона [18, 19]. А также Cryptoglandular Anal Fistula PROM (новая шкала) – создана для больных со свищами криптогландулярные этиологи [28].

Изучение качества жизни (КЖ) у больных с параректальными свищами является неотъемлемой

частью комплексной оценки эффективности проводимого лечения и функциональных результатов. В последние годы всё большее внимание уделяется применению стандартизированных опросников, которые позволяют объективно оценивать физическое, психологическое и социальное состояние пациента.

Критерии включения

Согласно современным отечественным и зарубежным исследованиям в анализ качества жизни включаются пациенты старше 18 лет с клинически и инструментально подтверждённым диагнозом хронического параректального свища [11, 17, 36]. Необходимым условием является отсутствие признаков острого воспаления и способность пациента самостоятельно заполнять стандартизированные анкеты. Во всех работах обязательным требованием служит наличие информированного согласия, что соответствует положениям Хельсинкской декларации о правах участников исследований.

Критерии исключения

Из выборки исключаются пациенты с острым парапроктитом, активными воспалительными процессами, злокачественными опухолями прямой кишки и органов малого таза, а также лица с тяжёлыми соматическими или психическими заболеваниями, беременные женщины и лица младше 18 лет. Подобные ограничения направлены на обеспечение однородности исследуемой группы и повышение достоверности субъективной оценки качества жизни (2, 21, 25).

Параректальный свищи представляют собой хроническое заболевание, которое значительно ухудшает качество жизни пациентов за счёт совокупности медицинских, психосоциальных и экономических факторов. Несмотря на большое количество хирургических методик лечения, проблема рецидивов, осложнений и сохранения функции сфинктера остаётся актуальной [29, 30, 39]. Одним из важнейших показателей эффективности лечения является КЖ, отражающее не только анатомическое заживление, но и субъективное восприятие пациентом своего состояния [30].

Клинические проявления напрямую определяют КЖ. Наиболее значимыми являются хронический болевой синдром, интенсивность и частота выделений (гной, слизь), а также нарушение удержания кала и газов, приводящее к социальной дезадаптации. Частое обострение и повторные хирургические вмешательства усугубляют течение заболевания [3, 10, 29].

Хирургическое лечение в большинстве случаев приводит к достоверному улучшению показателей QoL, особенно в отношении болевого синдрома, физической активности и психоэмоционального здоровья. Однако долгосрочные результаты вариabельны: риск рецидива и развития недержания остаётся ключевым фактором, ограничивающим положительный эффект операции [4, 7, 13]. Современные сфинктеросохраняющие методики (LIFT, advancement flap, TROPIS, применение биопротезов) демонстрируют обнадеживающие результаты в плане сохранения континенции, но требуют дальнейшего изучения их влияния на качество жизни в долгосрочной перспективе [6, 33, 37].

Предикторами низкого QoL остаются сложные высокие свищи, повторные вмешательства, длительный анамнез заболевания и недержание. В связи с этим современный подход смещается от оценки лишь клинического излечения к комплексной регистрации patient-reported outcomes. Унификация шкал и проведение проспективных мультицентровых исследований с длительным наблюдением представляются перспективными направлениями для дальнейшего совершенствования тактики лечения [23, 26, 27].

Исходя из литературных данных, выбор метода оперативного вмешательства имеет прямое значение для КЖ. Традиционные подходы (фистулотомия, сетон) нередко сопровождаются риском повреждения сфинктера и нарушением удерживающей функции [8, 17, 36]. Современные минимально инвазивные методы (лазерная абляция FiLaC, метод LIFT, видеоассистированная техника VAAFT) направлены на сохранение анатомии и функции, что положительно отражается на субъективных показателях пациентов. Существенным ограничивающим фактором остаётся риск рецидива и послеоперационных осложнений (инфекции, стриктуры, недержание), которые существенно снижают КЖ [1, 11, 12, 21].

