

Клинический случай / Clinical case

Комбинированный подход в терапии кровоточащего геморроя

М.В. Абрицова , <https://orcid.org/0000-0001-7393-5817>, abritsovamv@gmail.com**Н.Р. Торчуа**, <https://orcid.org/0000-0002-5834-8873>, n.r.torchua@gmail.com

Многопрофильная клиника «Реал Транс Хайр»; 115191, Россия, Москва, ул. 3-я Рощинская, д. 6

Резюме

Геморроидальная болезнь – одно из наиболее распространенных проктологических заболеваний. Основными факторами риска являются гиподинамия, ожирение, беременность, хронические запоры, в т. ч. диссинергическая дефекация. Системные биофлавоноиды (диосмин и гесперидин) демонстрируют высокую эффективность медикаментозной терапии, особенно на ранних стадиях заболевания. Эти вещества укрепляют кровеносные сосуды, уменьшают воспаление и улучшают микроциркуляцию. Исследования подтверждают, что комбинация системных биофлавоноидов с местными средствами, такими как алгинат натрия, ускоряет регресс симптомов геморроя. Алгинат натрия обладает выраженным кровоостанавливающим, ранозаживляющим и противовоспалительным действием и широко используется в виде ректальных суппозиториях. При сравнении изолированного применения биофлавоноидов (Венарус®) и комбинированной терапии (Венарус® и Венапрокт Алиум) было продемонстрировано, что комбинация препаратов эффективнее снижает частоту кровотечений, способствует уменьшению размеров геморроидальных узлов, снижает частоту рецидивов. Представленный опыт авторов демонстрирует, что применение препаратов Венарус® и Венапрокт Алиум эффективно при кровоточащем геморрое. Были проанализированы результаты лечения 23 пациентов (11 мужчин/12 женщин), в возрасте 43 ± 5 лет, обратившихся для первичной консультации с жалобами на выделение крови из заднего прохода во время дефекации и ранее не проходивших обследования толстой кишки. Комбинация Венарус® и Венапрокт Алиум, с учетом терапевтического эффекта каждого из препаратов, может быть перспективной не только в качестве самостоятельной консервативной терапии геморроя, но и на этапе реабилитации после хирургических вмешательств; это требует дальнейших исследований.

Ключевые слова: геморрой, комбинированная терапия, биофлавоноиды, натрия алгинат, острый геморрой, геморроидальное кровотечение

Для цитирования: Абрицова МВ, Торчуа НР. Комбинированный подход в терапии кровоточащего геморроя. *Амбулаторная хирургия*. 2025;22(1):153–159. <https://doi.org/10.21518/akh2025-017>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Combined drug therapy of hemorrhoidal bleeding

Maryana V. Abritsova , <https://orcid.org/0000-0001-7393-5817>, abritsovamv@gmail.com**Nina R. Torchua**, <https://orcid.org/0000-0002-5834-8873>, n.r.torchua@gmail.comMultidisciplinary Clinic Real Trans Hair; 6, 3rd Roshinskay St., Moscow, 115191, Russia**Abstract**

Hemorrhoidal disease is one of the most common proctological pathologies. The main risk factors are physical inactivity, obesity, pregnancy, and chronic constipation, including dysnergic bowel movements. Systemic bioflavonoids (diosmin and hesperidin) demonstrate high efficacy, especially in the early stages of the disease. These substances strengthen blood vessels, reduce inflammation and improve microcirculation. Studies confirm that the combination of systemic flavonoids with topical agents such as sodium alginate accelerates the regression of symptoms. Sodium alginate in the form of candles has hemostatic, wound-healing and anti-inflammatory effects. When comparing the isolated use of bioflavonoids (Venarus®) and combination therapy (Venarus® and Venaproct Allium), it was demonstrated that the combination of drugs is more effective in reducing the frequency of bleeding, reducing the size of hemorrhoids and reducing the frequency of relapses. The presented authors' own experience demonstrates that the use of Venarus® and Venaproct Allium drugs is effective in bleeding hemorrhoids. The results of treatment of 23 patients (11 men/12 women), aged 43 ± 5 years, who came for an initial consultation with complaints of blood discharge from the anus during defecation and who had not previously undergone colon examination, were analyzed. The use of a combination of Venarus® and Venaproct Allium, taking into account the therapeutic effects of each of the drugs, may be promising not only as an independent conservative therapy for hemorrhoids, but also at the stage of rehabilitation after surgical interventions, this requires further research.

Keywords: hemorrhoids, combination therapy, bioflavonoids, sodium alginate, acute hemorrhoids, hemorrhoidal bleeding

For citation: Abritsova MV, Torchua NR. Combined drug therapy of hemorrhoidal bleeding. *Ambulatoynaya Khirurgiya*. 2025;22(1):153–159. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/akh2025-017>.

