

Vėlyvųjų rezultatų po uždarnosios hemoroidektomijos įvertinimas

Late results of closed haemorrhoidectomy

Tomas Poškus¹, Narimantas Evaldas Samalavičius²

¹ *Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų Centro filialo 3-iasis pilvo chirurgijos skyrius, Žygimantų g. 3, LT-01102 Vilnius*

² *Vilniaus universiteto Onkologijos instituto Chirurgijos klinika, Santariškių g. 1, LT-08660 Vilnius*
El. paštas: toshcus@yahoo.com

¹ *Vilnius University Hospital „Santariškių Clinics“, Central Branch, III Department of Abdominal Surgery, Žygimantų str. 3, LT-01102 Vilnius, Lithuania*

² *Vilnius University, Institute of Oncology, Clinic of Surgery, Santariškių str. 1, LT-08660 Vilnius, Lithuania*
E-mail: toshcus@yahoo.com

Tikslas

Įvertinti vėlyvuosius rezultatus po uždarnosios hemoroidektomijos.

Ligoniai ir metodai

Vėlyvieji rezultatai buvo įvertinti ligoniams, nuo 2002 metų liepos iki 2005 metų balandžio operuotiems nuo hemorojaus Vilniaus universitetinės ligoninės Santariškių klinikų Centro filiale. Duomenys buvo perspektyviai registruojami, skaičiuojant ligonių amžių, lytį, gydymo ligoninėje trukmę, registruojant pooperacines komplikacijas. Ligoniai buvo apklausti anketiniu būdu, o neatsakiusieji į nusiųstą anketą – telefonu. Buvo teiraujamasi apie ligonių jausto skausmo intensyvumą operacijos metu ir po jos, skausmui malšinti vartotus vaistus, žaizdų gijimą po operacijos, išmatų nelaikymo laipsnį, grįžimą į darbą, hemorojaus pasikartojimą ir tolesnį gydymą. Mums buvo svarbiausia ligonio operacijos įvertinimas ir tai, ar ligonis rekomenduotą operaciją savo artimiesiems, jei reikėtų. Duomenis skaičiavome *Microsoft Excel* programa, o statistinius grupių skirtumus – *Epi Info* programa. Grupių duomenys smarkiai skyrėsi, kai p buvo mažiau kaip 0,05.

Rezultatai

Apklausti pavyko 178 ligonius iš 285 (62,5%), praėjus vidutiniškai 39 (27–57) mėnesiams po operacijos. 90 ligonių (50,6%) operaciją vertino labai gerai, 62 ligoniai (34,8%) – gerai, 20 ligonių (11,2%) – patenkinamai ir 6 ligoniai (3,3%) – blogai.

136 ligoniai (76,4%) rekomenduotų tokią pat operaciją savo artimiesiems, 36 (20,2%) – galbūt rekomenduotų ir 6 (3,3%) – nerekomenduotų.

Išvados

66,3% ligonių nereikėjo papildomai gydyti nuo hemorojaus ir tik keturis ligonius (2,3%) teko operuoti pakartotinai. Ligoniai, kuriems atsirado išangės ligos simptomų, dažniausiai skundėsi besikartojančiais perianalinės trombozės simptomais ir kraujavimu. Skausmas po operacijos trimis ketvirtadaliams ligonių buvo vidutinio stiprumo ar stiprus ir 75% ligonių užtruko ne ilgiau kaip dvi savaites. Ketvirtadaliui pacientų procedūra operacinėje buvo nemaloni ir skausminga, todėl prieš sukeldami užpakalinio tarpvietės bloko neįtražę rekomenduojame naudoti intraveninę sedaciją midazolamu ir petidinu, nes tai labai sumažina paciento diskomfortą suleidžiant vaistus. Mūsų tirtos populiacijos 31% pacientų buvo nedidelio laipsnio išmatų laikymo sutrikimų. Po vidinės sfinkterotomijos ir hemoroidektomijos išmatų nelaikymu skundėsi 17% pacientų, tačiau didesnio laipsnio išmatų nelaikymas pasitaiko beveik išimtinai šioje grupėje, ir tai statistiškai reikšminga ($p < 0,01$).

