

Оригинальная статья / Original article

# Гомеопатическая терапия пациентов с острым геморроем

С.Е. Каторкин, <https://orcid.org/0000-0001-7473-6692>, [katorkinse@mail.ru](mailto:katorkinse@mail.ru)П.С. Андреев , <https://orcid.org/0000-0002-0264-7305>, [pashaandreev@yandex.ru](mailto:pashaandreev@yandex.ru)К.Д. Сафаров, [kahramon94@mail.ru](mailto:kahramon94@mail.ru)

Самарский государственный медицинский университет; 443079, Россия, Самара, проспект Карла Маркса, д. 165б

## Резюме

**Введение.** Распространенность геморроя у взрослого населения по данным различных авторов составляет от 15 до 90%. При обострении наружного геморроя может быть применено консервативное или хирургическое лечение. Особый и немаловажный интерес представляет гомеопатическая мазь, которая обладает анальгезирующим, антимикробным, противовоспалительным действием, а также влияет на тонус венозного сосуда.

**Цель.** Изучить эффективность применения у пациентов гомеопатической мази для лечения и профилактики острого геморроя.

**Материалы и методы.** Было проведено проспективное сравнительное исследование с участием 154 пациентов с острым геморроем. В основной группе (n = 76) лечение проводилось с использованием диосмина и гомеопатической мази, которую наносили 2 раза в день в течение 7 дней. В контрольной группе (n = 78) лечение проводилось с использованием энтерального приема диосмина в дозировке 1000 мг 1 раз в сутки в течение 30 суток и антикоагулянтов прямого действия в виде мази 2 раза в сутки в течение 7 дней.

**Результаты.** В течение 3 мес. после окончания лечения у 4 (5,3%) пациентов основной и у 12 (15,4%) пациентов контрольной группы наблюдались обострения геморроя. Через 3 мес. было выявлено статистически значимое различие в показателе субъективного влияния геморроидальной болезни на повседневную жизнь, что связано с развитием обострений геморроя.

**Выводы.** Гомеопатическая мазь является эффективным и патогенетически обоснованным средством для консервативного лечения пациентов с острым геморроем. Ее применение приводит к значимому уменьшению выраженности клинических симптомов заболевания и улучшению показателей объективных методов исследования с хорошей переносимостью, отсутствием нежелательных эффектов и более хорошими отдаленными результатами по сравнению со стандартной схемой лечения.

**Ключевые слова:** острый геморрой, консервативное лечение, профилактика, гомеопатическая мазь, диосмин

**Для цитирования:** Каторкин С.Е., Андреев П.С., Сафаров К.Д. Гомеопатическая терапия пациентов с острым геморроем. *Амбулаторная хирургия.* 2021;18(2):93–97. <https://doi.org/10.21518/1995-1477-2021-18-2-93-97>.

**Конфликт интересов:** авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

# Homeopathic therapy for patients with acute hemorrhoids

Sergey E. Katorkin, <https://orcid.org/0000-0001-7473-6692>, [katorkinse@mail.ru](mailto:katorkinse@mail.ru)Pavel S. Andreev , <https://orcid.org/0000-0002-0264-7305>, [pashaandreev@yandex.ru](mailto:pashaandreev@yandex.ru)Kakhramon D. Safarov, [kahramon94@mail.ru](mailto:kahramon94@mail.ru)

Samara State Medical University; 165b, Karl Marx Prospect, Samara, 443079, Russia

## Abstract

**Introduction.** The prevalence of hemorrhoids in the adult population, according to various authors, ranges from 15 to 90%. In case of exacerbation of external hemorrhoids, conservative or surgical treatment can be applied. Of particular and important interest is homeopathic ointment, has an analgesic, antimicrobial, anti-inflammatory effect, and also affects the tone of the venous vessel.

**The purpose of our study** was to study the effectiveness of Fleming's ointment for the treatment and prevention of patients with acute hemorrhoids.

**Materials and methods.** A prospective comparative study was conducted with the participation of 154 patients with acute hemorrhoids. In the main group (n = 76) of patients, treatment was carried out using diosmin and homeopathic ointment, which was applied 2 times a day for 7 days. In the control group (n = 78) patients, treatment was carried out using enteral administration of diosmin at a dosage of 1000 mg 1 time per day for 30 days and direct-acting anticoagulants in the form of an ointment 2 times a day for 7 days.