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

ВВЕДЕНИЕ

Геморроидальная болезнь (ГБ) – наиболее частая причина обращения к колопроктологу в России. При этом современный образ жизни, сопряженный с гиподинамией и несбалансированным питанием, приводит к неизбежному росту заболеваемости геморроем, которым все чаще страдают люди молодого трудоспособного возраста, что делает заболевание социально-значимым [1, с. 64–89]. Только в 2018 г. в нашей стране не менее полумиллиона пациентов с ГБ обратились за медицинской помощью, и только порядка 60 тыс. из них получили хирургическое лечение в условиях стационара [2]. Такое соотношение, с одной стороны, может быть связано с тем, что, по имеющимся статистическим данным, наиболее распространены I и II стадии геморроя, и у данной категории пациентов в 90% эффективна консервативная терапия [3–5]. С другой стороны, многие отказываются от предложенной им операции или откладывают ее выполнение из-за страха перед самим вмешательством и возможными осложнениями [6], в связи с чем консервативное лечение предпочтительнее для самих пациентов и должно соответствовать клиническим проявлениям в большинстве случаев ГБ. Наибольший интерес здесь представляет именно комбинированная терапия, направленная на патогенетические механизмы развития болезни и ее симптомы.

ГЕМОРОЙ: МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ, СИМПТОМЫ

Геморроидальные узлы представлены кавернозными тельцами, расположенными выше зубчатой линии в дистальном отделе прямой кишки. Функционально внутренние геморроидальные сплетения играют важную роль в анальной континенции [7, 8].

Развитие ГБ связано с двумя основными факторами: сосудистым и механическим. Хроническое повышение внутрибрюшного давления в сочетании с отсутствием клапанов в венах прямой кишки может ограничить венозный отток по артериовенозным анастомозам внутренних геморроидальных сплетений при натуживании, в результате чего происходит дилатация данных анастомозов, а это, в свою очередь, нарушает возврат крови в среднюю и верхнюю прямокишечные вены во время дефекации. Увеличение притока артериальной крови по ветвям верхней геморроидальной артерии и нарушение оттока в прямокишечные вены приводит к увеличению размеров кавернозных тел, что приводит к дистрофическим изменениям и растяжению мышечно-связочных структур геморроидальных узлов (мышца Трейтца и связки Паркса, берущих начало

от продольной мышцы анального канала). В результате данного процесса увеличенные внутренние узлы начинают смещаться в дистальном направлении и впоследствии выпадать из анального канала [7, 9].

Факторы, способствующие развитию геморроя: длительное пребывание в положении стоя, избыточный вес, беременность и роды, нарушение транзита кишечного содержимого. Отмечено существование связи между развитием геморроя и хронической венозной недостаточностью, что продемонстрировано в ходе исследования CHORUS: два заболевания совместно прогрессируют – с ростом клинического класса хронического заболевания вен (ХЗВ) увеличивается и стадия геморроидальной болезни [3, 4]. Отдельно следует отметить фактор, способствующий развитию и прогрессированию геморроя, – диссинергическая дефекация. Патологический спазм пуборектальной петли недостаточно освещен в исследованиях, посвященных терапии геморроя. Однако диссинергия мышц тазового дна обладает значимым патогенетическим влиянием на прогрессирование геморроя и согласно Римским критериям IV (2016) включена в синдром функционального запора [10].

Помимо дисфункции тазовой мускулатуры, в патогенезе заболевания может иметь значение и повышение базального давления в анальном канале, обусловленное гипертонусом внутреннего анального сфинктера. Данное состояние способствует задержке дефекации, а хроническое повреждение слизистой оболочки при избыточном натуживании провоцирует рефлексорный спазм сфинктера (рефлекс анального удержания), формируя порочный круг, усугубляющий течение запора и геморроя [11]. Согласно исследованиям, у 66% пациентов с транзиторными запорами диагностируется сопутствующая диссинергия мышц тазового дна [12]. Взаимосвязь между диссинергической дефекацией и ГБ может подтверждаться тем, что при включении в комплексную терапию физиотерапевтических методов, направленных на нормализацию биомеханики мышц тазового дна, улучшается контроль над симптомами геморроя [10, 13].

Среди симптомов ГБ наиболее часто отмечаются ректальные кровотечения, зуд, боль в заднем проходе, выпадение внутренних геморроидальных узлов, увеличение наружных узлов. Выделение крови, как ведущий симптом геморроя, отмечается у большинства пациентов с острым и хроническим течением ГБ. Кровотечения, неподдающиеся консервативной терапии и являющиеся причинами анемии, относятся к острому течению геморроидальной болезни согласно Национальным клиническим рекомендациям лечения

геморроя у взрослых (2024). Болевой синдром сопровождается острым течением ГБ при тромбозе наружных и/или внутренних узлов. Выпадение геморроидальных узлов – менее значимый для пациентов симптом, но именно на нем основана классификация хронического геморроя с учетом стадии заболевания и определение показаний к хирургическому лечению [1, 3–5].