Pagrindiniai žodžiai: hemorojus, išmatų nelaikymas, klausimynas

Objective

To evaluate the distant results of closed haemorrhoidectomy.

Patients and methods

Distant results were evaluated in patients operated on by closed haemorrhoidectomy for haemorrhoidal disease in the Department of Surgery of Vilnius University Hospital "Santariškių Clinics" Central Branch from July 2002 to April 2005. Data on the patients were collected prospectively, taking into account their demographic characteristics, duration of hospital stay, postoperative complications. Patients were sent a questionnaire form, and the non-responders were interviewed over the phone. The data were collected using Microsoft Excel statistical differences were calculated using EpiInfo software. Differences were statistically significant, if the p value was less than 0.05.

Results

Of 285, 178 patients (62.5%) responded to the questionnaire on average 39 months (3 years and 3 months) after the operation (range, 27–57 months). 90 patients (50.6%) rated their operation as very good, 62 patients (34.8%) as good, 20 patients (11.2%) as satisfactory and 6 patients (3.3%) as bad. 136 patients (76.4%) would definitely recommend the same surgery to their relatives if needed; 36 (20.2%) would probably recommend; and 6 (3.3%) would not recommend.

Conclusions

66.3% of patients did not require any treatment for perianal problems, and only 4 patients (2.3%) underwent repeated haemorrhoidectomy. In 75% of patients, pain was severe after the operation and lasted up to two weeks. Induction of posterior perineal block was unpleasant and painful in 25% of patients, and we recommend routine intravenous perioperative sedation. Symptoms of fecal incontinence were experienced by 31% of patients, mostly of minor degree. 17% of patients after internal sphincterotomy and haemorrhoidectomy experienced fecal incontinence, but medium grade incontinence was observed statistically significantly more often in this group as compared with the haemorrhoidectomy group.

Key words: haemorrhoidal disease, incontinence, questionnaire

Įvadas

Uždarąją hemoroidektomiją pirmą kartą aprašė W. A. Fansler 1931 metais [1], tačiau ši operacija dažniau siejama su J. A. Fergusonu vardu [2]. Fanslerio operacijai naudojamas specialus anoskopas, leidžiantis matyti hemorojaus audinį, raukus ir apatinę tiesiosios žarnos dalį *in situ*, jų neištraukiant į išorę, kaip daroma Fergusonu operacijos metu. Todėl teigiama, kad po pirmosios operacijos yra mažiau galimybių atsirasti pasikartojančiam iškritimui [3]. Tyrimo tikslas – įvertinti vėlyvuosius rezultatus po uždarosios hemoroidektomijos.

Ligoniai ir metodai

Vėlyvieji rezultatai buvo įvertinti ligoniams, nuo 2002 metų liepos iki 2005 metų balandžio operuotiems nuo hemorojaus Vilniaus universitetinės ligoninės Santariškių klinikų Centro filiale.

Operacija buvo daroma sukėlus užpakalinio tarpvietės bloko neįautrą, nenaudojant sedacijos ar kitokios papildomos neįautros. Operacijos metu ligonis buvo guldomas ant pilvo, „pusiau sulenktu lenktinio peilio“ padėtyje. Išangės sritis buvo eksponuojama ir fiksuojama pleistro juostomis. Operacijos metu buvo naudojamas Fanslerio proktoskopas. Žirkklėmis buvo iškerpamas hemorojaus audinys nuo išangės odos iki anorektinio žiedo, pjūvio dugne matant vidinį išangės rauką. Išsisine greitai tirpstančio siūlo siūle, pradedant nuo pjūvio viršaus, ties anorektiniu žiedu žaizda buvo užsiuvama aklinais, sustabdant kraujavimą. Nebuvo naudojama elektrokoaguliacija. Taip buvo pašalinami tik pakitę, gydytojo nuomone, hemorojaus mazgai, o nepakitę vidiniai mazgai buvo koaguluojami elektra [4]. Jeigu buvo ir kita išangės patologija, buvo daromos vienlaikės operacijos – šoninė vidinė uždara sfinkterotomija Notaras būdu, išangės ar tiesiosios žarnos apatinio trečdalis polipektomija, fistulotomija.