**Results.** Within 3 months after the end of treatment, 4 (5.3%) patients of the main group and 12 (15.4%) patients of the control group had exacerbations of hemorrhoids. After 3 months, a statistically significant difference was revealed in the indicator of the subjective impact of hemorrhoidal disease on everyday life, which is associated with the development of exacerbations of hemorrhoids.

**Conclusions.** Homeopathic ointment is an effective and pathogenetically justified remedy for the conservative treatment of patients with acute hemorrhoids. Its use leads to a significant decrease in the severity of clinical symptoms of the disease and an improvement in the indicators of objective research methods with good tolerability, the absence of undesirable effects and better long-term results compared to the standard treatment regimen.

**Keywords:** acute hemorrhoids, conservative treatment, prevention, homeopathic ointment, diosmin

**For citation:** Katorkin S.E., Andreev P.S., Safarov K.D. Homeopathic therapy for patients with acute hemorrhoids. *Ambulatornaya khirurgiya = Ambulatory Surgery (Russia)*. 2021;18(2):93–97. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/1995-1477-2021-18-2-93-97>.

**Conflict of interest:** the authors declare no conflict of interest.

## ВВЕДЕНИЕ

Одним из самых распространенных заболеваний в колопроктологии является геморрой. Патологический процесс поражает геморроидальные вены терминальной части прямой кишки и перианальной области. Истинная распространенность неизвестна: по данным разных авторов это заболевание встречается у 15–90% людей взрослого возраста [1–3].

Данное заболевание является хроническим, хотя зачастую случаются обострения. Острый геморрой может поражать как наружные, так и внутренние геморроидальные узлы [2, 4]. Для лечения обострений внутреннего геморроя применяются консервативные методы, которые включают в себя энтеральное применение флеботропных препаратов, местное применение антикоагулянтов в виде мазей, суппозитория и хирургические методы [5, 6].

При обострении наружного геморроя может быть применено консервативное или хирургическое лечение. Консервативное лечение наружного геморроя также как и при остром внутреннем геморрое включает в себя энтеральное применение флеботропных препаратов и местное применение антикоагулянтов. При хирургическом лечении пациентам может быть выполнена тромбэктомия из тромбированного геморроидального узла или удаление всего тромбированного геморроидального узла в первые 48–72 ч с момента появления тромбоза [7]. Необходимым условием является обследование пациентов после стихания явлений воспаления, особенно если наблюдалось выделение крови из прямой кишки [8].

В настоящее время представлены антикоагулянты в виде мазевых составов, парентеральной и энтеральной форм [2]. Особый интерес представляет мазь Флеминга, которая кроме анальгезирующего действия обладает также ангиопротективным и противовоспалительным действиями [4]. Данный препарат рекомендован для применения при наружном геморрое.

**Целью исследования** стало изучение эффективности применения мази Флеминга для лечения и профилактики острого геморроя.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период с 2020 по 2021 г. нами было проведено проспективное сравнительное исследование. Оно проводилось в поликлиническом и колопроктологическом

отделениях клиник Самарского государственного медицинского университета, и в нем приняли участие 154 пациента с острым геморроем. Каждый пациент дал добровольное согласие на участие в исследовании, проводившемся в соответствии с действующим законодательством РФ, протоколами и этическими принципами Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации (Сеул, 2008), соглашением по надлежащей клинической практике (ICH GCP).

Для включения пациентов в исследование были использованы следующие критерии: тромбоз наружных и внутренних геморроидальных узлов 1–2-й степени; возраст старше 18 лет; отсутствие в период исследования подтвержденной беременности; данное пациентом в письменной форме добровольное информированное согласие на участие в исследовании; показатели общеклинического лабораторного исследования крови в пределах нормы.

Исключение пациентов из исследования проводилось по следующим критериям: полученный отказ на любом этапе проводимого исследования; невозможность сотрудничества с пациентом; низкая комплаентность; диагностированная соматическая патология в острой фазе или в стадии декомпенсации; подтвержденная беременность в ходе исследования.

Всем пациентам перед началом лечения проводилось общеклиническое лабораторное исследование. На время лечения были рекомендованы дробное диетическое питание с увеличенным содержанием пищевых волокон и клетчатки (не менее 4 раз в день), ограничение острого, соленого и маринованного, алкоголя. Кроме этого, на время лечения было рекомендовано снизить интенсивность и регулярность физических нагрузок (подъем тяжестей не более 5 кг), воздержаться от занятий спортом.