ЛЕЧЕНИЕ

Согласно национальным клиническим рекомендациям 2024 г., основу системной терапии ГБ составляют препараты на основе биофлавоноидов, среди которых ведущую роль играет комбинация диосмина и гесперидина [5, 14].

Биофлавоноиды – соединения, синтезируемые растениями; представляют собой пигменты и отвечают за окраску плодов и цветов, защищают ткани растения от ультрафиолета. По своей химической структуре флавоноиды относятся к полифенолам с флавоновым «скелетом». Они являются пролекарствами: в исходной форме плохо всасываются в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ), но после гидролиза кишечной микрофлорой теряют дисахаридный компонент (рутинозу), что повышает их липофильность и биодоступность. Системное действие оказывают именно метаболиты, образующиеся после этого процесса. Для повышения биодоступности биофлавоноидная фракция может быть микронизована, т. е. частицы активных веществ уменьшены в размерах для лучшей абсорбции в ЖКТ [15].

Действие биофлавоноидов направлено на:

- укрепление сосудистой стенки
- снижение венозного застоя
- улучшение лимфатического дренажа
- нормализацию реологических свойств крови [14].

Кроме того, комбинация «гесперидин + диосмин» демонстрирует локальный противовоспалительный эффект [15, 16].

Биофлавоноиды эффективны в отношении симптомов ГБ при любой стадии заболевания в зависимости от доминирующих симптомов. В ходе российской части международного многоцентрового исследования CHORUS [4, 17] консервативное лечение, основой которого являлась микронизированная очищенная флавоноидная фракция (МОФФ), содержащая диосмин 900 мг в сочетании с другими флавоноидами в пересчете на гесперидин 100 мг, получали 1 952 пациента с I–IV стадией геморроя в комбинации с топическими средствами (без указания препаратов), НПВС и пищевыми волокнами по показаниям с целью регуляции дефекации. Самая распространенная жалоба при первичном обращении – боль в заднем проходе, на втором месте – геморроидальные кровотечения, затем отечность

и выпадение узлов. Период наблюдения составил 30 дней: со вторым визитом на 5–7-й день от начала лечения и последующим визитом через 25–30 дней от момента первого посещения. На каждом визите оценивалась эффективность терапии, и при неэффективности проводилось оперативное лечение. За время наблюдения оперативные вмешательства были выполнены в 463/1952 (23,7%) случаях, 995/1952 (51%) пациента отметили полный регресс жалоб, при этом надо отметить, что 35 человек из них были с IV стадией заболевания, и также на последнем визите не предъявляли активных жалоб и были удовлетворены терапией.

Несмотря на то что существует множество топических средств (мази, крема, ректальные суппозитории), исследований, в которых бы оценивался эффект от использования данных лекарственных форм в комбинации с биофлавоноидами при консервативной терапии ГБ, немного. В 2024 г. были опубликованы результаты сравнительного наблюдательного клинического исследования «ВИТА», проведенного на базе НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих [18]. Авторы сравнили эффективность комплексной терапии (системной + местной) и монотерапии (только системным препаратом) при лечении хронического геморроя. В качестве топического средства применялись ректальные свечи с алгинатом натрия (Венапрокт Алиум); системной терапии – биофлавоноиды гесперидин 100 мг + диосмин 900 мг (Венарус®).

Стоит отметить, что биофлавоноид гесперидин обладает выраженными антиоксидативным и противовоспалительным эффектами и способствует защите венозной стенки при нарушении кровообращения в кавернозных образованиях при развитии ГБ [19–21]. Фармакодинамические свойства диосмина определяются его особым механизмом воздействия, включающим повышение тонуса венозных стенок, стимуляцию лимфатического дренажа, снижение проницаемости капилляров и также предотвращение развития воспаления [21]. В ряде исследований сочетание диосмина с гесперидином оказалось весьма эффективным при лечении хронической венозной недостаточности и геморроя [20, 22, 23].

Натрия алгинат – биоактивный природный полимер полисахарид, получаемый из бурых морских водорослей, биосовместимый и биоразлагаемый [24]. Натрия алгинат в виде повязок широко используется в лечении ран как самостоятельно, так и комбинированно с другими лекарствами (например, с обезболивающими, антибактериальными, противовоспалительными средствами и т. д.), т. к. может обеспечить контролируемое высвобождение веществ в условиях обильной экссудации [25, 26]. Сам алгинат натрия обладает широким спектром терапевтических эффектов:

- Выраженный гемостатический – способствует остановке кровотечения за счет активации тромбоцитов и фактора свертывания IIa (тромбина), ускоряет процесс перехода фибриногена в фибрин.
- Ранозаживляющий – способствует ускорению заживления слизистой за счет создания защитной пленки и поддержания оптимальной влажности и pH [25].
- Противовоспалительный – способствует уменьшению воспалительной реакции, подавляя активность медиаторов воспаления локально: блокада ЦОГ-2 и других медиаторов воспаления [27, 28].