Ligonų duomenys buvo perspektyviai analizuojami skaičiuojant ligonų amžių, lytį, gydymo ligoninėje trukmę, registruojant pooperacines komplikacijas.

Ligoniai buvo apklausti anketinės apklausos būdu, o neatsakiusieji į nusiųstą anketą – telefonu. Buvo teiraujamasi apie ligonų jaustą skausmo intensyvumą operacijos metu ir po jos, vartotus vaistus nuo skausmo, žaizdų gijimą po operacijos, išmatų nelaiškymo laipsnį, grį-

žimą į darbą, hemorojaus pasikartojimą ir tolesnį gydymą. Mums buvo svarbiausia ligonio operacijos įvertinimas ir tai, ar ligonis rekomenduotų operaciją savo artimiesiems, jei reikėtų.

Duomenis skaičiavome *Microsoft Excel* programa, o statistinius grupių skirtumus – *Epi Info* programa. Grupių duomenys smarkiai skyrėsi, kai p buvo mažiau kaip 0,05.

Rezultatai

Apklausti pavyko 178 ligonius iš 285 (62,5%), vidutiniškai praėjus 39 (27–57) mėnesiams po operacijos. Procedūrą operacinėje atsiminė visi ligoniai. 20 ligonų (11,2%) procedūra buvo labai nemaloni ir skausminga, 30 (16,8%) – nemaloni; 78 (43,8%) – nelabai skausminga; 50 (28,1%) – neskausminga.

Po operacijos neskaudėjo 18 ligonų (9,8%), vos juntamas skausmas buvo 14 (7,6%), nelabai stiprus skausmas – 74 (40,2%), stiprus skausmas – 54 (29,4%), labai stiprus – 24 (13%) ligonų.

Po operacijos skausmas truko ilgiau negu mėnesį 20 (10,9%), keturias savaites – 8,7%, tris savaites – 10 (5,5%), dvi savaites – 44 (23,9%), keletą dienų – 74 (40,2%) ligonų; 20 (10,9%) ligonų nurodė, kad po operacijos neskaudėjo.

Ilgiau nei mėnesį, keturias ir tris savaites skausmą malšinančius vaistus nurodė vartoję po 12 ligonų (po 6,8%), dvi savaites – 34 (19,3%), keletą dienų – 86 (48,8%) ligoniai. 20 ligonų skausmo neįautė, todėl vaistų nevartojo.

Du ligoniai (1,1%) skundėsi, kad jų žaizdos dar nesugiję. Per tris mėnesius sugiję 10 ligonų (5,6%) žaizdos; per du mėnesius – 20 (11,4%); per mėnesį (arba keturias savaites) – 52 (29,5%); per tris savaites – 20 (11,4%); per dvi savaites – 30 (17%); per savaitę – 22 (12,5%). Išangės srityje žaizdų nepastebėjo 22 ligoniai (12,5%).

10 (5,6%) ligonų pastebėjo siūlus išangės srityje, jie trukdė ir juos reikėjo pašalinti; 32 ligoniai (18%) siūlus pastebėjo bet jų šalinti nereikėjo; 28 (15,7%) siūlai išangės srityje netrukdė; 108 ligoniai (60,6%) siūlų išangės srityje nepastebėjo.

56 ligoniai (31,5%) skundėsi sutrikusia išmatų sulaiškymo funkcija. Išangės raukų funkciją vėlyvuojau laikotarpiu įvertinome balais pagal Klivlendo klinikos išmatų nelaiškymo klasifikaciją, kuri pateikiama 1 lentelėje

[5]. Sunkių išmatų nelaikymo komplikacijų šio laikotarpio nebuvo. Didžiausias balas, kuriuo įvertinome du ligonius, buvo 11.

