

Комбинированная фармакотерапия – залог успешного лечения острого и хронического геморроя

Л.А.Благодарный

ГБОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного образования Минздрава России, Москва;
ФГБУ Государственный научный центр колопроктологии Минздрава России, Москва

До настоящего времени фармакотерапии геморроя уделяется недостаточное внимание. Традиционно при начинающемся тромбозе геморроидальных узлов используются теплые ванны с перманганатом калия, обезболивающие препараты и ограниченное число суппозиторияев. Но в последние годы на фармакологическом рынке появилось множество системных и местных препаратов для лечения геморроя. Такое количество препаратов аналогичного действия и облегчает, и затрудняет выбор метода лечения.

Цели фармакотерапии при геморрое

Показание для фармакотерапии – это прежде всего острый геморрой, начальные стадии хронического геморроя, где консервативное лечение является основным. При поздних стадиях геморроя лекарственная терапия применяется в качестве периоперационного лечения при малоинвазивных способах и после геморроидэктомии.

Фармакотерапия острого и хронического геморроя позволяет достичь нескольких определенных целей:

1. Купирование симптомов острого геморроя.
2. Предотвращение осложнений.
3. Профилактика обострений при хроническом течении.
4. Предоперационная подготовка.
5. Послеоперационная реабилитация.

Арсенал фармакологических препаратов, направленных на купирование симптомов острого геморроя, предотвращение осложнений и профилактику заболевания, включает по крайней мере 2–3 хорошо изученных колопроктологами медикамента. Что же касается предоперационной подготовки, то до недавнего времени слабительных лекарств было явно недостаточно, но сейчас появились новые препараты – высокомолекулярные декстраны. Фортранс и другие, эффективно очищающие толстую кишку после приема внутрь раствора. Помимо этого в предоперационный период необходимо провести лечение сопутствующих заболеваний, и прежде всего запора, так как возобновление его может привести к осложненному послеоперационному периоду, а для улучшения результатов малоинвазивного и хирургического лечения в периоперационном периоде следует назначать флеботонические препараты.

Безусловно, при остром геморрое показано направленное лечение, но следует помнить, что профилактика обострения прежде всего заключается в нормализации деятельности пищеварительного тракта, лечении запоров, которые встречаются более чем у 75% пациентов, заболевших геморроем. Следует назначать ферментные препараты, средства, влияющие на флору и перистальтику тонкой и толстой кишки, гидрофильные коллоиды, или так называемые пищевые волокна, на фоне регулярного и достаточного потребления жидкости до 2–3 л в день. В качестве источника расти-

тельной клетчатки в нашей стране традиционно применяют отруби пшеничные, морскую капусту и льняное семя в их природном виде или в форме фармакологических препаратов. За рубежом чаще применяют семена и шелуху подорожника и льняное семя в виде препаратов, обладающих высокой водоудерживающей способностью.

Данная статья не ставит целью анализ медикаментозной терапии синдрома раздраженной толстой кишки. Однако регуляция консистенции кишечного содержимого и его транзита по толстой кишке является непереносимым условием не только для профилактики, но и для успешного лечения любых форм геморроя.

Целый комплекс современных и высокоэффективных препаратов создан для того, чтобы уменьшить болевой синдром после операции, а также стимулировать раневой процесс. Прежде всего, это неспецифические противовоспалительные препараты и различные линименты, применяемые в I и II фазах раневого процесса: в I фазе – линименты на водорастворимой основе (Левосин, Левомеколь, Диоксиколь, обладающие многокомпонентным действием), во II фазе – линименты, стимулирующие эпителизацию (Солкосерил, Проктоседил).

Между тем мало быть просто информированным о тех или иных медикаментах, более важно знать механизмы действия препаратов и те стороны патогенеза, на которые они будут влиять. В соответствии с патогенезом с помощью фармакотерапии необходимо решить ряд задач:

1. Купировать воспаление.
2. Устранить болевой синдром.
3. Воздействовать на микроциркуляцию в кавернозных образованиях.
4. Улучшить кровоток в геморроидальных узлах.
5. Оказать тромболитическое воздействие на тромбированные узлы.
6. Уменьшить хрупкость стенок капилляров.
7. Остановить кровотечение.