Исследование, проведенное в НМИЦ колопроктологии, включало 80 пациентов с хроническим геморроем I–IV стадий, и в 90% случаев у пациентов была I и II стадия заболевания.

Основная группа (n = 39) получала комбинированное лечение препаратом Венарус® (гесперидин 100 мг и диосмин 900 мг) по 1 таблетке 1 раз в день 30 дней и препаратом Венапрокт Алиум (250 мг, натрия альгинат в форме ректальных суппозиториях) по 1 свече 2 раза в день в течение 14 дней.

Контрольная группа (n = 41) получала монотерапию препаратом Венарус® 1000 мг по 1 таблетке в сутки в течение 30 дней.

Основными оцениваемыми параметрами были: динамика выраженности симптомов, качество жизни, приверженность к лечению, частота рецидивов и безопасность. Результаты показывают, что комплексная терапия превосходит монотерапию в снижении симптомов кровотечения и уменьшении наружных геморроидальных узлов. Частота предъявления жалоб на выделение крови в группе комплексного лечения снизилась с 92,3 до 7,7% к 3-му визиту и до 2,6% – к 4-му визиту, тогда как в группе монотерапии снижение произошло с 70,7 до 31,7% к 3-му визиту и до 9,8% – к 4-му (в рамках групп $p < 0,001$). В группе комплексной терапии статистически достоверно произошло снижение доли пациентов с увеличенными наружными геморроидальными узлами в сравнении с группой монотерапии. При оценке качества жизни по SF-12 было выявлено, что проявления хронического геморроя не имели выраженного влияния на качество жизни пациентов и их возможность выполнять повседневные обязанности. В обеих группах пациенты были комплаентны к получаемой терапии более чем в 90% случаев. Комбинированная терапия продемонстрировала свою безопасность: за время наблюдения нежелательные явления в виде изжоги, головокружения и головной боли были зафиксированы у 3 больных, без четкой связи с приемом препаратов, что не потребовало дополнительных коррекционных мер. Преимущества комбинированного

подхода были выявлены и при оценке частоты рецидивов за время наблюдения: в группе монотерапии у 24 (58,5%) пациентов возникали обострения геморроя, тогда как в группе комплексной терапии они наблюдались лишь у 5 (12,8%) пациентов, ($p < 0,001$). Таким образом, комплексная терапия геморроя препаратами Венарус® и Венапрокт Алиум, сочетающая топическое средство в виде свечей с алгинатом натрия и системный препарат биофлавоноидов, содержащий 100 мг гесперицина и 900 мг диосмина, показала свою безопасность, эффективность и простоту применения, о чем свидетельствует высокая приверженность пациентов к получаемой терапии.

Принимая во внимание ограниченное количество публикаций, посвященных консервативной терапии острого геморроя, нами была проанализирована эффективность комбинированного использования препаратов Венарус® и Венапрокт Алиум у пациентов с геморроидальным кровотечением и анемией легкой степени.

● КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Проанализированы результаты лечения 23 пациентов (11 мужчин/12 женщин) в возрасте 43 ± 5 лет, обратившихся для первичной консультации с жалобами на выделение крови из заднего прохода во время дефекации и ранее не проходивших обследования толстой кишки. Медиана от первого появления жалоб до обращения составила 13 (9;17) мес., при этом во всех случаях в предшествующие несколько недель (min-max 1–3 нед.) перед консультацией отмечалась интенсификация геморроидального кровотечения. Все пациенты отмечали дискомфорт и чувство распирания в заднем проходе после дефекации, при этом в 87% (20/23) эти ощущения сопровождались отеком наружных геморроидальных узлов.

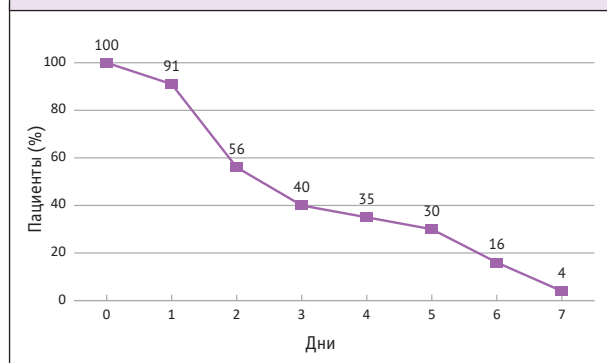
Во время первого посещения всем пациентам проводился осмотр, пальцевое исследование прямой кишки, инструментальные обследования прямой кишки и анального канала (аноскопия/ректороманоскопия). По данным осмотра, у 20 из 23 пациентов были увеличены наружные геморроидальные узлы без признаков воспалительных изменений. При оценке внутренних узлов отмечено их увеличение, пролапс (II/III стадия в 17/6 случаев), контактная кровоточивость без признаков продолжающегося кровотечения на момент осмотра. Всем пациентам в день обращения выполнялся клинический анализ крови, по результатам которого была выявлена анемия легкой степени (уровень гемоглобина 96 (94; 106) г/л), что позволяло трактовать ситуацию как острый кровоточащий геморрой 1-й степени. С целью исключения сопутствующих источников

кровотечения всем пациентам было рекомендовано проведение эндоскопических исследований: эзофагогастродуодено- и колоноскопия в сроки до 7 дней от момента первичного обращения. Комбинированная терапия в соответствии с клинической картиной включала в себя препарат Венарус® 1000 мг 3 раза в день 4 дня, затем 1000 мг 2 раза в день 3 дня и ректальные свечи Венапрокт Алиум по 1 свече 2 раза в день 7 дней.

