

# Острый и хронический геморрой: эффективность действия Детралекса при геморрое

Геморрой - это распространённое заболевание, которое встречается у 25% — 40% взрослого населения. Сейчас имеется более ясное представление об этиопатогенезе геморроя, чем раньше, хотя многие вопросы о его возникновении все еще остаются спорными.

Выявлены многочисленные факторы, которые могут быть причастны к его этиопатогенезу: это нарушение пассажа по толстой кишке, беременность и алкоголь, малоподвижный образ жизни.

Врач, даже обладая небольшим опытом и минимальным набором оборудования, может очень легко диагностировать геморрой.

Более того, соблюдая некоторые основные правила образа жизни и принимая эффективные лекарственные средства, пациенты с геморроем могут избавляться от него и снижать вероятность нового обострения.

Детралекс — это флеботропное средство, активным веществом которого является микронизированный очищенный диосмин. Детралекс обладает высокой эффективностью при лечении острого и хронического геморроя. Благодаря комплексному механизму, включающему воздействие на венозный тонус, микроциркуляцию и местное воспаление, Детралекс обеспечивает эффективное (в пределах 48 часов) воздействие на основные симптомы острого геморроя в дозе 6 таблеток в день в течение 4 дней, а затем по 4 таблетки в день в течение 4 дней. У хронического геморроя обеспечивается при приёме 2 таблеток Детралекса в день. Помимо снижения частоты обострений хронического геморроя, приём Детралекса снижает риск кровотечения после геморроидэктомии.

Несомненная эффективность Детралекса сочетается с его прекрасной переносимостью и безопасностью применения, даже если речь идёт о длительном курсе лечения.



# Анатомия геморроидальных узлов

**Д**ля большинства людей термин «геморрой» означает болезненный недуг, связанный с заболеванием заднего прохода. Термин понимают иногда неправильно, поскольку на самом деле он обозначает нормальные анатомические структуры, разделённые на два отдельных сосудистых сплетения: внутреннее геморроидальное сплетение, являющееся подслизистым, и наружное геморроидальное сплетение, являющееся подкожным. Термин «геморроидальные узлы» используется главным образом для обозначения внутреннего сплетения.

## Описание

Геморроидальные узлы находятся в проксимальной части заднего прохода (рис. 1 и 2). Задний проход имеет в длину от 3 до 4 см и расположен между прямой кишкой и перианальной кожей. Он делится на две части прямокишечно-заднепроходной линией. Слизистая оболочка заднего прохода ниже прямокишечно-заднепроходной линии образует гребень, прочно соединенный глубоким слоем благодаря связке Паркса. Внутреннее геморроидальное сплетение покрыто продольными складками, называемыми морганиевыми столбами.

Внутренний и наружный сфинктеры расположены в дистальной части заднего прохода.

Внутренние геморроидальные узлы находятся в подслизистом пространстве — между слизистой оболочкой заднего прохода и внутренним сфинктером. Они представляют собой заполненные кровью полости, которые напоминают кавернозную ткань, так как они содержат артериовенозные анастомозы. Сосудистая ткань удерживается на месте подвешивающей связкой, состоящей из соединительных мышечных волокон,

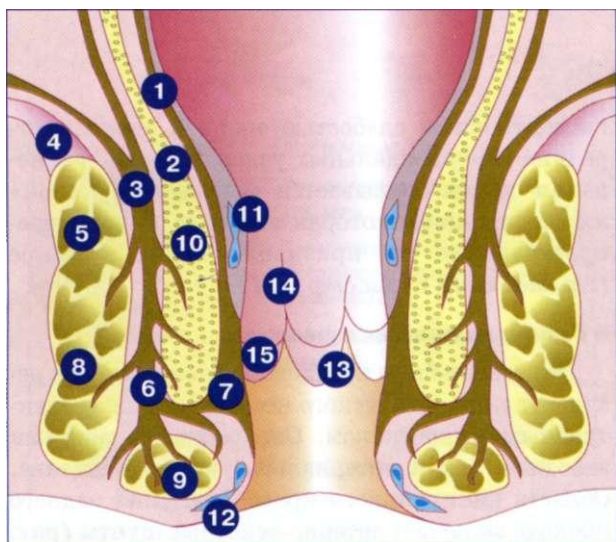
которые расположены выше связки Паркса. Эти волокна тесно переплетены с сосудистыми структурами и образуют геморроидальную ткань (рис. 3). Геморроидальные узлы образуют не сплошное кольцо по окружности заднего прохода, а последовательную сеть отдельных подушечек, три главные из которых занимают левое боковое, правое переднее и правое заднее положения (рис. 4). Наружное геморроидальное сплетение, расположенное в непосредственной близости от подкожной порции наружного сфинктера, образовано мелкими подкожными венами, обеспечивающими отток крови от кожной части заднепроходного отверстия.