По данным Мухаббатов Дж.К., сложные свищи прямой кишки в 65,5% случаев сопровождаются изменениями анального сфинктера: реактивным сфинктеритом (18,4%), пектенозом (27,6%) и дефектами волокон наружного сфинктера (19,5%). Течение болезни определяется не только формой свища, но и выраженностью структурных изменений сфинктера, которые приводят к функциональным нарушениям. Эти изменения существенно влияют на качество жизни пациентов [11].

Современные исследования демонстрируют высокую эффективность новых и модифициро-

ванных хирургических подходов, направленных на сохранение анального сфинктера при лечении сложных параректальных свищей. Одним из значимых достижений является применение усовершенствованных хирургических техник, позволяющих снизить выраженность болевого синдрома: на 10% в покое и на 20% после дефекации. [16, 31, 38]. При этом отмечено уменьшение частоты осложнений на 13,4% и риска развития анальной инконтиненции на 5,7% через 3 месяца и 7,5% через год по сравнению с традиционными методами [37].

Разработанный, Разиным А.Н., способ лечения сложных параректальных свищей позволяет выполнить проктопластику без мобилизации лоскута, снижает боль в покое на 10%, после дефекации на 20%, уменьшает осложнения на 13,4%, а риск анальной инконтиненции — на 5,75% через 3 месяца и на 7,48% через 1 год по сравнению с традиционным методом [12].

По литературным данным после хирургического лечения неполных внутренних свищей анальная инконтиненция отмечена в 12,7% случаев. Из них I степень — 8,5%, II степень — 4,2%. При анализе различных анатомических типов (интрасфинктерные, трансфинктерные, экстрасфинктерные) выявлены лишь единичные случаи недостаточности, что указывает на зависимость риска осложнения от глубины и распространённости свища [1.11.22].

По некоторым данным [14] среди пациентов со свищами прямой кишки недостаточность анального сфинктера диагностирована в 20% случаев. При этом у больных с сахарным диабетом частота осложнения значительно выше (28,3%), чем у пациентов без диабета (8,3%). Это подчёркивает роль сопутствующих метаболических нарушений в развитии постоперационной инконтиненции.

Модифицированная технология FiLaC зарекомендовала себя как эффективный метод, ускоряющий заживление свищей на 42% и сокращающий число рецидивов с 37,2% до 17,5%, не влияя при этом на состоятельность сфинктера и функцию континенции [15, 25, 29].

Методика LIFT отличается простотой выполнения, воспроизводимостью и минимальной травматичностью для сфинктера. Она обеспечивает успешное закрытие свищевого хода в 83,1% случаев при уровне рецидива, не превышающем 16,9% [10, 15, 33].

В одном из исследований [13] проведенный среди 171 пациента, перенесших хирургическое лечение по поводу анального свища, у большинства пациентов диагностирован простой свищ (66,5%),

у 33,5% — сложный. Общая частота рецидива составила 12,5%, при этом для простых форм она равнялась 5,9%, а для сложных — 25,4%. Основными предикторами рецидива являлись сахарный диабет, аноректальный абсцесс в анамнезе, сложный свищ и проведение сфинктеросохраняющих вмешательств. Методики LIFT и использование пробковых/биологических имплантов сопровождались наибольшей частотой рецидивов ($\geq 50\%$). При этом значимых различий в частоте недержания кала и связанных с ним показателей качества жизни между операциями с сохранением сфинктера и без него выявлено не было [8, 17, 36].

Результаты исследования указывают на то, что сфинктеросохраняющие методики сопряжены с более высокой вероятностью рецидива, тогда как радикальные вмешательства без сохранения сфинктера не увеличивают риск инконтиненции и не ухудшают долгосрочные показатели качества жизни.

По литературным данным [35] психологические и социальные факторы подразумевают ограничение активности, снижение трудоспособности, стигматизацию из-за выделений и запаха, нарушение сексуальной функции и самооценки. У пациентов часто формируются тревожно-депрессивные расстройства и нарушения сна, что усиливает негативное восприятие болезни. Экономические факторы связаны с длительным течением заболевания, необходимостью повторных госпитализаций и высокими затратами на лечение. Высокая стоимость современных малоинвазивных технологий (FiLaC, VAAFT) может ограничивать доступность терапии и снижать удовлетворённость пациентов [19, 30, 34].