Методом случайной выборки все пациенты были разделены на две сопоставимые группы. В основную группу было включено 76 пациентов (41 мужчина и 35 женщин) в возрасте от 31 до 61 года ( $50,1 \pm 6,3$ ). Анамнез заболевания составил  $10 \pm 9,5$  лет.

Контрольную группу составили 78 пациентов (45 мужчин и 33 женщины) в возрасте от 31 до 63 лет ( $51,1 \pm 4,3$ ), у этих пациентов анамнез заболевания составил  $10 \pm 8,2$  лет.

При проведении статистической обработки полученных данных значимых различий между группами по возрасту ( $t = 0,8$ ;  $p = 0,4$ ), нозологии ( $\chi^2 = 0,102$ ;  $p = 0,39$ ) и полу ( $\chi^2 = 0,636$ ;  $p = 0,43$ ) выявлено не было.

До начала лечения всем пациентам проводилось стандартное проктологическое обследование (наружный осмотр, пальцевое исследование, аноскопия, ректоскопия), скрининг, рандомизация, общеклиническое лабораторное обследование крови в первый день лечения.

Первым днем лечения считался день начала применения лекарственных препаратов пациентами групп сравнения. В основной группе пациентов лечение проводилось с использованием энтерального приема диосмина в дозировке 1000 мг 1 раз в сутки 1 мес. и местным применением мази Флеминга 2 раза в сутки в течение 7 дней.

В контрольной группе пациентов лечение проводилось с использованием энтерального приема диосмина в дозировке 1000 мг 1 раз в сутки в течение 1 мес. и антикоагулянтов прямого действия (гепарин) в виде местного применения мази 2 раза в сутки в течение 7 дней.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Контрольные осмотры пациентов проводились на 5-е, 30-е сутки и через 3 мес. после окончания консервативного лечения. До начала лечения и через 3 мес. после окончания терапии проводились объективная оценка состояния пациента врачом и субъективная оценка тяжести геморроидальной болезни пациентами по шкале CORECTS. Пациент оценивал выраженность симптомов по шкале от 0 до 10 баллов.

Критерии оценки тяжести геморроидальной болезни у пациентов до и после лечения (0–10 баллов):

- Насколько сильную боль вы испытываете?
- Насколько сильный зуд вы испытываете?
- Насколько сильный отек в области ануса вы испытываете?
- Насколько сильные кровотечения вы испытываете?
- Насколько сильный дискомфорт вы испытываете?
- Насколько ваше состояние влияет на повседневную жизнь?

После окончания консервативного лечения пациентов обеих групп наблюдали в течение 3 мес. для выявления количества обострений. Эффективность консервативного лечения оценивалась по следующим критериям:

- 1) динамика изменения клиники острого геморроя;
- 2) количество осложнений острого геморроя;
- 3) длительность периода временной нетрудоспособности;

4) количество обострений геморроя в течение 3 мес. после окончания консервативного лечения;

5) результаты оценки тяжести геморроидальной болезни по шкале CORECTS.

Полученные результаты были обработаны и представлены в виде средних со стандартным отклонением, абсолютных и относительных величин. Статистическая значимость различий количественных данных оценивали с использованием *t*-критерия Стьюдента. Критические значения уровня статистической значимости при проверке нулевой гипотезы принимали при  $p \leq 0,05$ .

Клиническая картина у пациентов обеих групп характеризовалась значительной выраженностью клинических проявлений острого геморроя, у всех пациентов наблюдался тромбоз наружных и внутренних геморроидальных узлов, сопровождавшийся их воспалением. Пациентов с 1-й степенью тромбоза геморроидальных узлов в основной группе было 20 (26,3%), в контрольной – 12 (15,4%). Пациентов со 2-й степенью тромбоза геморроидальных узлов в основной группе было 56 (73,7%), в контрольной – 66 (84,6%).

В течение 3 мес. после окончания лечения у 4 (5,3%) пациентов основной и у 12 (15,4%) пациентов контрольной группы наблюдались обострения геморроя. Все обострения геморроя были купированы консервативно.

Результаты субъективной оценки тяжести геморроидальной болезни у пациентов групп сравнения по шкале CORECTS до начала и через 3 мес. после окончания лечения представлены в *табл.* Результаты оценки свидетельствуют, что клиническая картина острого геморроя была сопоставима у пациентов в группах сравнения перед началом лечения. Через 3 мес. было выявлено статистически значимое различие в показателе субъективного влияния геморроидальной болезни на повседневную жизнь, что связано с развитием обострений геморроя в этот период у пациентов групп сравнения.