## Кровоснабжение геморроидальных узлов

Кровь к прямой кишке и заднему проходу подают три артерии: верхняя прямокишечная артерия, являющаяся конечной ветвью нижней брыжеечной артерии; средняя прямокишечная артерия, отходящая от внутренней подвздошной артерии; нижняя прямокишечная артерия, отходящая от внутренней срамной артерии. Эти артерии сообщаются через обширные анастомозы. Артериальный приток к внутренним геморроидальным узлам проходит в основном в подслизистом слое и поступает из верхней прямокишечной артерии. Вены, соответствующие указанным артериям, носят аналогичные названия: верхняя, средняя и нижняя прямокишечные вены. Первые две вены отводят кровь от внутренних геморроидальных узлов в воротную вену, демонстрируя тот факт, что внутренние геморроидальные узлы являются анатомическим портокавальным анастомозом. Нижние прямокишечные вены выходят из наружного подкожного сплетения. Сообщение между внутренним и наружным геморроидальными сплетениями обеспечивается слабой подслизистой сосудистой системой.

*Анатомически геморроидальные узлы являются изначально врожденными венозными сплетениями, заложенными в процессе эмбриогенеза и расположенными в верхней части заднего прохода, и их можно видеть при аноскопии как подслизистые подушечки. Однако здесь термин «геморрой» используется как патологическое состояние внутренних геморроидальных узлов, которые представляют собой заполненные кровью увеличенные кавернозные полости, состоящие из артериовенозных анастомозов, удерживаемых на месте подвешивающей связкой.*

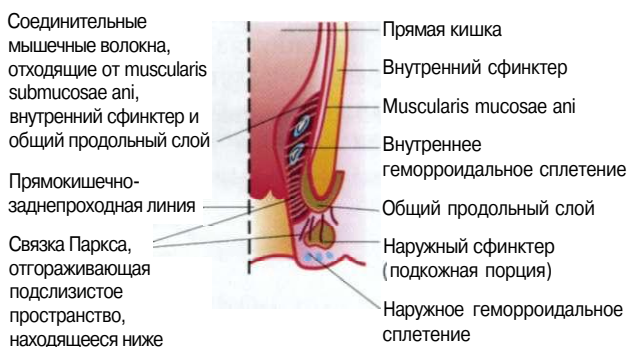
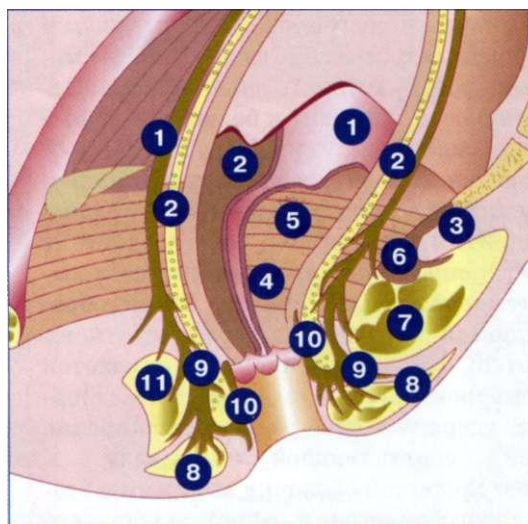
**Рисунок 1** Задний проход (вид спереди)