Таким образом, современные сфинктеросохраняющие методы не только обеспечивают клинический успех, но и значительно улучшают качество жизни пациентов за счёт снижения боли, осложнений и рецидивов, сохранения континенции, уменьшения психосоциального и экономического бремени.

Анатомические особенности свища, его форма и локализация, напрямую влияют на прогноз и качество жизни. Чем выше расположен свищевой ход и чем больше вовлечено сфинктерных волокон (супра- и экстрасфинктерные формы), тем выше риск рецидивов, повторных операций и развития функциональных нарушений [33, 35, 36]. При низких интер- и трансфинктерных свищах лечение обычно технически проще, осложнения

встречаются реже, а качество жизни страдает меньше [28, 35].

Ключевым фактором ухудшения является недержание кала, которое приводит к значительным социальным ограничениям, снижению трудоспособности, нарушению интимной жизни и психоэмоциональным расстройствам. Даже лёгкие формы инконтиненции значительно снижают показатели по шкалам FIQL и SF-36, тогда как отсутствие недержания ассоциируется с благоприятным прогнозом [38].

Наличие исходной недостаточности анального сфинктера (НАС) ещё больше усугубляет течение болезни и осложняет выбор хирургической тактики [2, 3, 41]. В таких случаях предпочтение часто отдаётся сфинктеросохраняющим методам (LIFT, FiLaC, VAAFT), позволяющим минимизировать риск усугубления функциональных нарушений, хотя они могут быть менее стабильны в отношении анатомического результата. Усугубление недостаточности сфинктера после операции считается наиболее неблагоприятным исходом, определяющим долгосрочное качество жизни [11, 19, 39].

Таким образом, анатомические характеристики свища определяют техническую сложность лечения и риск рецидива, тогда как функциональные факторы, недержание и НАС, выступают основными детерминантами снижения качества жизни. Современный подход предполагает приоритетное сохранение удерживающей функции сфинктера наряду с достижением анатомического заживления.

Субъективная оценка качества жизни (КЖ) у пациентов со свищами прямой кишки зависит не только от анатомо-функциональных характеристик заболевания, но и от пола, возраста и сопутствующей патологии.

Различия между мужчинами и женщинами проявляются преимущественно в психосоциальной сфере. У женщин субъективное восприятие симптомов более выражено из-за социальной стигматизации, нарушения сексуальной функции и эмоциональных расстройств (тревога, депрессия), что чётко отражается в валидированных опросниках FIQL и SF-36 [35]. У мужчин снижение КЖ чаще связано с ограничением физической активности, потерей трудоспособности и нарушением интимной жизни [40]. Также стоит отметить, что анализ клинического течения недостаточности анального сфинктера у женщин показал, что в 51,6% случаев гендерные факторы способствовали формированию смешанной формы заболевания [9].

Молодые пациенты (до 40 лет) острее реагируют на проявления болезни (выделения, запых, недержание), поскольку они существенно ограничивают социальную жизнь, интимные отношения и карьерный рост. Пожилые пациенты (старше 60 лет) чаще воспринимают болезнь как хроническое состояние, однако демонстрируют худшие показатели физического компонента КЖ из-за сопутствующей патологии. Возраст также повышает риск хирургических осложнений и послеоперационной недостаточности сфинктера, что сильнее снижает КЖ [20, 37].

Сопутствующие заболевания. Сахарный диабет повышает риск инфицирования, замедляет заживление и увеличивает вероятность рецидива, удлиняя сроки лечения и снижая субъективные показатели КЖ [20]. По литературным данным, больные с сахарным диабетом имеют больший риск рецидива или осложнений, возможно на ~20-30% больше, чем пациенты без диабета, особенно при плохо контролируемом гликемическом статусе [14, 36]. В диссертационной работе Хамроева Б.М. приведено, что у пациентов с сахарным диабетом свищи прямой кишки нередко сопровождаются смешанной формой недостаточности анального сфинктера (31,2%) и синдромом эндотоксикоза (27,2%). Применение профилактических мероприятий и усовершенствованных хирургических методик позволяет снизить частоту ранних осложнений, рецидивов и поздней недостаточности сфинктера на 6,5–8,7% [14, 17].