Во время второго приема, через 7 дней от начала лечения, оценивались результаты комбинированной терапии и последующих эндоскопических обследований. Было отмечено, что с третьего дня использования препаратов интенсивность геморроидального кровотечения при дефекации стала меньше, а к 7-му дню только 1/23 (4%) пациент продолжал отмечать выделение крови во время дефекации, но менее интенсивное и длительное в сравнении с первичным обращением (рис. 1). Следует отметить, что 80% пациентов на 6-й день от начала терапии готовились к колоноскопии, принимая слабительные препараты, что не привело к рецидиву геморроидального кровотечения.

При оценке симптомов геморроидальной болезни, таких как отек наружных узлов, чувство распирания и дискомфорт в заднем проходе после дефекации, отмечалась следующая динамика: в обоих случаях пациенты отмечали уменьшение симптомов к 6-му дню терапии. Однако на фоне подготовки к колоноскопии у части пациентов вышеуказанные жалобы возобновились с меньшей выраженностью по интенсивности и продолжительности: 15/20 (75%) пациентов отмечали отек геморроидальных узлов и 12/23 (52%) дискомфорт и чувство распирания в заднем проходе после дефекации) (рис. 2, 3).

Рисунок 1. Наличие симптома «кровотечение во время дефекации» в зависимости от дня комбинированной терапии препаратами Венарус® + Венапрокт Алиум у пациентов с геморроем
Figure 1. The presence of defecation bleeding symptom according to Venarus® + Venaproct Alium combination therapy day in patients with hemorrhoids



По результатам эндоскопических исследований не было выявлено сопутствующих источников кровотечения ЖКТ. Всем пациентам, учитывая положительную динамику комплексной терапии относительно геморроидального кровотечения, после обследования было рекомендовано продолжить терапию: Венарус® 1000 мг 1 раз в день 30 дней, Венапрокт Алиум по 1 свече 2 раза в день 7 дней.

Через 1 мес. при оценке уровня гемоглобина зафиксировано повышение его уровня в среднем на 12 г/л от изначальных цифр (108 (106; 112) г/л) (рис. 4). При оценке наружных геморроидальных узлов на фоне

Рисунок 2. Наличие симптома «отек наружных узлов» в зависимости от дня комбинированной терапии препаратами Венарус® + Венапрокт Алиум у пациентов с геморроем
Figure 2. The presence of external hemorrhoids swelling symptom according to Venarus® + Venaproct Alium combination therapy day in patients with hemorrhoids

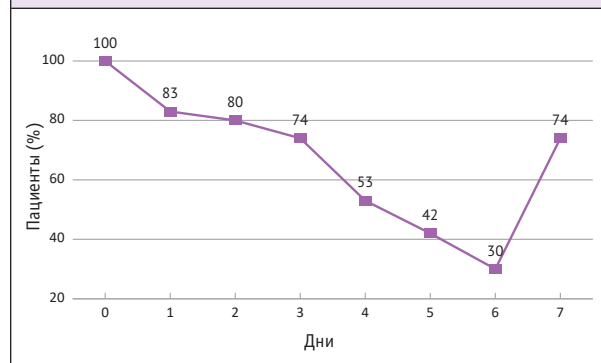


Рисунок 3. Наличие симптома «чувство распирания и дискомфорта в заднем проходе» в зависимости от дня комбинированной терапии препаратами Венарус® + Венапрокт Алиум у пациентов с геморроем
Figure 3. The presence of anal fullness and discomfort symptom according to Venarus® + Venaproct Alium combination therapy day in patients with hemorrhoids