1. Подслизистая мышца (мышца Трейца)
2. Циркулярный слой мышечной стенки прямой кишки
3. Продольный слой мышечной стенки прямой кишки
4. Подниматель заднего прохода (Levator ani)
5. Подниматель заднего прохода (Levator ani)
6. Общий продольный слой
7. Связка Паркса
8. Внутренний сфинктер
9. Наружный сфинктер (глубокая порция)
10. Наружный сфинктер (подкожная порция)
11. Внутреннее геморроидальное сплетение
12. Наружное геморроидальное сплетение
13. Прямокишечно-заднепроходная линия
14. Морганиевы столбы
15. Анальная крипта

**Рисунок 2** Задний проход (вид сбоку)

1. Продольный слой мышечной стенки прямой кишки
2. Циркулярный слой мышечной стенки прямой кишки
3. Заднее подсфинктерное пространство
4. Подниматель заднего прохода (Levator ani)
5. Подниматель заднего прохода (Levator ani)
6. Подниматель заднего прохода (Levator ani)
7. Наружный сфинктер (глубокая порция)
8. Наружный сфинктер (подкожная порция)
9. Общий продольный слой
10. Внутренний сфинктер
11. Средняя часть промежностного сухожилия



**Рисунок 3** Механизм фиксации внутреннего геморроидального сплетения



**Рисунок 4** Обычное размещение геморроидальных узлов при осмотре в коленно-локтевом положении

# Патогенез и факторы риска развития геморроя

**В** настоящее время этиология геморроя известна достаточно хорошо. Научное сообщество признаёт, что геморрой является заболеванием многофакторного происхождения, которое вызывается двумя главными причинами и осложняется множеством дополнительных.

## Патогенез геморроя

Для объяснения причин развития геморроя предлагались разные теории. Мы опишем наиболее вероятные из них, которые вовсе не обязательно могут исключать друг друга.

### • Механическая теория (рис. 5 и 6)

Как показывает название, эта теория основана на чисто механических причинах патогенеза: с возрастом фиброэластическая ткань, поддерживающая внутренние геморроидальные узлы и фиксирующая их на месте (Связка Паркса) может дегенерировать и терять эластичность. Потеря эластичности приводит к большей подвижности геморроидальных узлов, которые каждый раз при увеличении внутреннего прямокишечного давления могут смещаться в сторону заднего прохода. Этим объясняется, почему одним из характерных симптомов геморроя является выпадение геморроидальных узлов. Таким образом, сосудистая составляющая опорной ткани расширяется, соответственно увеличивается размер геморроидальных узлов. Вялость опорной ткани, удерживающей узлы, и расширение сосудистой составляющей приводят к истончению слизистой оболочки внутреннего геморроидального сплетения, в результате чего появляются характерные симптомы геморроя, такие, как кровотечение из сосудов слизистой оболочки. Постоянное травмирование при выпадении приводит к рубцеванию гребешковой зоны слизистой оболочки заднего прохода.

Эта теория могла бы объяснить высокую частоту заболевания геморроем в некоторых семьях

наследственной слабостью опорной ткани внутренних геморроидальных узлов. Степень дегенерации связок описывается «четырёхстадийной» классификацией, которая получила широкое распространение и признана во всём мире (см. таблицу VI на стр. 11).

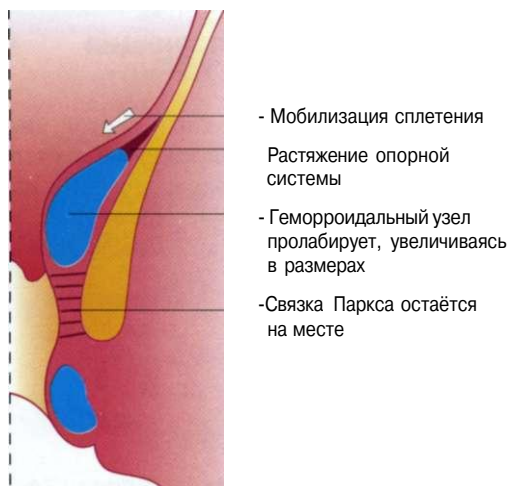
### • Гемодинамическая теория

Эта теория была предложена и описана как результат гистологического исследования под электронным микроскопом. Она рассматривает как венозное, так и артериальное кровообращение. Область капиллярного кровообращения заднего прохода включает артерио-венозные шунты (рис. 7 и 8), способные реагировать на гормональные и нейрофизиологические раздражители.