При осмотре пациентов на 30-е сутки лечения клиники острого геморроя у пациентов групп сравнения выявлено не было. Также за время лечения нами не было отмечено осложнений острого геморроя у пациентов обеих групп.

У всех пациентов консервативное лечение было проведено в соответствии с намеченным планом. При осмотре пациентов на 30-е сутки лечения клинической картины острого геморроя у пациентов групп сравнения не выявлено.

Все пациенты были обследованы аналогично, по единой программе, и методом случайной выборки

**ТАБЛИЦА. Результаты субъективной оценки по шкале CORECTS тяжести геморроидальной болезни у пациентов групп сравнения**

**TABLE. Results of subjective evaluation of the severity of haemorrhoidal disease in comparison group patients according to the CORECTS scale**

Показатель	Основная группа	Контрольная группа	Уровень значимости (p)
<b>До начала лечения</b>			
Боль	4,3 ± 3,3	4,2 ± 3,2	> 0,05
Зуд	1,6 ± 1,3	1,9 ± 1,2	> 0,05
Отек	5,2 ± 3,1	4,7 ± 3,2	> 0,05
Кровотечения	0,6 ± 2,3	0,2 ± 2,0	> 0,05
Дискомфорт	6,6 ± 3,3	6,2 ± 3,7	> 0,05
Влияние на повседневную жизнь	7,4 ± 3,3	7,5 ± 3,6	> 0,05
<b>3 месяца после окончания лечения</b>			
Боль	0	0	> 0,05
Зуд	0	0 ± 0,3	> 0,05
Отек	0	0	> 0,05
Кровотечения	0	0	> 0,05
Дискомфорт	0 ± 0,4	0	> 0,05
Влияние на повседневную жизнь	0	1 ± 0,4	< 0,05

их разделили на две сопоставимые по полу, возрасту и нозологии группы. В этих группах клиническая картина характеризовалась выраженностью клинических признаков острого геморроя 1-й и 2-й степени.

Количество обострений острого геморроя в течение 3 мес. также было меньше у пациентов основной группы, что, по нашему мнению, связано с местным ангиопротективным действием мази Флеминга.

Все свойства мази Флеминга, а также результаты проведенного исследования свидетельствуют о возможности применения этого препарата для лечения пациентов с острым геморроем. В то же время необходимо дальнейшее изучение использования данной мази у подобной категории пациентов.

## **ВЫВОДЫ**

Мазь Флеминга является эффективным и патогенетически обоснованным средством для консервативного лечения пациентов с острым геморроем. Ее применение приводит к значимому уменьшению выраженности клинических симптомов заболевания, улучшению показателей объективных методов исследования с хорошей переносимостью, а также к отсутствию нежелательных эффектов и более хорошим отдаленным результатам по сравнению со стандартной схемой терапии.

Поступила / Received 25.09.2020

Поступила после рецензирования / Revised 10.10.2021

Принята в печать / Accepted 15.10.2021

### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Благодарный Л.А., Абрицова М.В., Жданкина С.Н. Выбор консервативной терапии острого геморроя. *Амбулаторная хирургия*. 2018;(1–2):57–63. <https://doi.org/10.21518/1995-14772018-1-2-57-63>.
2. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. *Геморрой*. М.: ЛитТер; 2010. 200 с.
3. Riss S., Weiser F.A., Schwameis K., Riss T., Mittlböck M., Steiner G., Stift A. The prevalence of hemorrhoids in adults. *Int J Colorectal Dis*. 2012;27(2):215–220. <https://doi.org/10.1007/s00384-011-1316-3>.
4. Деговцов Е.Н., Трухан Д.И., Белкина Л.В. Лечение геморроя у коморбидного пациента: выбор препарата растительного происхождения. *Амбулаторная хирургия*. 2021;18(1):72–80. <https://doi.org/10.21518/1995-1477-2021-18-1-72-80>.
5. Lohsiriwat V. Treatment of hemorrhoids: A coloproctologist's view. *World J Gastroenterol*. 2015;21(31):9245–9252. <https://doi.org/10.3748/wjg.v21.i31.9245>.
6. Katorkin S.E., Andreev P.S., Sotnikov V.M. Outpatient treatment and prevention of acute hemorrhoids with sulodexide. *Acta Phlebologica*. 2020;21(3):31–35. <https://doi.org/10.23736/S1593-232X.20.00469-5>.
7. Шельгин Ю.А., Фролов С.А., Кашников В.Н., Веселов А.В., Мокалев А.И., Титов А.Ю. и др. *Геморрой: клинические рекомендации*. М.; 2020. Режим доступа: <https://legalacts.ru/doc/klinicheskie-rekomendatsii-gemorroi-utv-minzdravom-rossii>.
8. Трухан Д.И., Филимонов С.Н. *Дифференциальный диагноз основных гастроэнтерологических синдромов и симптомов*. М.: Практическая медицина; 2016. 168 с.