Местная терапия

Местное лечение направлено на ликвидацию болевого синдрома, тромбоза, воспаления геморроидальных узлов, а также кровотечения. При выборе местного лечения острого геморроя необходимо учитывать превалирование какого-либо из симптомов (боль, тромбоз, распространенность воспалительного процесса, наличие деструктивного компонента) и назначать соответствующие местные препараты. Мазевые аппликации назначают 2–3 раза утром, днем и вечером, желательнее после стула. Режим назначения ректальных свечей точно такой же, но при их применении следует учитывать особенности их действия. Свечу вводят так, чтобы она оставалась в анальном канале, а не «проваливалась» в прямую кишку, где она не

оказывает никакого местного действия. Для этого основание свечи следует придерживать марлевой салфеткой в течение 2–3 мин до ее полного растворения.

Для купирования воспаления применяют нестероидные противовоспалительные средства (диклофенак, индометацин, кетопрофен и т.д.), системную энзимотерапию, различные мазевые формы, содержащие нестероидные противовоспалительные средства, кортикостероиды, гепарин и т.д.), а также системные препараты нового поколения – флеботоники (МОФФ, Детралекс® и др.), которые несомненно могут претендовать на лидирующее место в лечении острого и хронического геморроя.

Болевой синдром при геморрое чаще связан с воспалительным процессом в тромбированном узле, в окружающих тканях или вызван сочетанием геморроя с анальной трещиной. Чаще всего в механизме возникновения боли лежит спазм анального сфинктера, связанный с воспалением в геморроидальном узле. При болевом синдроме, обусловленном сопутствующей анальной трещиной, эффективны спазмоанальгетики (Баралгин, Веролган), а также препараты нитроглицеринового ряда, действующие как спазмолитики на внутренний сфинктер. Острый процесс довольно часто сопровождается ущемлением тромбированного геморроидального узла, что может обусловить выраженный болевой синдром. Поэтому для его устранения показаны ненаркотические анальгетики и местные комбинированные обезболивающие препараты в виде гелей, мазей и суппозиториев. Болевой синдром, характерный для острого геморроя, снимают при помощи ненаркотических анальгетиков – антипиретиков, основой которых является метамизол натрия (Аналгин, Баралгин), комбинированные препараты (Пенталгин, Пиралнал, Ремидон). Неплохим обезболивающим эффектом обладают парацетамол и его производные (Парацетамол, Эффералган, Панадол, Солпадеин, Цитрапар). Более эффективно воздействуют на болевой синдром неспецифические противовоспалительные средства (Кеторол, Найз, Нимесил, Тороллак, Ксефокам). Для местной фармакотерапии мы применяем Проктоседил, Ауробин, Ульгтрапрокт, Проктогливенол и др. Из этой группы выделяются своей эффективностью Проктоседил и новые обезболивающие препараты Нефлюан и Эмла, имеющие высокую концентрацию лидокаина и неомидина и обладающие выраженным обезболивающим эффектом.

Устранить микроциркуляторные расстройства и нормализовать гемореологию (в основном это относится к острому геморрою) можно с помощью хорошо зарекомендовавших себя на практике низкомолекулярных декстранов, пентоксифиллина (Трентала), ацетилсалициловой кислоты, тиклопидина (Тиклида), клопидогрела (Плавикса). А комбинированные флеботонические препараты (Детралекс®, Эндотелон, Гливенол) помимо этого способствуют и уменьшению хрупкости капилляров. Улучшению кровотока в геморроидальных узлах способствуют препараты группы бензопирионов (Троксевазин, Венорутон) и названные выше препараты с поливалентным механизмом действия.

Тромбоз геморроидальных узлов, осложненный воспалением, является показанием к применению комбинированных препаратов, содержащих обезболивающие, тромболитические и противовоспалительные компоненты, которые достаточно эффективно снимают болевой синдром и уменьшают воспалительный процесс в геморроидальных узлах. При этом хорошей эффективностью обладает комбинированный препарат Проктоседил. В 70–80% наблюдений тромбоз геморроидальных узлов осложняется их воспалением с переходом процесса на подкожную клетчатку и периаанальную область. При этом топические антикоагулянты применяются в сочетании с водорастворимыми

мазями, обладающими противовоспалительным действием. К ним относятся Левосин, Левомеколь, Мафенид. Местное тромболитическое воздействие оказывают такие препараты, как Проктоседил, Проктогливенол, Троксевазин, Гепатромбин и отечественный препарат Нигепан.