Для ожирения цифры менее определённые, но повышенный индекс массы тела увеличивает риск абсцессов или свищей, и может усиливать негативное влияние болезни на качество жизни, возможно в диапазоне 10-25% ниже показателей качества жизни по психологическим или физическим шкалам, в зависимости от тяжести ожирения [18, 31]. Также ожирение связано с техническими трудностями хирургического лечения, более высокой частотой осложнений и выраженной социальной стигматизацией. Такие пациенты демонстрируют низкие показатели физического и психологического благополучия по шкалам SF-36 и FIQL [30].

У пациентов с болезнью Крона свищи в большинстве случаев имеют комплексный характер (~52-88%), а стойкая ремиссия достигается лишь у 60-65% через несколько лет, тогда как 35-40% продолжают испытывать симптомы и нуждаться в дренировании. Это существенно ухудшает качество жизни, и, как показал метаанализ Spinelli и соавт. (2023), именно при болезни Крона показатели КЖ

значительно ниже, чем при криптогландулярных свищах [38]. Другие хронические заболевания (сердечно-сосудистые, дыхательные) также усугубляют восприятие болезни и снижают общий уровень КЖ [39].

Исходя из этого, пол, возраст и сопутствующие заболевания (СД, ожирение, болезнь Крона) существенно влияют на течение параректальных свищей и восприятие качества жизни, поэтому их необходимо учитывать при анализе результатов лечения.

Заключения.