**REFERENCES**

1. Blagodarniy L.A., Abritsova M.V., Zhdankina S.N. Choosing conservative therapy in acute hemorrhoids. *Ambulatoynaya khirurgiya = Ambulatory Surgery (Russia)*. 2018;(1–2):57–63. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/1995-14772018-1-2-57-63>.
2. Vorobyev G.I., Shelygin Yu.A., Blagodarniy L.A. *Hemorrhoids*. Moscow: LitTer; 2010. 200 p. (In Russ.).
3. Riss S., Weiser F.A., Schwameis K., Riss T., Mittlböck M., Steiner G., Stift A. The prevalence of hemorrhoids in adults. *Int J Colorectal Dis*. 2012;27(2):215–220. <https://doi.org/10.1007/s00384-011-1316-3>.
4. Degovtsov E.N., Trukhan D.I., Belkina L.V. Treatment of hemorrhoids in a comorbid patient: selection of a preparation of plant origin. *Ambulatoynaya khirurgiya = Ambulatory Surgery (Russia)*. 2021;18(1):72–80. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/1995-1477-2021-18-1-72-80>.
5. Lohsiriwat V. Treatment of hemorrhoids: A coloproctologist's view. *World J Gastroenterol*. 2015;21(31):9245–9252. <https://doi.org/10.3748/wjg.v21.i31.9245>.
6. Katorkin S.E., Andreev P.S., Sotnikov V.M. Outpatient treatment and prevention of acute hemorrhoids with sulodexide. *Acta Phlebologica*. 2020;21(3):31–35. <https://doi.org/10.23736/S1593-232X.20.00469-5>.
7. Shelygin Yu.A., Frolov S.A., Kashnikov V.N., Veselov A.V., Mokalev A.I., Titov A.Yu. et al. *Hemorrhoids: clinical guidelines*. Moscow; 2020. (In Russ.) Available at: <https://legalacts.ru/doc/klinicheskie-rekomendatsii-gemorroi-utv-minzdravom-rossii>.
8. Trukhan D.I., Filimonov S.N. *Differential diagnosis of major gastroenterological syndromes and symptoms*. Moscow: Prakticheskaya Meditsina; 2016. 168 p. (In Russ.).

**Информация об авторах:**

**Каторкин Сергей Евгеньевич**, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой и клиникой госпитальной хирургии, Самарский государственный медицинский университет; 443089, Россия, Самара, ул. Революционная, д. 56; [katorkinse@mail.ru](mailto:katorkinse@mail.ru)

**Андреев Павел Сергеевич**, к.м.н., доцент, заведующий колопроктологическим отделением кафедры и клиники госпитальной хирургии, Самарский государственный медицинский университет; 443013, Россия, Самара, ул. Киевская, д. 13; [pashaandreev@yandex.ru](mailto:pashaandreev@yandex.ru)

**Сафаров Кахрамон Давронович**, врач-колопроктолог клиники госпитальной хирургии, Самарский государственный медицинский университет; 443122, Россия, Самара, Московское шоссе, д. 310; [kahramon94@mail.ru](mailto:kahramon94@mail.ru)

**Information about the authors:**

**Sergey E. Katorkin**, Dr. Sci. (Med.), Associate Professor, Head of the Department and Clinic of Surgery, Samara State Medical University; 56, Revolutsionnaya St., Samara, 443086, Russia; [katorkinse@mail.ru](mailto:katorkinse@mail.ru)

**Pavel S. Andreev**, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Head of the Coloproctology Department of the Department and Clinic of Hospital Surgery, Samara State Medical University; 13, Kievskaya St., Samara, 443013, Russia; [pashaandreev@yandex.ru](mailto:pashaandreev@yandex.ru)

**Kahramon D. Safarov**, Coloproctologist at the Clinic of Hospital Surgery, Samara State Medical University; 310, Moskovskoe Shosse, Samara, 443122, Russia; [kahramon94@mail.ru](mailto:kahramon94@mail.ru)