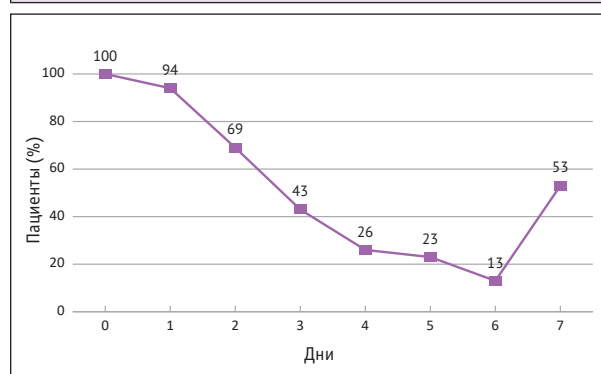
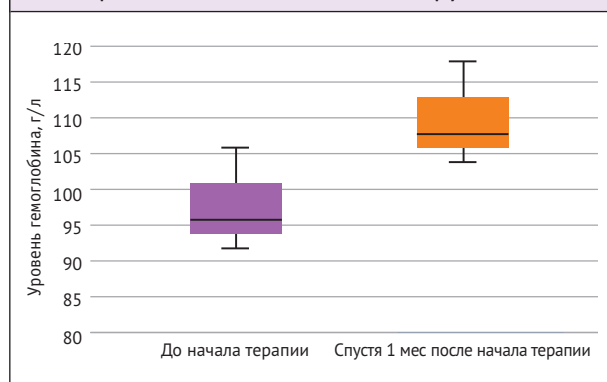


Рисунок 4. Изменение уровня гемоглобина у пациентов с геморроем на фоне комбинированной терапии препаратами Венарус® + Венапрокт Алиум

Figure 4. Changes in hemoglobin levels in patients with hemorrhoids while taking Venarus® + Venaproct Alium combination therapy



проводимой комплексной терапии не было отмечено изменений в их размерах и количестве. Однако была отмечена тенденция к уменьшению отека узлов после дефекации. Иную картину можно было наблюдать при анализе результатов лечения острого геморроя: после

10-го дня терапии только у 2/23 пациентов отмечен рецидив геморроидального кровотечения, и в обоих случаях это было связано с изменением консистенции стула и необходимостью сильного натуживания на фоне погрешности в диете; данная ситуация была скорректирована дозировкой объемобразующих слабительных препаратов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Комплексное лечение геморроя демонстрирует положительный эффект в отношении основного и наиболее часто встречаемого симптома – геморроидального кровотечения, что позволяет провести необходимое обследование пациентов с целью верификации диагноза и снизить риски развития рецидива заболевания. Использование комбинации препаратов Венарус® и Венапрокт Алиум, учитывая терапевтические эффекты каждого из средств, может быть перспективно в лечении острого течения геморроидальной болезни.

Поступила / Received 15.02.2025

Поступила после рецензирования / Revised 01.03.2025

Принята в печать / Accepted 20.03.2025

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

- Шельгин ЮА, Благодарный ЛА. *Справочник колопроктолога*. М.: ЛитТера; 2012. 596 с.
- Веселов АВ, Омеляновский ВВ, Москалев АИ, Шкурко ТВ, Сербина АА, Котс НА и др. Особенности организации медицинской помощи при геморрое в субъектах Российской Федерации за 2018 год. *Колопроктология*. 2020;19(3):126–134. <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2020-19-3-126-134>.
Veselov AV, Omelyanovskiy VV, Moskaev AI, Shkurko TV, Serbina AA, Kots NA et al. Medical care for hemorrhoids in the federal subjects of Russia in 2018. *Koloproktologia*. 2020;19(3):126–134. (In Russ.) <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2020-19-3-126-134>.
- Godeberge P, Sheikh P, Zagriadskii E, Lohsiriwat V, Montaño AJ, Košorok P, De Schepper H. Hemorrhoidal disease and chronic venous insufficiency: Concomitance or coincidence; results of the CHORUS study (Chronic venous and HemORrhoidal diseases evaluation and Scientific research). *J Gastroenterol Hepatol*. 2020;35(4):577–585. <https://doi.org/10.1111/jgh.14857>.
- Богомазов АМ, Головкин ЕБ, Загрядский ЕА. Частота факторов риска возникновения геморроя и определение взаимосвязи между геморроем и хроническими заболеваниями вен. Результаты российской части международной программы CHORUS. *Амбулаторная хирургия*. 2017;(3-4):94–104. Режим доступа: <https://www.a-surgeon.ru/jour/article/view/97>.
Bogomazov AM, Golovko EB, Zgryadsky EA. Incidence of hemorrhoid occurrence risk factors and definition of the relationship between hemorrhoids and chronic vein diseases. Results of the russian part of the international program CHORUS. *Ambulatornaya Khirurgiya*. 2017;(3-4):94–104. (In Russ.) Available at: <https://www.a-surgeon.ru/jour/article/view/97>.
- Алиев ФШ, Ачкасов СИ, Башанкаев БН, Благодарный ЛА, Вышегородцев ДВ, Григорьев ЕГ и др. *Геморрой: клинические рекомендации*. М.; 2024. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/178_2.
- Абрицова МВ. Оптимальный выбор в терапии острого геморроя. *Амбулаторная хирургия*. 2019;(1-2):118–123. <https://doi.org/10.21518/1995-1477-2019-1-2-118-123>.
Abritsova MV. The optimal choice of therapy for acute haemorrhoids. *Ambulatornaya Khirurgiya*. 2019;(1-2):118–123. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/1995-1477-2019-1-2-118-123>.
- Rivadeneira DE, Steele SR, Ternent C, Chalasani S. Practice Parameters for the Management of Hemorrhoids (Revised 2010). The Standards Practice Task Force of the American Society of Colon and Rectal Surgeons. *Dis Colon Rectum*. 2011;54(9):1059–1064. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8253007>.
- Ratto C. THD Doppler procedure for hemorrhoids: the surgical technique. *Tech Coloproctol*. 2014;18(3):291–298. <https://doi.org/10.1007/s10151-013-1062-3>.
- Margetis N. Pathophysiology of internal hemorrhoids. *Ann Gastroenterol*. 2019;32(3):264–272. <https://doi.org/10.20524/aog.2019.0355>.
- Lacy BE, Mearin F, Chang L, Chey WD, Lembo AJ, Simren M, Spiller R. Bowel Disorders. *Gastroenterology*. 2016;S0016-5085(16)00222-5. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.031>.
- Van Meegdenburg MM, Trzpis M, Heineman E, Broens PM. Increased anal basal pressure in chronic anal fissures may be caused by overreaction of the anal-external sphincter continence reflex. *Med Hypotheses*. 2016;(94):25–29. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2016.06.005>.
- Rao SS, Rattanakit K, Patcharatrakul T. Diagnosis and management of chronic constipation in adults. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2016;13(5):295–305. <https://doi.org/10.1038/nrgastro.2016.53>.
- Schmulson MJ, Drossman DA. What is new in rome IV. *J Neurogastroenterol Motil*. 2017;23(2):151–163. <https://doi.org/10.5056/jnm16214>.
- Родин АВ, Даниленков НВ, Агафонов ОИ, Привольнев ВВ. Консервативное лечение хронического геморроя. Результаты анкетирования хирургов России. *Колопроктология*. 2019;18(2):69–74. <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2019-18-2-69-74>.