Таким образом хронические свищи прямой кишки оказывают системное негативное влияние на качество жизни пациентов, затрагивая физическую, психологическую, социальную, сексуальную и профессиональную сферы. У большинства больных отмечается значительное снижение КЖ, сопоставимое по выраженности с другими тяжёлыми хроническими заболеваниями. Современные сфинктеросохраняющие и малоинвазивные методики позволяют уменьшить болевой синдром, осложнения и риск недержания, что способствует улучшению субъективных показателей. Однако рецидивы и высокая стоимость лечения остаются ключевыми проблемами. Пол, возраст и сопутствующие заболевания (особенно СД, ожирение, болезнь Крона) существенно влияют на исходы и восприятие болезни, что необходимо учитывать при выборе тактики лечения и интерпретации качества жизни.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Гришин К.Н., Мустафин Д.Г. Хирургическое лечение экстрасфинктерных свищей прямой кишки. Вестник ВолГМУ. 2010;2(34):56–58.
Grishin K.N., Mustafin D.G. Surgical treatment of extrasphincteric rectal fistulas. Bulletin of Volgograd State Medical University. 2010;2(34): 56–58.
2. Гулов М.К., Мухаббатов Дж.К. Морфофункциональные изменения сфинктерного аппарата при его недостаточности. Вестник Авиценны. 2022;24(2):145–150.
Gulov M.K., Mukhabbatov J.K. Morphofunctional changes of the sphincter apparatus in its insufficiency. Avicenna Bulletin. 2022;24(2):145–150.
3. Гулов Ф.М. Функциональное состояние запирающего аппарата прямой кишки при экстрасфинктерных свищах. Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2022;3:36–40.
Gulov F.M. Functional state of the anal sphincter apparatus in extrasphincteric rectal fistulas. Bulletin of Postgraduate Education in Healthcare. 2022;3:36–40.
4. Денисенко Э.В. Свищи прямой кишки: современное состояние проблемы. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2022;181(6):77–83.
Denisenko E.V. Rectal fistulas: current state of the problem. Grekov's Bulletin of Surgery. 2022;181(6):77–83.
5. Костарев И.В., Шелыгин Ю.А. и др. Клинические результаты одноцентрового проспективного исследования по оценке эффективности хирургического лечения транс- и экстрасфинктерных свищей прямой кишки с применением биопластического коллагенового материала. Анналы хирургии. 2018;23(2).
Kostarev I.V., Shelygin Yu.A., et al. Clinical results of a single-center prospective study evaluating the effectiveness of surgical treatment of trans- and extrasphincteric rectal fistulas using a bioplastic collagen material. Annals of Surgery. 2018;23(2).
6. Краснова В.Н., Журавлев А.В., Каторкин С.Е., Чернов А.А. Лигирование свищевого хода в межсфинктерном пространстве с применением склеротерапии при лечении параректальных свищей. Колопроктология. 2020;19(3).
Krasnova V.N., Zhuravlev A.V., Katorkin S.E., Chernov A.A. Ligation of the fistulous tract in the intersphincteric space with the use of sclerotherapy in the treatment of pararectal fistulas. Koloproktologiya (Coloproctology). 2020;19(3).
7. Малиugin В.С. Лечение экстрасфинктерных свищей прямой кишки: дисс. ... канд. мед. наук. Ставрополь, 2014;128.
Malyugin V.S. Treatment of extrasphincteric rectal fistulas. Dissertation for the Candidate of Medical Sciences. Stavropol, 2014;128.
8. Матинян А.В. Лечение транс- и экстрасфинктерных свищей прямой кишки методом лазерной термооблитерации свищевого хода: дисс. ... канд. мед. наук. Москва, 2021;125.
Matinyan A.V. Treatment of trans- and extrasphincteric rectal fistulas by the method of laser thermobliteration of the fistulous tract. Dissertation for the Candidate of Medical Sciences. Moscow, 2021;125.
9. Мухаббатов Д.К., Гулов М.К., Расулова С.И., Амиров Ш.Р., Давлатов Д.Д. Недостаточность анального сфинктера у женщин. Здравоохранение Таджикистана. 2021;2(349):70–74.
Mukhabbatov D.K., Gulov M.K., Rasulova S.I., Amirov Sh.R., Davlatov D.D. Anal sphincter insufficiency in women. Zdravookhranenie Tajikistana (Health Care of Tajikistan). 2021;2(349):70–74.
10. Мухаббатов Д.К., Давлатов Д.Д., Хамроев Б.М., Каримов Ш.А. Органические изменения анального сфинктера при сложных свищах прямой кишки. Здравоохранение Таджикистана. 2024;3(362):45–54.
Mukhabbatov D.K., Davlatov D.J., Khamroev B.M., Karimov Sh.A. Organic changes of the anal sphincter in complex rectal fistulas. Health Care of Tajikistan. 2024;3(362):45–54.