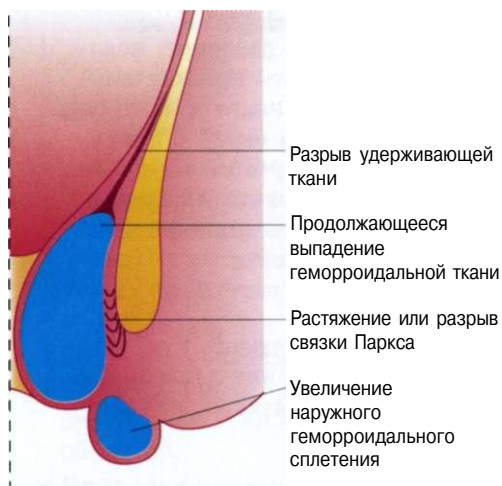
Эти артериовенозные шунты могут быть разделены на две группы.

- Артериовенозные шунты (AV) поверхностного подслизистого смещения в спокойном состоянии закрыты, что создаёт условия для кровоснабжения тканей. Однако в некоторых ситуациях они могут внезапно открыться под действием определённых раздражителей (например, изменение давления, острая пища), что приводит к значительному усилению кровотока через геморроидальную артерию. В результате ткани лишаются питания. Это явление сопровождается спазмом предкапиллярных сфинктеров и приводит к резкому повышению давления и расширению геморроидального венозного сплетения. Этим могут объясняться кровотечения, проктит, наличие больших красных геморроидальных узлов и развитие варикозного расширения вен. Этим также объясняется, почему кровотечение при геморрое имеет алый цвет: венозное сплетение заполняется и расширяется артериальной кровью. Нарушение венозного оттока, связанного с изменениями давления из-за запора, тяжёлого труда, ущемления узлов, ведет к тромбозу геморроидальных узлов, развитию воспаления, представляя клиническую картину острого геморроя.

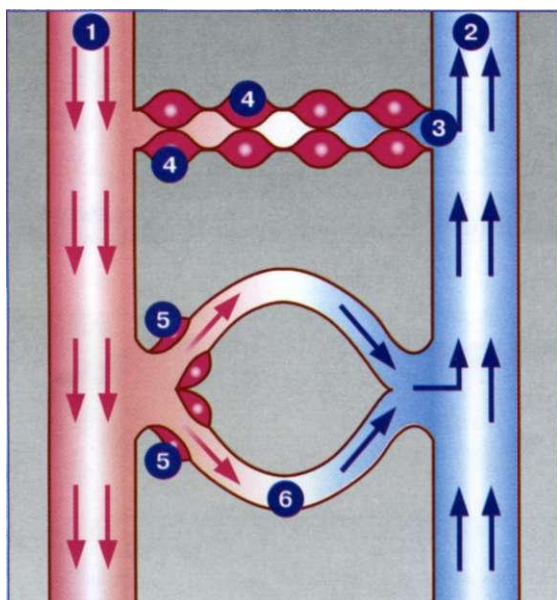




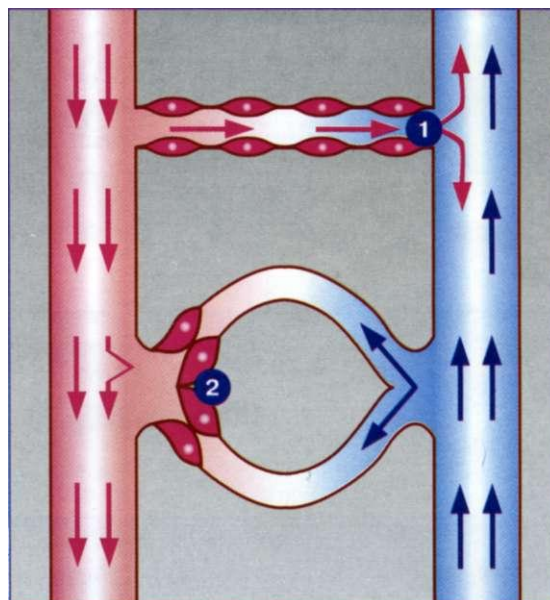
**Рисунок 5** Патофизиология развития геморроя: геморроидальные узлы находятся на своём месте, но обладают подвижностью