- Rodin AV, Danilenkov NV, Agafonov OI, Privolnev VV. Conservative treatment for chronic hemorrhoids. Results of survey of Russian surgeons. *Koloproktologiya*. 2019;18(2):69–74. (In Russ.) <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2019-18-2-69-74>.
15. Lyseng-Williamson KA, Perry CM. Micronised Purified Flavonoid Fraction. *Drugs*. 2003;63(1):71–100. <https://doi.org/10.2165/00003495-200363010-00005>.
 16. Karetová D, Suchopár J, Bultas J. Diosmin/hesperidin: a cooperating tandem, or is diosmin crucial and hesperidin an inactive ingredient only? *Vnitr Lek*. 2020;66(2):97–103. (In Czech.)
 17. Загрядский ЕА, Богомазов АМ, Головкин ЕБ. Консервативная терапия геморроя, альтернатива хирургическим методам или составляющая часть? Результаты программы «CHORUS». *Коллопроктология*. 2018;(1):27–35. <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2018-0-1-27-35>.
Zagryadskiy EA, Bogomazov AM, Golovko EB. Conservative treatment of hemorrhoids an alternative to surgical methods or components? CHORUS program results. *Koloproktologiya*. 2018;(1):27–35. (In Russ.) <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2018-0-1-27-35>.
 18. Костарев ИВ, Родоман ГВ, Батищев АК, Богормистров ИС, Туктагулов НВ. Комплексный подход в терапии хронического геморроя: результаты проспективного сравнительного исследования «ВИТА». *Амбулаторная хирургия*. 2024;21(2):153–163. <https://doi.org/10.21518/akh2024-045>.
Kostarev IV, Rodoman GV, Batishev AK, Bogormistrov IS, Tuktagulov NV. Systemic and local therapy of chronic hemorrhoids: Results of the prospective comparative study “VITA”. *Ambulatornaya Khirurgiya*. 2024;21(2):153–163. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/akh2024-045>.
 19. Parhiz H, Roohbakhsh A, Soltani F, Rezaee R, Iranshahi M. Antioxidant and anti-inflammatory properties of the citrus flavonoids hesperidin and hesperetin: an updated review of their molecular mechanisms and experimental models. *Phytother Res*. 2015;29(3):323–331. <https://doi.org/10.1002/ptr.5256>.
 20. Ших ЕВ, Хайтович ЕД. Собственные клинико-фармакологические эффекты гесперидина в лечении хронических заболеваний вен. *Лечебное дело*. 2023;(4):17–31. <https://doi.org/10.24412/2071-5315-2023-13018>.
Shih EV, Hajtovich ED. Own clinical and pharmacological effects of hesperidin in the treatment of chronic venous diseases. *Lechebnoe Delo*. 2023;(4):17–31. (In Russ.) <https://doi.org/10.24412/2071-5315-2023-13018>.
 21. Mustafa S, Akbar M, Khan MA, Sunita K, Parveen S, Pawar JS et al. Plant metabolite diosmin as the therapeutic agent in human diseases. *Curr Res Pharmacol Drug Discov*. 2022;3:100122. <https://doi.org/10.1016/j.crphar.2022.100122>.
 22. Alonso-Coello P, Zhou Q, Martinez-Zapata MJ, Mills E, Heels-Ansell D, Johanson JF, Guyatt G. Meta-analysis of flavonoids for the treatment of haemorrhoids. *Br J Surg*. 2006;93(8):909–920. <https://doi.org/10.1002/bjs.5378>.
 23. Perera N, Liolitsa D, Iype S, Croxford A, Yassin M, Lang P et al. Phlebotonics for haemorrhoids. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(8):CD004322. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004322.pub3>.
 24. Mayet N, Choonara YE, Kumar P, Tomar LK, Tyagi C, Du Toit, Pillay LC. A comprehensive review of advanced biopolymeric wound healing systems. *J Pharm Sci*. 2014;103(8):2211–2230. <https://doi.org/10.1002/jps.24068>.
 25. Ших ЕВ, Аникин ГС, Федорова ТА. Клинико-фармакологические аспекты применения алгинатов в фармакотерапии хронического геморроя. *Лечебное дело*. 2024;(3):17–23. <https://doi.org/10.24412/2071-5315-2024-13168>.
Shikh EV, Anikin GS, Fedorova TA. Clinical and pharmacological aspects of the use of alginates in the pharmacotherapy of chronic hemorrhoids. *Lechebnoe Delo*. 2024;(3):17–23. (In Russ.) <https://doi.org/10.24412/2071-5315-2024-13168>.
 26. Summa M, Russo D, Penna I, Margaroli N, Bayer IS, Bandiera T et al. A biocompatible sodium alginate/povidone iodine film enhances wound healing. *Eur J Pharm Biopharm*. 2018;122:17–24. <https://doi.org/10.1016/j.ejpb.2017.10.004>.
 27. Taskin AK, Yasar M, Ozaydin I, Kaya B, Bat O, Ankaral S et al. The hemostatic effect of calcium alginate in experimental splenic injury model. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*. 2013;19(3):195–199. <https://doi.org/10.5505/tjtes.2013.30676>.
 28. Lee WR, Park JH, Kim KH, Kim SJ, Park DH, Chae MH et al. The biological effects of topical alginate treatment in an animal model of skin wound healing. *Wound Repair Regen*. 2009;17(4):505–510. <https://doi.org/10.1111/j.1524-475X.2009.00496.x>.