Кровотечение является одним из основных симптомов геморроя. При кровотечении следует четко оценить величину кровопотери, его активность и выраженность постгеморрагической анемии. Непрекращающееся кровотечение в течение 1 ч является признаком острого процесса и осложнением течения геморроя. Для его устранения можно применять свечи, содержащие адреналин. Местным гемостатическим эффектом обладают препараты, содержащие альгинат натрия (Натальсид). При выделении крови из геморроидальных узлов применяют системную и местную терапию (ингибиторы фибринолиза: Гордокс, Контрикал, Трасилол), активаторы образования тромбопластина (Дицинон), антитоты гепарина (протамина сульфат). Для остановки геморроидального кровотечения из местных препаратов отметим эффективность гемостатической губки и отечественных коллагеновых гемостатиков – Андроксона, Берипласта и других, состоящих из фибриногена и тромбина. При введении в анальный канал они рассасываются, образуя фибриновую пленку, которая блокирует участки кровоточащих геморроидальных узлов.

При медикаментозном лечении геморроя назначают топические средства для снятия основных симптомов. Предпочтение в таких случаях отдается комбинированным лекарственным средствам для местного применения, таким как препарат Проктоседил. Комплексное действие препарата обусловлено наличием в его составе компонентов, оказывающих обезболивающее, противовоспалительное, тромболитическое, венопротекторное действие: Гидрокортизон, Фрамицетин, Гепарин, Эскулозид, Бензокаин и Бутамбен. Препарат выпускается в форме мази и ректальных капсул. В отличие от мази в составе капсул отсутствует Гепарин. Это связано с тем, что кровотечения в 70% случаев наблюдаются именно при внутреннем геморрое, когда использование тромболитиков, снижающих свертывание крови, нецелесообразно. Местное лечение сочетают с гемостатическими лекарствами, вводимыми парентерально или в виде таблетированных препаратов (Дицинон, этамзилат натрия). В тяжелых ситуациях, кроме гемостатических препаратов, назначают переливание свежезамороженной плазмы, свежечитратной крови, а также ферментативных препаратов (Трасилол, Контрикал).

Системные препараты

Топические средства занимают важное место в лечении острого и хронического геморроя. Относительно небольшая стоимость топических средств, удобство и простота применения делают их привлекательными для большинства пациентов. Между тем, применяя эту группу препаратов, необходимо четко представлять, что зачастую «клинический эффект» достигается за счет отвлекающего (местнораздражающего) действия. Вот почему использование только локальной терапии обычно малоэффективно, и ее следует комбинировать с приемом парентеральных или пероральных системных медикаментов, а именно флеботоников. Важным фактором, определяющим эффективность топической терапии, является правильный выбор действующего вещества в разные периоды развития острого и хронического процесса.

Как и когда применять системные и топические средства? Это зависит от многих факторов, в том числе от стадии и тяжести заболевания, степени риска осложнений. Вместе с тем следует признать, что объективных критериев, позволяющих выработать опти-

мальную тактику фармакотерапии острого и хронического геморроя, пока нет. Каждый врач все еще осуществляет выбор препарата, исходя из собственного опыта, ориентируясь на популяризацию того или иного лекарственного средства в научной литературе или даже в средствах массовой информации.

Учитывая многообразие форм и стадий геморроя, особенностей течения заболевания, подбор лечения должен быть индивидуальным.

Основу консервативного лечения острого геморроя составляет комбинация системных и топических препаратов.

Из системных препаратов ведущее место занимают флебопротекторы, среди которых в свою очередь наиболее зарекомендовал себя Детралекс®, оказывающий противовоспалительное, противоотечное и обезболивающее действие. Топические комбинированные препараты усиливают обезболивающий, противовоспалительный и кровоостанавливающий эффекты.

У одних пациентов это могут быть короткие курсы, применяемые в остром или периоперационном периоде, у других профилактические – регулярные и более длительные, не менее 1,5–2 мес. Учитывая клинические проявления заболевания и тот факт, что 72–75% больных геморроем страдают запорами, следует использовать комбинацию различных по механизму действия лекарственных средств в сочетании с другими видами лечения геморроя. Важно также активное участие пациента в лечении. Он должен понимать суть заболевания, каким образом будет проводиться лечение, особенно топическими средствами, и знать возможные последствия нарушений регламента назначений врача.