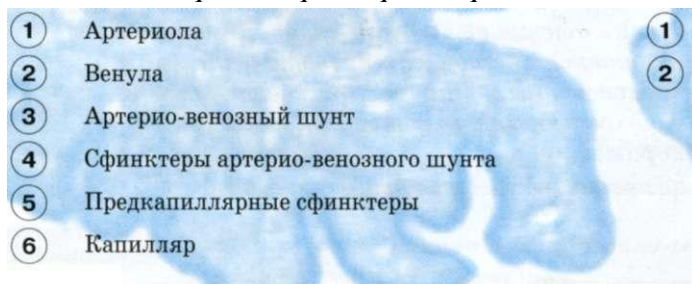
**Рисунок 6** Патофизиология развития геморроя: выпадение геморроидальных узлов из анального канала



**Рисунок 7** Нормальная функция артерио-венозного шунта: артерио-венозный шунт закрыт, предкапиллярный сфинктер открыт



**Рисунок 8** Дисфункция артерио-венозного шунта: открытие артерио-венозных шунтов, сокращение предкапиллярного сфинктера



- 1 Артериола
- 2 Венола
- 3 Артерио-венозный шунт
- 4 Сфинктеры артерио-венозного шунта
- 5 Предкапиллярные сфинктеры
- 6 Капилляр

- 1 Открытие артерио-венозных шунтов
- 2 Сокращение предкапиллярных сфинктеров

- «Магистральные» артериовенозные шунты представляют собой значительный кавернозный кровяной резервуар, регулируемый вегетативной нервной системой.

Увеличенное внутрибрюшное давление, механическая непроходимость ампулы прямой кишки, беременность и спазм внутреннего сфинктера могут приводить к расширению внутренних геморроидальных узлов через артериовенозные шунты. Это явление может осложняться артериальными нарушениями на уровне нижней брыжеечной артерии в брюшной полости.

- **Аномалии сфинктера**

У больных, страдающих геморроем, в состоянии покоя наблюдается увеличение давления в заднем проходе. Пока ещё окончательно не выяс-

нено, происходит ли этот рост давления в результате заполнения геморроидальных узлов или реального усиления активности сфинктера.

## **Факторы риска, способствующие геморрою**

В *таблице 1* приведён неполный список иницирующих факторов, который может оказаться полезным для определения терапевтических или прогностических мероприятий. Некоторые из этих факторов являются признанными, другие — спорными.

*Геморрой является многофакторным заболеванием, и имеется по крайней мере две теории, объясняющие развитие внутренних геморроидальных узлов. Главной предпосылкой его развития является процесс дегенерации подвешивающей связки (механическая теория) и дисфункция геморроидальных артериовенозных капиллярных шунтов (гемодинамическая теория). Таким образом, геморрой является прежде всего нарушением, вызванным дегенерацией соединительной ткани.*

*Механическая теория объясняет возникновение выпадения узлов. Гемодинамическая теория объясняет воспалительный процесс и кровотечение изменениями функционирования артериовенозных шунтов. Эти механизмы иницируются, стимулируются и осложняются некоторыми общепризнанными и предполагаемыми факторами.*

*На рис. 9 представлена схема существующей теории этиопатогенеза геморроя.*

### Признанные факторы

- Нарушения функции толстой кишки:
  - понос
  - запор
- Трудности опорожнения прямой кишки
- Нарушения репродуктивного цикла у женщины:
  - предменструальный синдром
  - беременность
  - роды
- Сидячий образ жизни, длительное пребывание в вынужденном положении