Išmatų nelaikymo laipsnis pagal Klivlendo klinikos išmatų nelaikymo skalę pateikiamas 2 lentelėje.

96 ligoniai (53,9%) nepastebėjo jokių hemorojaus pasikartojimo požymių. 34 ligoniai (19,1%) pastebėjo pasikartojusį kraujavimą, 8 (4,5%) – pasikartojusį iškritimą; 36 (20,2%) pasireiškė perianalinės trombozės simptomai; 24 ligoniams (13,5%) buvo kitų simptomų – niežulys, deginimas, išangės odos raukšlės.

Keturi ligoniai (2,3%) buvo operuoti nuo hemorojaus pakartotinai, 56 (31,5%) buvo gydyti konservatyviai ir 118 ligonių (66,3%) nereikėjo jokio gydymo nuo hemorojaus.

90 ligonių (50,6%) operaciją vertino labai gerai, 62 ligoniai (34,8%) – gerai, 20 ligonių (11,2%) – patenkinamai ir 6 ligoniai (3,3%) – blogai.

136 ligoniai (76,4%) rekomenduotą tokią pat operaciją savo artimiesiems, 36 (20,2%) – galbūt rekomenduotą ir 6 (3,3%) – nerekomenduotą.

Įvertinome šoninės vidinės sfinkterotomijos poveikį išmatų sulaikymo funkcijai. Keturi ligoniai po hemo-

roidektomijos ir sfinkterotomijos skundėsi išmatų nelaikymu (17%) ir jis buvo didelio laipsnio – 8 ir 11 balų, po 2 ligonius; grupėje be sfinkterotomijos išmatų nelaikymas pasitaikė 54 ligoniams (34,8%), $p = 0,11$. Nors absoliutus išmatų nelaikymo dažnis statistiškai reikšmingai nesiskyrė ir sfinkterotomijos grupėje buvo net beveik dvigubai mažesnis, didelio laipsnio išmatų nelaikymas (8 ir daugiau balų) statistiškai reikšmingai dažniau nustatytas sfinkterotomijos grupėje (4 iš 23, palyginti su 4 iš 155) ($p < 0,01$).

Diskusija

Dažniausiai aprašomos operacijos hemorojui gydyti yra atvirosi ir uždaroji hemoroidektomijos. Paskelbta keletas tyrimų, kuriuose lyginama atvirosi ir uždaroji hemoroidektomija [6–10]. Carapeti ir kt. [6] skirtumo tarp operacijų nerado, Ho ir kt. [7] bei Gencosmanolu ir kt. [10] nustatė, kad žaizdos kiek greičiau užgijo atvirosios hemoroidektomijos grupėje, o Arberman ir kt. [8] bei You ir kt. [9] – kad žaizdos greičiau užgijo uždarnosios hemoroidektomijos grupėje. Visuose, išskyrus pastarąjį, tyrimuose skirtumo tarp skausmo, gulėjimo trukmės ar patenkinimo operacija nenustatyta, o You ir kt. [9] pa-

1 lentelė. Klivlendo klinikos išmatų nelaikymo įvertinimo sistema

	Niekada	< 1 kartą per mėnesį	> 1 kartą per mėnesį, < 1 kartą per savaitę	> 1 kartą per savaitę, < 1 kartą per dieną	> 1 kartą per dieną
Kietų išmatų nelaikymas	1	2	3	4	5
Skystų išmatų nelaikymas	1	2	3	4	5
Dujų nelaikymas	1	2	3	4	5
Įklotų dėvėjimas	1	2	3	4	5
Gyvenimo būdo keitimas	1	2	3	4	5
Bendra suma					
Normalus išmatų sulaikymas – 0 balų					
Nedidelis išmatų nelaikymas – 1–8 balai					
Vidutinio laipsnio išmatų nelaikymas – 9–14 balų					
Didelio laipsnio išmatų nelaikymas – 15–20 balų					