11. Муравьев А.В., Малюгин В.С., Линченко В.И., Халин Д.А. Сравнительная оценка хирургического лечения экстрасфинктерных свищей прямой кишки. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2013;8(2):34–36.
Muravyov A.V., Malyugin V.S., Linchenko V.I., Khalin D.A. Comparative assessment of surgical treatment of extrasphincteric rectal fistulas. Medical Bulletin of the North Caucasus. 2013;8(2):34–36.
12. Разин А.Н. Новый способ проктопластики при лечении пациентов со сложными параректальными свищами. Самара. 2024:24.
Razin A.N. A new method of proctoplasty in the treatment of patients with complex pararectal fistulas. Samara; 2024:24
13. Сидра Хан, и соавт. Предикторы рецидива и долгосрочные исходы после хирургической коррекции анального свища: ретроспективный анализ. Международный журнал колоректальных заболеваний. 2024;39:37.
Sidra Khan, et al. Predictors of recurrence and long-term outcomes after surgical correction of anal fistula: a retrospective analysis. International Journal of Colorectal Diseases. 2024;39:37.
14. Чурина Ю.А., и соавт. Результаты лечения высоких трансфинктерных аноректальных свищей. Колопроктология. 2023;22(2):45–52.
Churina Yu.A., et al. Results of treatment of high transsphincteric anorectal fistulas. Coloproctology. 2023;22(2):45–52.
15. Adegbola S.O. et al. Development and validation of the Crohn's Anal Fistula Quality of Life (CAF-QoL) scale. Gut. 2021.
16. Adegbola SO, et al. Development and initial psychometric validation of a patient-reported outcome measure for Crohn's perianal fistula: the Crohn's Anal Fistula Quality of Life (CAF-QoL) scale. Gut. 2021.
17. Andreou C, Zeindler J, Oertli D, Steinemann DC. Long-term outcome of surgery for anal fistula – a retrospective study. Sci Rep. 2020;10:8603.
18. Angriman I. et al. Impact on Quality of Life of Seton Placing in Perianal Disease. Front Surg. 2022.
19. de Groof EJ, et al. Patient-reported outcome measures in perianal fistula: a systematic review. Colorectal Disease. 2019.
20. ESCP — A new questionnaire to assess QoL of patients with cryptoglandular anal fistula (AF-QOL) (2024).
21. Ferrer-Márquez M. et al. Development and validation of QoLAF-Q questionnaire. Tech Coloproctol. 2017–2018.
22. Frountzas M, Stergios K, Schizas D, Kontzoglou K, Toutouzas K, Theodoropoulos GE. Could FiLaC™ be effective in the treatment of anal fistulas? A systematic review of observational studies. Colorectal Disease. 2020.
23. Iqbal N., Alrubaiy L., Hart A., et al. The development of a cryptoglandular anal fistula quality of life scale (AF-QoL). Colorectal Disease. 2024. escp.eu.com
24. Iqbal N., Machielsen A.J.H.M., Breukink S.O. et al. — “Living with cryptoglandular anal fistula: a qualitative investigation of the patient's experience through semi-structured patient interviews” — Quality of Life Research, 2022;31:2505-2518.
25. Järbrink Holmström M, et al. Development and validation of a patient-reported outcome measure for cryptoglandular anal fistula. Colorectal Disease. 2024.
26. Ji L., Zhang Y., Xu L., Wei J., Weng L., Jiang J. Advances in the treatment of anal fistula: a mini-review of recent five-year clinical studies. Frontiers in Surgery. 2021;7:586891.
27. Karin Adamo., Ulf Gunnarsson., Katarina Eeg-Olofsson. Risk for developing perianal abscess in type 1 and type 2 diabetes and the impact of poor glycemic control. Int J Colorectal Dis. 2021;36:999–1005.
28. Karki C., et al. Multi-national observational study to assess quality of life and treatment preferences in patients with Crohn's perianal fistulas. World Journal of Gastroenterology. 2023. wjgnet.com
29. Kheira Gabsi. Risk factors for perianal abscess recurrence after incision and drainage: a review of the literature. Gabsi K. Int Surg J. 2025 Feb;12(2):255-259.
30. Mateescu T, et al. Exploring Health-Related Quality of Life in Patients with Anal Fistulas. Life (MDPI). 2023.
31. McCurdy JD, Khan R, Sharma S, et al. Development and validation of a patient-reported outcome measure for quality of life in anal fistula (QoLAF-Q). Colorectal Disease. 2024.
32. Owen H.A. et al. Quality of life in patients with anal fistula: A systematic review. — Colorectal Disease, 2016;18(7):667–676.
33. Parks AG, Gordon PH, Hardcastle JD. A classification of fistula-in-ano. Br J Surg. 1976;63(1):1–12.
34. Sørensen KM, Olsen LL, Hulgaaard EF, Qvist N. Video-assisted anal fistula treatment (VAAFT) versus fistulectomy for simple fistula-in-ano: a randomized controlled trial. Colorectal Disease. 2021.
35. Spinelli A, Allocca M, Jovani M, Peyrin-Biroulet L, Fiorino G, Danese S. The impact of perianal fistulizing Crohn's disease on quality of life: A systematic review and meta-analysis. Digestive and Liver Disease. 2023.
36. Sun XL, Tang W, Zhao YJ, Zhou W, Yang D, Zhang Q. Long-term outcomes and quality of life following ligation of the intersphincteric fistula tract (LIFT) for anal fistula. Colorectal Dis. 2019;21(6):619–626.
37. Umesh Jayarajah, Dakshitha Praneeth Wickramasinghe, Dharmabandhu Nandadeva Samarasekera — “Anal incontinence and quality of life following operative treatment of simple cryptoglandular fistula-in-ano: a prospective study” — BMC Research Notes, 2017.
38. van Praag EM, Tozer PJ, Phillips RKS, et al. Ligation of the intersphincteric fistula tract (LIFT) and endorectal advancement flap in Crohn's high perianal fistula — outcomes and QoL (обзоры/сравнения). Journal / ECCO literature 2020.