### Предполагаемые факторы

- Местное лечение:
  - клизмы
  - суппозитории
  - злоупотребление слабительными
- Некоторые виды спорта:
  - верховая езда
  - езда на мотоцикле
  - езда на велосипеде
- Менструация
- Оральные контрацептивы
- Чрезмерно интенсивная гигиена заднего прохода, раздражающая слизистую оболочку
- Привычки питания (диета, бедная клетчаткой)
- Алкоголь
- Острая пища и продукты, стимулирующие толстую кишку (например, кофе, чай)
- Нетрадиционный секс
- Некоторые профессии:
  - шофер
  - лётчик
- Гиперурикемия
- Гиперхолестеринемия
- Гипертриглицеридемия

### Иницирующие факторы, геморроя



Рисунок 9 Существующие этиологические, патогенетические и патофизиологические концепции развития геморроя

# Диагностика геморроя

**Д**иагностика геморроя, как и большинства проктологических заболеваний, является чисто клинической. Поэтому врачу важно убедить пациента пройти клиническое и аноректальное обследование, которое хорошо переносится, если объяснить смысл процедуры заранее. Аноректальное исследование не требует дорогостоящего оборудования.

## Клиническая картина

Симптомов, описываемых пациентом, никогда не бывает достаточно для диагноза. Чаще всего пациента заставляют обратиться к врачу симптомы, приведённые в *таблице II*. Самые распространённые виды диагноза приведены в *таблице III*. Чаще всего пациент обращается к врачу из-за боли (50% случаев), а наиболее часто диагностируемой проктологической патологией является геморрой.

Как и при любом клиническом обследовании, в первую очередь следует опросить пациента, чтобы выяснить историю болезни, истоки её возникновения, медицинский, акушерский, медикаментозный анамнез, привычки питания и образ жизни.

На практике пациент может жаловаться на небольшое количество симптомов. Некоторые признаки являются очевидными:

- **Кровотечение**

По оценкам, анальное кровотечение присутствует у 10% взрослого населения, и в 70-80% случаев его источником являются геморроидальные узлы. Это легко подтверждается клиническим обследованием, а также алым цветом крови. При наличии этого признака обязательно надо пройти полное обследование, чтобы исключить такие причины кровотечения, как опухоли. В *таблице IV* приведены основные причины кровотечения, которые выявляются проктологическим обследованием.

- **Боль**

Боль может отсутствовать, а может быть острой или хронической. Всегда важно увязать появление боли с временем дефекации и опорожнения прямой кишки. Внутренний геморрой может причинять боль, если он сочетается с тромбозом геморроидального узла, или с трещиной заднего прохода.

- **Отек и выпадение**

Пациент может ощущать выпадение внутренних геморроидальных узлов из анального канала. Обычно пролапс прекращается самопроизвольно.

- **Дискомфорт**

Дискомфорт часто сочетается с отеком. Пациент говорит, что испытывает желание испражниться, чувство переполнения прямой кишки и заднепроходного отверстия, чувство тяжести.

- **Зуд**

Встречается очень часто, и нередко сопровождается расчесыванием и кровотечением (в 50% случаев имеет место повреждение кожи заднепроходного отверстия). Со временем может развиться экзема кожных покровов вокруг заднего прохода.

- **Выделения**

При геморрое выделения являются следствием воспалительного процесса и представляют собой водянистую или слизистую субстанцию. Они могут вызывать просто ощущение влажности кожи вокруг заднепроходного отверстия, пачкать одежду, вызывать зуд, а затем кровотечение из-за расчесывания.

- **Недержание стула**

Встречается гораздо чаще, чем принято считать, и не связано напрямую с геморроем, но его наличие всегда указывает на позднюю стадию заболевания и на возможность показаний к хирургическому лечению геморроя.

- **Нарушения опорожнения прямой кишки и функции кишечника**

Проблема требует тщательного анализа функционирования кишечника. Первым шагом к лечению геморроя является коррекция этих нарушений (запора, поноса), только после ректоскопии, колоно- или ирригоскопии.