2 lentelė. Išmatų nelaikymo laipsnis pagal Klivlendo klinikos išmatų nelaikymo klasifikaciją

Išmatų nelaikymo laipsnis	1	2	3	4	5	6	7	8	11
Ligonų skaičius	16 (8,7%)	2 (1,1%)	8 (4,8%)	8 (4,8%)	4 (2,4%)	6 (3,6%)	4 (2,4%)	6 (3,6%)	2 (1,1%)

stebėjo mažesnę skausmo intensyvumą ir trukmę po uždarosios hemoroidektomijos. Galima teigti, jog esminio skirtumo tarp atvirosios ir uždarosios hemoroidektomijos nėra, o operacijos pasirinkimą lemia chirurgo patirtis. Todėl šių operacijų rezultatai dažniausiai nagrinėjami kartu. Efektyvumo požiūriu operacijų rezultatai yra geri. Tai patvirtina Jayaraman ir kt. [11] atlikta dvylikos tyrimų metaanalizė, lyginusi įprastą (uždarąją ir atvirąją) su mechaninės siūlės hemoroidektomija. Įprastos hemoroidektomijos grupėje tik 4 iš 268 pacientų nustatytas atkrytis.

Mūsų grupėje žaizdos išangės srityje sugijo per mėnesį trims ketvirtadaliams ligonių. Pabrėžtina, kad du ligoniai skundėsi, jog žaizdos nesugijo. Tai gali būti susiformavusios lėtinės išangės įplėšos ar fistulės išraiška. Ligoniai, kuriems po operacijos atsirado išangės ligos simptomų, dažniausiai skundėsi besikartojančiais perianalinės trombozės simptomais ir kraujavimu. Gali būti, kad daliai jų atsirado kitos ligos, pasireiškiančios panašiai, kaip hemorojus. 66,3% ligonių nereikėjo papildomo gydymo nuo hemorojaus ir tik keturis ligonius (2,3%) teko operuoti dar kartą.

Tradicinė (Milligano–Morgano, Ferguson) hemoroidektomija suprantama kaip trijų hemorojaus mazgų pašalinimas. Ribotos, arba tikslinės (angl. *tailored*) hemoroidektomijos samprata nėra labai plačiai aprašyta, bet sprendžiant iš literatūros [4] yra plačiai naudojama. Šios sampratos esmė – pašalinti tik tuos hemorojaus mazgus, kurie sukelia simptomus. Šitokia samprata vadovomės ir mes. Įvertindami vieno, dviejų ar trijų sektorių hemoroidektomijos rezultatus, skirtumų nepastebėjome nei vertindami pooperacinio skausmo intensyvumą, nei jo trukmę, nei išmatų nelaikymo laipsnį, nei pasikartojimo dažnį. Vadinasi, iš tiesų nėra būtinybės šalinti tris hemorojaus mazgus, jei simptomus sukelia vienas ar du.

Tačiau atokūs funkciniai hemoroidektomijos rezultatai nėra puikūs. Johanson ir kt. tyrimo [12] duomenimis, praėjus 6 metams po Milligano–Morgano operacijos iš 418 ligonių 33% skundėsi išmatų nelaikymo simptomais, o 29% manė, kad tiesioginė išmatų nelaikymo priežastis buvo operacija. Išmatų nelaikymo riziką didino moteriškoji lytis ir operacijos indikacija – išangės higienos problemos dėl hemorojaus. Konsten ir kt. [13], apklausę 138 ligonius praėjus vidutiniškai 17 metų po hemoroidektomijos arba išangės raukų pertempimo, nu-

statė, kad hemorojus (prieš operaciją buvęs antro ar trečio laipsnio) recidyvavo 26% ligonių, jį gydyti reikėjo 11% ligonių, o išmatų nelaikymas vargino 20% ligonių. Pagrindinė išmatų nelaikymo priežastis – vidinio išangės rauko pažeidimas, lemiantis ramybės slėgio sumažėjimą ir normalaus slėgio gradiento išangės kanale pasikeitimą; trečdaliui pacientų nustatomas ir išorinio išangės rauko pažeidimas, o dviem trečdaliams moterų – nesusijęs su operacija išangės raukų pažeidimas per buvusius gimdymus [14]. Vadinasi, išangės struktūrų nustatymas ir tausojimas hemoroidektomijos metu yra labai svarbus, tačiau, ko gero, šalinant hipertrofiškas išangės pagalvėles hemoroidektomijos metu sutrikdomas išmatų sulaikymo mechanizmas.