39. Vander Mijnsbrugge GJH, et al. Perianal fistulas and the LIFT procedure: results, predictive factors for success, and long-term results with subsequent treatment. *Tech Coloproctol.* 2019.

Информация об авторах

Мухаббатов Джиёнхон Курбонович - д.м.н., профессор кафедры общей хирургии №1 им. А.Н. Каххарова, ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Душанбе, Таджикистан

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

E-mail: Mukhabbatov67@mail.ru.

Давлатов Джамшед Джурахонович - к.м.н., докторант, ассистент кафедры общей хирургии №1 им. профессора А.Н. Каххарова, ГОУ Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3766-1075>

E-mail: d.jamshed.90@mail.ru.

Хусейнова Лола Носировна - докторант PhD кафедры колопроктологии ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан, Душанбе, Таджикистан

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-6098-1823>

E-mail: husejnovolola5@gmail.com.

Расулова Силсила Искандаровна - к.м.н., докторант соискатель кафедры патологической физиологии, ГОУ Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-8136-5962>

E-mail: rasila1988@mail.ru.

Information about the authors

Mukhabbatov Jiyonkhon Kurbonovich – Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of General Surgery No. 1 named after Professor A.N. Kakhkharov, Dushanbe, Tajikistan

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

E-mail: Mukhabbatov67@mail.ru.

Davlatov Jamshed Jurakhonovich – Candidate of Medical Sciences (PhD), Assistant of the Department of General Surgery No. 1 named after Professor A.N. Kakhkharov, Dushanbe, Tajikistan

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3766-1075>

E-mail: d.jamshed.90@mail.ru.

Khuseinova Lola Nosirovna – PhD Doctoral Student, Department of Coloproctology, Institute of Postgraduate Education in Health Care of the Republic of Tajikistan, Dushanbe, Tajikistan

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-6098-1823>

E-mail: husejnovolola5@gmail.com.

Rasulova Silsila Iskandarovna – Candidate of Medical Sciences (PhD), Doctoral Applicant, Department of Pathophysiology, Dushanbe, Tajikistan

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-8136-5962>

E-mail: rasila1988@mail.ru.

Информация об источнике пожертвования в виде грантов, оборудования, лекарственных препаратов

Финансовой пожертвования со стороны компаний-производителей лекарственных препаратов и медицинского оборудования авторы не получали.

Information about support in the form of grants, equipment, medications

The authors did not receive financial support from manufacturers of medicines and medical equipment.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

Authors declare no conflict of interest

ВКЛАД АВТОРОВ

Дж.К. Мухаббатов - общая ответственность, анализ полученных данных.

Дж.Дж. Давлатов - разработка концепции и дизайна исследования, анализ полученных данных, подготовка текста, статистическая обработка данных.

Л.Н. Хусейнова - сбор материала, подготовка текста.

С.И. Расулова - анализ полученных данных, редактирование.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

J.K. Mukhabbatov - overall responsibility, analysis and interpretation .

D.J. Davlatov - conception and design, analysis and interpretation, writing the article, statistical data processing

L.N. Khuseinova - data collection, writing the article.

S.I. Rasulova - analysis and interpretation, critical revision of the article.

Поступила в редакцию / Received: 14.11.2025

Принята к публикации / Accepted: 01.08.2026