При остром геморрое системная фармакотерапия оказывает выраженное лечебное воздействие. Оно заключается в обезболивании, снятии воспалительного фактора и уменьшении выделения крови из геморроидальных узлов. Кроме того, при лечении хронического геморроя системная терапия оказывает не только лечебное, но и профилактическое воздействие. Применение современного флебопротектора Детралекса не только снижает частоту обострений в течение года, но и значительно уменьшает их тяжесть при двукратных профилактических курсах в течение года.

Фармакотерапия хронического геморроя

Основной системной фармакотерапией хронического геморроя являются флеботропные препараты, влияющие на повышение тонуса вен, улучшение микроциркуляции в кавернозных тельцах и нормализацию кровотока. Именно эти задачи и решают системные венотоники, наиболее признанным из которых является Детралекс.

Описание средств системного применения мы начинаем с подробного изложения сведений о поливалентных по механизму действия препаратах растительного происхождения, которые могут применяться в качестве средств монотерапии и комбинированного лечения острого и хронического геморроя.

Наиболее эффективными из них считаются в настоящее время флеботропные препараты, созданные на основе биофлавоноидов. Все они очень активны *in vitro*, однако их общим свойством является плохая растворимость в воде, что препятствует всасыванию в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ). В случае Детралекса эта задача была решена с помощью микронизации действующего вещества – измельчения частиц препарата струей воздуха, движущейся со сверхзвуковой скоростью. Благодаря микронизации увеличивается площадь соприкосновения частиц препарата со слизистой ЖКТ, что значительно увеличивает его абсорбцию и, соответственно, клиническую эффективность. Детралекс® – единственный микронизированный фле-

ботропный препарат, чем объясняются его значительные клинические преимущества. Большинство хирургов-флебологов называют Детралекс® эталонным флеботропным препаратом. Важно отметить, что Детралекс® и по составу отличается от других флавоноидов: содержит не только диосмин, но и комплекс из пяти флавоноидов, потенцирующих действие друг друга.

Микронизированный диосмин в 2 раза быстрее обычного всасывается из ЖКТ и начинает оказывать терапевтическое воздействие на лимфатическую и венозную системы уже через 1 ч после приема 1000 мг (2 таблетки), тогда как его немикронизированный аналог проявляет эффект лишь через 24–48 ч.

Кроме флеботонического, Детралекс® обладает выраженным противовоспалительным эффектом. Детралекс® подавляет адгезию лейкоцитов к эндотелию, препятствует их миграции в перивазальное пространство и блокирует выброс из них токсических компонентов – цитокинов, свободных радикалов кислорода и протеолитических энзимов (B.Friesencker, A.Tsai, C.Allegria, M.Intaglietta, 1994; R.Korthuis и соавт., 1997). Таким образом, препарат оказывает прямое защитное действие на микроциркуляторную систему геморроидальных узлов.

Известно, что венозная гипертензия приводит к повышению давления в лимфатической системе. Благодаря увеличению частоты и амплитуды перистальтики лимфатических сосудов Детралекс® эффективно стимулирует лимфатический дренаж (McHale, M.Hollywood, 1994; C.Allegria, 1998).

Можно выделить следующие основные механизмы действия Детралекса, обеспечивающие его комплексное воздействие при остром и хроническом геморрое:

- повышение венозного тонуса;
- купирование воспалительных реакций;
- стимуляция венозного кровотока и лимфодренажа;
- устранение микроциркуляторных расстройств.

При хроническом геморрое, по данным P.Godeberge (1992 г.), длительный профилактический прием Детралекса® (до 2 мес) в дозе 2 таблетки в день достоверно снижает частоту тромбозов геморроидальных узлов по сравнению с плацебо. При возникновении тромбоза его продолжительность и тяжесть в группе больных, получающих Детралекс®, практически в 2 раза меньше, чем в группе плацебо ($p < 0,01$).

M.Misra, R.Parshad (2000 г.) исследовали эффективность Детралекса при лечении ремиттирующих геморроидальных кровотечений. В группе больных, принимавших Детралекс®, к 3-му дню лечения в 80% наблюдений отмечалось полное прекращение выделений и кровотечений. В группе плацебо этот показатель составил 38%.