Išmatų nelaikymo procentas (31%) mūsų tirtoje populiacijoje tikrai nemažas, tačiau jis beveik visiems buvo nedidelio laipsnio (iki 8 balų). Labai atsargiai reikėtų vertinti vidinės sfinkterotomijos ir hemoroidektomijos derinį – nors išmatų nelaikymo procentas po šios operacijos ir nedidelis, tačiau didelio laipsnio išmatų nelaikymas aptinkamas beveik išimtinai šioje grupėje, ir tai statistiškai reikšminga ($p < 0,01$).

Kitas labai svarbus tradicinės hemoroidektomijos trūkumas – pooperacinis skausmas [15–17]. Jį bandoma sumažinti įvairiais metodais. Nebuvo pastebėta skirtumų, kai hemoroidektomijai naudotos žirkklės, elektrokoaguliacija [18–20], lazeris [21, 22], ultragarsinis skalpelis [23–26] ar bipolinės koaguliacijos principu veikiantis prietaisas „Ligasure“ [27]. Prieš operaciją paskyrus laktuliozės, skausmas tuštinantis po operacijos gerokai sumažėja [28]. Taip pat nustatyta, kad tvarščiai, o ypač žaizdos tamponavimas labai padidina skausmą [29, 30], todėl šių priemonių hemostazei užtikrinti reikia vengti. Metronidazolio vartojimas po operacijos vietiskai sumažina skausmą [31], tačiau sistemiskai vartojamo metronidazolio poveikis dviejuose tyrimuose vertinamas prieštarinčiai [32, 33]. Buvo manoma, kad skausmą po hemoroidektomijos iš dalies lemia ir vidinio išangės rauko spazmas. Goligher ir kt. [34] lygino skausmą po hemoroidektomijos ligoniams, kuriems operacijos metu buvo ir nebuvo pertempti raukai. Statistiškai reikšmingo grupių skirtumo nepastebėta, bet autoriai teigė, kad daliai ligonių (dažniausiai vyrams, kuriems padidėjęs išangės kanalo slėgis) pertempimas buvo naudingas. Tačiau išmatų nelaikymo simptomai buvo dažnesni ligoniams, kuriems operacijos metu pertempti raukai.