Вклад авторов:

Концепция статьи – М.В. Абрицова, Н.Р. Торчуа,
Концепция и дизайн исследования – М.В. Абрицова, Н.Р. Торчуа,
Написание текста – М.В. Абрицова, Н.Р. Торчуа,
Сбор и обработка материала – Н.Р. Торчуа
Обзор литературы – М.В. Абрицова, Н.Р. Торчуа,
Анализ материала – М.В. Абрицова, Н.Р. Торчуа
Статистическая обработка – М.В. Абрицова, Н.Р. Торчуа
Редактирование – М.В. Абрицова
Утверждение окончательного варианта статьи – М.В. Абрицова

Contribution of authors:

Concept of the article – Maryana V. Abritsova, Nina R. Torchua,
Study concept and design – Maryana V. Abritsova, Nina R. Torchua
Text development – Maryana V. Abritsova, Nina R. Torchua
Collection and processing of material – Nina R. Torchua
Literature review – Maryana V. Abritsova, Nina R. Torchua
Material analysis – Maryana V. Abritsova, Nina R. Torchua
Statistical processing – Maryana V. Abritsova
Editing – Maryana V. Abritsova
Approval of the final version of the article – Maryana V. Abritsova

Согласие пациентов на публикацию: пациенты подписали информированное согласие на публикацию своих данных.

Basic patient privacy consent: patients signed informed consent regarding publishing their data.

Информация об авторах:

Абрицова Марьяна Владимировна, к.м.н., врач-колопроктолог, руководитель колопроктологического отделения, многопрофильная клиника «Реал Транс Хайр»; 115191, Россия, Москва, ул. 3-я Рощинская, д. 6; abritsovamv@gmail.com
Торчуа Нина Рафаэлевна, к.м.н., врач-колопроктолог, многопрофильная клиника «Реал Транс Хайр»; 115191, Россия, Москва, ул. 3-я Рощинская, д. 6; n.r.torchua@gmail.com

Information about the authors:

Maryana V. Abritsova, Cand. Sci. (Med.), Coloproctologist, Chief of Coloproctology Department, Multidisciplinary Clinic Real Trans Hair; 6, 3rd Roshinskay St., Moscow, 115191, Russia; abritsovamv@gmail.com
Nina R. Torchua, Cand. Sci. (Med.), Coloproctologist, Multidisciplinary Clinic Real Trans Hair; 6, 3rd Roshinskay St., Moscow, 115191, Russia; n.r.torchua@gmail.com