• Боль	50%
• Прокторрагия (кровотечение)	40%
• Отек перианальной кожи	25%
• Нарушения кишечного транзита	18%
• Зуд	15%
• Выделения из заднего прохода	12%

**Таблица II** *Наиболее распространённые симптомы*

• Геморрой	40%
• Трещины заднепроходного отверстия (10% из которых связаны с геморроем)	18%
• Нагноение	16%
• Кондилома	7%
• Экзема	6%
• Опухоль	4%
• Прочее (венерическое заболевание, невралгия, анальные проявления болезни Крона)	9%

**Таблица III** *Наиболее распространённые виды диагноза*

**Таблица IV** *Причины кровотечения, выявляемые проктологическим обследованием*

- Геморрой
- Трещины заднепроходного отверстия
- Экскориация кожи
- Кондиломатоз
- Злокачественная опухоль заднего прохода
- Выпадение прямой кишки
- Выпадение слизистой оболочки
- Болезнь Крона
- Полипы/доброкачественная опухоль (карциноид)
- Рак прямой кишки
- Порок развития сосудов
- Язвенный проктит
- Солитарная язва
- Травма (например, образование язвы от термометра)
- Проктиты (облучение, суппозитории, инфекция и болезни, передаваемые половым путём)



Правильное положение позволяет хорошо видеть прямую кишку



Правильное положение позволяет хорошо видеть прямую кишку



Неправильное положение



Неправильное положение

**Рисунок 10** Осмотр в коленно-локтевом положении

**Рисунок 11** Осмотр в положении лёжа на левом боку

**Таблица VI** Стадии геморроя

	СИМПТОМЫ	ПРИЗНАКИ		
Стадия I	Кровотечение, дискомфорт	Геморроидальные узлы видны при anoscopy, но не пролабируются; слизистая оболочка гиперемирована, пересечена расширенными капиллярами	<ul style="list-style-type: none"> <li>(ФТ) Фиксирующая ткань</li> <li>(ВС) Внутренний сфинктер</li> <li>(ВГ) Внутренние геморроидальные узлы</li> <li>(ПС) Связка Паркса</li> <li>(ЗП) Задний проход</li> <li>(НГ) Наружные геморроидальные узлы</li> </ul>	
Стадия II	+ Выделения/зуд	Отмечается выпадение геморроидальных узлов из анального канала при натуживании, которые вправляются самостоятельно		
Стадия III	+ Загрязнение одежды	Выпадение геморроидальных узлов требует ручного вправления		
Стадия IV	+ Боль	Невправимое выпадение геморроидальных узлов		

# Лечение геморроя

**Хирургическое вмешательство при геморрое** бывает показано только в 5-10% случаев. Лечение геморроя в основном предполагает рекомендации, касающиеся общего образа жизни и диеты, местные средства и медикаментозное лечение производными флавоноидов.

## Рекомендации в отношении образа жизни и диеты

- **Умеренная местная гигиена** (один или два раза в день)
- **Нормализация функции кишечника и дефекации**

Эта мера призвана улучшить степень размягчения стула с помощью широкого спектра мягких слабительных (жидкий парафин, отруби, растительная клетчатка, неусваиваемый сахар) и отказа от раздражающих слабительных. В этом заключается основная профилактика геморроя.

- **Питание**
  - Нормализация дефекации.
  - Отказ от стимуляторов толстого кишечника, таких, как чай или кофе.
  - Отказ от алкоголя и острой пищи.
  - Употребление необходимого количества жидкости (холодные напитки утром для стимуляции опорожнения прямой кишки).
  - Увеличение количества ежедневно употребляемой клетчатки.
- **Физическая активность**

Особенно рекомендованы некоторые виды спорта, например плавание или гимнастика.

## Медикаментозное лечение

- **Флеботропные средства**

Производные флавоноидов, такие, как очищенный микронизированный диосмин, являются единственно приемлемыми пероральными средствами. Их клиническая эффективность была убедительно продемонстрирована в ходе исследований двойным слепым методом под контролем плацебо при остром геморрое. Они могут в значительной мере снять симптомы, принести облегчение пациентам и, в случае хронического гемор-

роя, предупредить и сократить число последующих обострений.

Их действие основано на усилении тонуса вен, благодаря чему обеспечивается постепенное уменьшение расширения сплетения и защитное действие на капиллярное кровообращение, предупреждаются последствия дисфункции артериовенозных шунтов, уменьшается застойный отёк благодаря местному противовоспалительному действию препарата.

- **Неспецифическое пероральное лечение**

Неспецифические медикаменты часто используются для борьбы с болью (анальгетики) и уменьшения воспалительной реакции (нестероидные противовоспалительные средства).

