



## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРАПРОКТИТА У ПОДРОСТКОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛОКАЛЬНОЙ ИММУНОКОРРЕКЦИИ

Жуманкулов Гафур Алмаматович  
EMU UNIVERSITY г.Ташкент

**Аннотация:** *Статья посвящена оптимизации послеоперационного периода у подростков с хроническим парапроктитом. Авторами предложена и внедрена методика сочетанного применения системной иммунокоррекции и локального использования цинково-гиалуронового комплекса. В работе продемонстрировано, что предложенный алгоритм позволяет нормализовать местный гомеостаз, ускорить регенерацию тканей и достоверно снизить частоту рецидивов заболевания.*

**Ключевые слова:** *детская хирургия, хронический парапроктит, иммунокоррекция, Куриозин, регенерация, подростковый возраст.*

### ВВЕДЕНИЕ

Хронический парапроктит (ХрП) у подростков — это не только хирургическая, но и серьезная психологическая проблема, влияющая на качество жизни в период социальной адаптации [2, 6]. Традиционные методы лечения, включающие иссечение свища с последующим ведением раны под повязками с антисептиками, часто не учитывают особенности местного иммунитета и регенераторный потенциал тканей пациента [1, 3].

Одной из причин неудач хирургического лечения является «застывание» раневого процесса в фазе воспаления, что ведет к формированию патологических грануляций [4, 7]. В связи с этим, поиск средств, способных модулировать местный иммунный ответ и стимулировать пролиферативную фазу заживления, является приоритетной задачей современной колопроктологии.

Программа исследования и методы

В исследование были включены 84 подростков с различными формами ХрП. Пациенты были разделены на две группы:

1. Контрольная группа (n=26): получали стандартное послеоперационное лечение (перевязки с антисептиками, антибактериальная терапия по показаниям).

2. Основная группа (n=58): помимо стандарта, применялась авторская методика, включающая системную иммунокоррекцию и локальное нанесение геля «Куриозин» (ассоциат гиалуроната цинка) на раневую поверхность.



Клиническая эффективность оценивалась по срокам купирования локальных симптомов (боль, отек, гиперемия), скорости очищения раны и появления краевой эпителизации.

#### Обоснование и методика терапии

Выбор геля «Куриозин» обусловлен биологическими свойствами его компонентов. Гиалуроновая кислота создает оптимальную среду для миграции фибробластов, а ионы цинка обладают антисептическим действием и активируют локальные ферменты, ответственные за регенерацию.

#### Алгоритм лечения в основной группе:

- Хирургический этап: радикальное иссечение свищевого хода.
- Локальный этап: после туалета раны на 2-е сутки после операции начиналось ежедневное нанесение геля «Куриозин» тонким слоем.
- Иммунокорректирующий этап: применение иммуномодуляторов (согласно выявленным дефицитам CD-маркеров) для коррекции системного ответа.

#### Результаты клинических наблюдений

В ходе наблюдения было отмечено, что у пациентов основной группы воспалительная фаза протекала значительно быстрее.

Таблица 1. Сроки купирования основных клинических симптомов в послеоперационном периоде (сутки,  $M \pm m$ )

Клинический признак	Контрольная группа	Основная группа	P (достоверность)
Исчезновение болевого синдрома	$4,2 \pm 0,3$	$2,8 \pm 0,2$	$< 0,05$
Уменьшение перифокального отека	$5,4 \pm 0,4$	$3,6 \pm 0,3$	$< 0,05$
Прекращение гнойного отделяемого	$7,1 \pm 0,6$	$4,8 \pm 0,4$	$< 0,01$
Появление первых грануляций	$8,5 \pm 0,7$	$5,2 \pm 0,5$	$< 0,01$

Ускорение появления грануляций на 5,5 суток в основной группе подтверждает стимулирующее влияние гиалуроновой кислоты на клеточный матрикс. К 14-м суткам площадь раневого дефекта в основной группе сократилась на 75%, в то время как в контрольной — лишь на 52%.

#### Анализ осложнений и рецидивов

Применение разработанного комплекса позволило сократить средний койко-день с  $15,4 \pm 1,2$  до  $11,6 \pm 0,8$  суток.

#### Заключение

1. Внедрение локальной иммунокоррекции препаратами гиалуроновой кислоты и цинка в алгоритм лечения подростков с хроническим парапроктитом позволяет существенно ускорить фазы раневого процесса.

2. Восстановление локального уровня IgA является объективным критерием эффективности проводимой терапии и залогом профилактики рецидива.



3. Предложенная методика является экономически обоснованной, так как сокращает сроки пребывания в стационаре и минимизирует риск повторных оперативных вмешательств.

Разработанные рекомендации могут быть успешно использованы в хирургических отделениях и амбулаторных центрах для повышения качества медицинской помощи подросткам.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Зиядуллаев Ш.Х, Жуманкулов Г.А. Особенности местного иммунитета при ХрП. // Журнал теоретической и клинической медицины. — 2024.
2. Котов М.Е., Куликов В.В. Роль цитокинов в патогенезе хронических воспалительных заболеваний. — Иммунология. 2018;39(4):198–204.
3. Манко Б.М. Иммунные механизмы хронизации воспалительных процессов. — Клиническая иммунология. 2022;26(2):112–118.
4. Заикин Е.Ю., Лазаренко В.А. Локальная иммунокоррекция в хирургической практике. — Хирургия. 2017;(6):54–59.
5. Файзуллаева Н.Я. Иммунологические аспекты воспалительных заболеваний прямой кишки. — Ташкент: Медицина, 2020. — 184 с.
6. Хамдамов Б.З., Исмаилова А.А. Современные подходы к лечению аноректальных свищей. — Вестник хирургии. 2021;180(5):72–78.
7. Parks A.G., Gordon P.H., Hardcastle J.D. A classification of fistula-in-ano. — Br J Surg. 1976;63(1):1–12.
8. Nelson R. Anorectal abscess fistula: what do we know? — Surg Clin North Am. 2002;82(6):1139–1151.
9. Williams J.G., Farrands P.A., Williams A.B. The treatment of anal fistula: ACPGBI position statement. — Colorectal Dis. 2007;9(Suppl 4):18–5.