Хорошо известным является тот факт, что риск развития кровотечений после геморроидэктомии достигает в среднем 2–4%. Назначение Детралекса в послеоперационном периоде в дозе по 6 таблеток первые 4 дня и по 4 таблетки последующие 3 дня снижает риск развития этого осложнения до 1% (Hoetal, 1995).

ФГБУ «ГНЦК» обладает опытом применения Детралекса в качестве базового средства при остром геморрое и в качестве поддерживающего препарата при хирургическом и малоинвазивном лечении геморроя с 1995 г. Применение этого препарата достаточно эффективно способствует уменьшению клинических проявлений геморроя в предоперационном периоде. Помимо этого использование Детралекса целесообразно и в послеоперационном периоде. Его применение после геморроидэктомии уменьшает отек тканей и воспаление, что в свою очередь ведет к уменьшению болевого синдрома и кровоточивости раневой поверхности анального канала. Применение этого препарата также уменьшает сроки эпителизации послеоперационных ран и реабилитации пациентов.

Таким образом, Детралекс® можно рекомендовать не только в качестве монотерапии и комбинированного лечения вместе с топическими препаратами острого геморроя, но и при хроническом течении для предотвращения обострений. К тому же наш опыт согласуется с зарубежными данными об эффективности этого препарата как при лечении острого геморроя, так и до и после геморроидэктомии.

ФГБУ «ГНЦК» также имеет значительный опыт хирургического лечения острого геморроя. В отделении неотложной колопроктологии пациенту сначала проводится комбинированная фармакотерапия, включающая в себя системные препараты (Детралекс®) и топическую терапию Проктоседилом или другими местными комбинированными препаратами. После уменьшения воспалительных явлений по показаниям, не выписывая пациента из стационара, выполняют геморроидэктомию. В отделении неотложной колопроктологии ФГБУ «ГНЦК» ежегодно проводят до 350 подобных операций. При этом комбинированная фармакотерапия является не только основным лечением, но и хорошей предоперационной подготовкой, а ее применение после операции – профилактикой послеоперационных осложнений. Таким образом, выбор метода лечения геморроя в зависимости от выраженности симптоматики, применение комбинированной фармакотерапии в виде системного медикаментозного лечения и местных препаратов позволяют достаточно эффективно купировать острый процесс, уменьшить число обострений геморроя и оказать профилактическое воздействие на развитие повторных обострений.

Отметим, что если консервативное лечение острого геморроя может осуществляться врачами общей практики, то малоинвазивные методы, применяемые при хроническом течении заболевания, должны выполняться только врачом-колопроктологом в амбулаторных условиях или по показаниям в стационарных. Хирургическое вмешательство (геморроидэктомия) также должно производиться в специализированных стационарах.

Профилактика геморроя

Нельзя не упомянуть еще один важный аспект применения лекарственных средств – профилактику развития геморроя и его обострений. Это наименее изученная сторона фармакотерапии. Вопрос о необходимости фармакопрофилактики должен быть рассмотрен у пациентов, входящих в группу риска. Прежде всего это пациенты с запорами, ожирением, малоподвижным образом жизни, беременные женщины и люди, потребляющие излишние дозы алкоголя.

Острый геморрой часто встречается у беременных, когда геморроидэктомия и малоинвазивные методы лечения противопоказаны. В этой ситуации методом выбора является консервативная терапия. В ряде случаев (иногда во время беременности) возникает необходимость назначения флеботропных препаратов. Вопрос о применении флеботропных препаратов при беременности и в послеродовом периоде решается индивидуально. Высокая эффективность и безопасность терапии Детралексом у беременных была подтверждена в исследовании K.Buckshee (1997 г.). При этом не отмечено никакого неблагоприятного воздействия на течение беременности, развитие плода и новорожденного. До настоящего времени не было сообщений о каких-либо побочных эффектах при применении препарата беременными женщинами (ссылка на Инструкцию по медицинскому применению препарата, 2014) В послеродовом периоде можно при остром геморрое применять препараты, разрешенные для лечения острого геморроя (суппозитории Натальсида). Местный препарат Натальсид (натрия альгинат – природный полисахарид, получаемый из бурых морских водорос-



Если спутник — геморрой

ДЕТРАЛЕКС®

Симптоматическая терапия острого геморроя

Терапия симптомов

венозно-лимфатической недостаточности:

- ощущение тяжести в ногах
- «усталость» ног
- боль



Краткая инструкция по применению препарата ДЕТРАЛЕКС®

Состав*. Очищенная микронизированная флавоноидная фракция 500 мг: диосмин 450 мг (90%), флавоноиды в пересчете на гесперидин 50 мг (10%). **Показания к применению***. Терапия симптомов венозно-лимфатической недостаточности: ощущение тяжести в ногах; боль; «усталость» ног. Симптоматическая терапия острого геморроя. **Способ применения и дозы***. Внутрь. Рекомендуемая доза при венозно-лимфатической недостаточности – 2 таблетки в сутки: 1 таблетка в середине дня и 1 таблетка вечером. Рекомендуемая доза при остром геморрое – 6 таблеток в сутки: по 3 таблетки утром и по 3 таблетки вечером в течение 4 дней, затем по 4 таблетки в сутки: по 2 таблетки утром и по 2 таблетки вечером в течение последующих 3 дней. **Противопоказания***. Повышенная чувствительность к активным компонентам или к вспомогательным веществам, входящим в состав препарата. Не рекомендуется прием препарата кормящим женщинам. **Особые указания***. При обострении геморроя назначение препарата ДЕТРАЛЕКС® не заменяет специфического лечения других анальных нарушений. В том случае, если симптомы не исчезают после рекомендуемого курса терапии, следует пройти осмотр у проктолога, который подберет дальнейшую терапию. **Взаимодействие с другими лекарственными средствами***. Не отмечалось. **Беременность и период кормления грудью***. Беременность. Эксперименты на животных не выявили тератогенных эффектов. До настоящего времени не было сообщений о каких-либо побочных эффектах при применении препарата беременными женщинами. **Кормление грудью**. Из-за отсутствия данных относительно выведения препарата в молоко кормящим женщинам не рекомендуется прием препарата. **Влияние на способность управлять автомобилем и выполнять работу, требующие высокой скорости психических и физических реакций***. Не влияет. **Побочное действие***. Часто: диарея, диспепсия, тошнота, рвота. **Нечасто**: колит. **Редко**: головокружение, головная боль, общее недомогание, сыпь, зуд, крапивница. **Неуточненной частоты**: боль в животе. **Передозировка***. **Фармакологические свойства***. ДЕТРАЛЕКС® обладает венозотонизирующими и ангиопротективными свойствами. Препарат уменьшает растяжимость вен и венозную застой, снижает проницаемость капилляров и повышает их резистентность. **Форма выпуска***. Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 500 мг. По 15 таблеток в блистере (ПВХ/Ал). По 2 или 4 блистера с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную. **При расфасовке (упаковке)/производстве на российской предприятии ООО «Сердикс»: по 15 таблеток в блистере (ПВХ/Ал). По 2 или 4 блистера с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную.** *Для получения полной информации, пожалуйста, обратитесь к инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата или получите консультацию специалиста.

Представительство АО «Лаборатории Сервьер» 115054, г. Москва, Павелецкая пл., д. 2, стр. 3.
Тел.: (495) 937-0700, факс: (495) 937-0701
Регистрационный номер: П N011469/01

лей) разрешен к применению у женщин при любом сроке беременности.

В заключение следует отметить, что благодаря имеющимся в нашем распоряжении лекарственным средствам можно существенно улучшить результаты лечения геморроя, уменьшить число обострений, повысить качество жизни, социальную и профессиональную активность пациентов, вернуть их к активному образу жизни. Поэтому наряду с малоинвазивными и хирургическими методами фармакотерапия должна занять достойное место, став одним из основных методов лечения как в начальных, так и в поздних стадиях заболевания.

Литература

1. Воробьев ГИ, Шельгин ЮА, Благодарный ЛА. Геморрой. М.: Митра-пресс, 2002.
2. Основы колопроктологии. Под ред. ГИ Воробьева. М.: МИА, 2006; с. 79–84.
3. Шельгин ЮА, Благодарный ЛА. Справочник по колопроктологии. М.: Литтера; с. 64–89.
4. Fazio FW, Tjandra JJ. The management of perianal diseases. *Adv Surg* 1996; 29: 59–78.
5. Perera N, Liolitsa D, Lipe S et al. Pblebotonics for haemorrhoids. *The Cochrane Collaboration* 2012.

———— * ————