- **Местные средства**

Сюда входят противовоспалительные средства (стероиды), местные обезболивающие, средства для смазывания и различные флеботропные производные. Они применяются в виде мазей и эмульсий для смазывания заднего прохода и перианальной кожи и, несомненно, оказывают «психологический» эффект на пациента, так как наносятся непосредственно на болезненную область. Однако никакого исследования их эффективности не проводилось, и нельзя пренебрегать высокой вероятностью возникновения аллергической реакции на местные обезболивающие (если они используются).

## Инструментальное (механическое) лечение

Сюда входит следующее:

- **Склерозирующие методы:** в основном используются при хроническом геморрое для прекращения кровотечения. Они также могут способствовать расслаблению подвешивающих связок. Склерозирование противопоказано при остром геморрое и при геморроидальном тромбозе (фото 1, 2 и 3).

- **Лигирование внутренних узлов латексной лигатурой:** может рассматриваться как перевязка ножки геморроидального узла, производимая латексным кольцом при помощи лигатора (фото 4).

- **Криотерапия:** подразумевает замораживание внутренних компонентов геморроя путём наложения криода с последующим его некрозом (фото 5).

## Хирургическое лечение

Хирургическое лечение геморроя показано при III-IV стадии при циркулярном геморрое с выпадением узлов при неэффективном ручном вправлении. Хирургическое лечение также необходимо, если другие методы лечения (общий, медикаментозный и инструментальный) не дают результатов.

Здесь мы не будем описывать различные хирургические методы, но ясно, что при показа-

ниях сегодня могут использоваться такие хирургические методы, как открытая геморроидэктомия (геморроидэктомия Миллигана и Моргана), закрытая геморроидэктомия (метод Фергюсона) или подслизистая геморроидэктомия (метод Паркса).

Хирургическое вмешательство надо рассматривать только как последнее средство, потому что оно болезненно, нарушает нормальную анатомию и может привести к осложнениям.

*Лечение внутреннего геморроя основано на следующих параметрах:*

- *симптомы геморроя,*
- *подтверждение геморроидального происхождения симптомов,*
- *стадия болезни,*
- *доминирующие симптомы,*
- *характер и эффективность предшествовавшего лечения,*
- *одновременное наличие симптомов наружного геморроя.*

*Лечение показано во всех случаях. В консервативном лечении главное место занимают производные флавоноидов, которые хорошо переносятся и показаны в больших дозах при обострении внутреннего геморроя. В таблице VII приведены показания для различных методов лечения.*

Стадии геморроя	Лечение
I	<ul style="list-style-type: none"><li>• Медикаментозное лечение</li><li>• Склерозирующие методы</li><li>• Фотокоагуляция</li><li>• Двухполюсная диатермокоагуляция (Bicap)</li></ul>
II	<ul style="list-style-type: none"><li>• Медикаментозное лечение</li><li>• Латексное лигирование</li><li>• Фотокоагуляция</li><li>• Склерозирующие методы</li></ul>
III	<ul style="list-style-type: none"><li>• Латексное лигирование</li><li>• Хирургия</li><li>• Медикаментозное лечение</li></ul>
IV	<ul style="list-style-type: none"><li>• Хирургия</li><li>• Медикаментозное лечение</li></ul>

**Таблица VII Показания для различных методов лечения**

# *Содержание*

**СТРАНИЦА 2**

*Анатомия геморроидальных узлов*

**СТРАНИЦА 4**

*Патогенез и факторы риска развития  
геморроя*

**СТРАНИЦА 8**

*Диагностика геморроя*

**СТРАНИЦА 12**

*Лечение геморроя*

**СТРАНИЦА 17**

*Детралекс : комплексный механизм действия  
при лечении геморроя*

**СТРАНИЦА 20**

*Детралекс: быстрое облегчение при лечении  
острого геморроя*

**СТРАНИЦА 26**

*Детралекс: преимущества лечения при хроническом  
геморрое*

**СТРАНИЦА 30**

*Детралекс: достоверное прекращение кровоточивости  
после геморроидэктомии*