Mathai ir kt. [35] bei Khubchandani IT. [36] įvertino vidinės sfinkterotomijos įtaką skausmui po hemoroidektomijos – jie nepastebėjo skausmo intensyvumo ir trukmės skirtumų tarp grupių, tačiau Mathai tyrime [35] sfinkterotomijos grupėje buvo du ligoniai, kuriems atsirado išmatų nelaikymas. Galizia ir kt. [37] bei Kannellos ir kt. [38] taip pat tyrė sfinkterotomijos įtaką pooperaciniam skausmui ir nustatė, kad ligoniams po hemoroidektomijos skaudėjo mažiau, jeigu buvo padaroma ir vidinė šoninė sfinkterotomija. Autoriai nepastebėjo reikšmingo išmatų nelaikymo padidėjimo sfinkterotomijos grupėje. Tačiau šie tyrimai turi trūkumų – išmatų nelaikymas vertintas tik „taip“ ar „ne“ principu, ir šitaip klausiami dauguma ligonių nepaminės menko retai pasitaikančio dujų nesulaikymo, nurodomo daugumoje specializuotų klausimynų. Be to, išangės įplėšai gydyti naudojama šoninė vidinė sfinkterotomija gali sukelti išmatų nelaikymą nuo 0% iki 47% [39, 40]. Turint galvoje, kad vėlyvuojų laikotarpiu po hemoroidektomijos išmatų nelaikymas gali būti aptinkamas iki 33% ligonių [12], dar didinti šią riziką neprasminga. Išangės raukui po operacijos atpalaiduoti ir skausmui sumažinti efektyvus yra lygiuosius raumenis atpalaiduojantis 2% diltiazemo tepalas [41]. Skausmą sumažina ir nitroglicerino tepalas [42], nors statistinio reikšmingumo autoriai ir nepastebėjo. Gali būti, kad lygiuosius raumenis atpalaiduojantys vaistai veiksmingi tik tuomet, kai išangės kanalo slėgis padidėjęs, – tai parodė Coskun ir kt. tyrimas [43]. Tokių ligonių, autorių duomenimis, yra apie du trečdaliai. Kita medžiaga, efektyviai ir ilgam atpalaiduojanti vidinį išangės rauką, yra botulino toksinas (*Botox*). Jo suleidus į rauką operacijos metu, po operacijos skauda mažiau, negu suleidus placebo [44] arba nuolat vartojant nitroglicerino tepalą [45].

Skausmą po hemoroidektomijos bandyta mažinti ir lygiuosius raumenis atpalaiduojančiu vaistu trimebutinu žvakučių pavidalu [46], ir nors išangės kanalo slėgis jis sumažino 35%, skausmas jį vartojusių asmenų grupėje buvo toks pat kaip placebo grupėje.

Skausmas po operacijos trims ketvirtadaliams ligonių buvo vidutinio stiprumo ar stiprus. Apie tai ligonį reikia įspėti prieš operaciją, o po jos skirti pakankamai analgetikų. Visiems ligoniams prieš operaciją skirdavome vidurius laisvinančių vaistų. Skausmas po operacijos 75% ligonių užtruko ne ilgiau kaip dvi savaites.

Lygindami bendrąją ir vietinę nejautrą, Ho ir kt. [47] nepastebėjo skirtumų tarp abiejų pacientų grupių pagal pasitenkinimo operacija vertinimą. Pabrėžiama, kad dėl ilgai veikiančių anestetikų poveikio pirmąją parą po operacijos ligoniams skauda mažiau, jie mažiau vartoja sisteminių analgetikų [48–50]. Tiesa, anestetikų suleidimas yra nemalonus. Buvo mėginta anestetikų emulsija (EMLA) anestetikų suleidimo skausmui sumažinti [51], tačiau reikšmingo skirtumo tarp grupių, vartojusių EMLA ir jos nevartojusių, nepastebėta. Užpakalinis tarpvietės blokas [50, 52–55] arba gaktinio nervo blokas [55, 56] sukelia mažesnę skausmą negu bendroji ar spinalinė (ar epidurinė) nejautra. Pacientų diskomfortui sumažinti suleidžiant anestetikų ir operuojant siūloma taikyti intraveninę sedaciją [54, 57]. Sukėlus šitokią nejautrą galima daryti tiek tradicines, tiek mechanines siūlės hemoroidektomijos operacijas [57].

Ketvirtadaliui pacientų procedūra operacinėje buvo nemaloni ir skausminga, todėl nuo 2005 metų balandžio visiems pacientams, prieš sukeldami užpakalinio tarpvietės bloko nejautrą, atliekame intraveninę sedaciją midazolamu ir petidinu, o tai smarkiai sumažina paciento reakciją į vaistų suleidimą ir diskomfortą.

Išvados

1. 66,3% ligonių nereikėjo papildomai gydyti nuo hemorojaus ir tik keturis ligonius (2,3%) teko operuoti pakartotinai. Ligoniai, kuriems atsirado išangės ligos simptomų, dažniausiai skundėsi besikartojančiais perianalinės trombozės simptomais ir kraujavimu.
2. Skausmas po operacijos trims ketvirtadaliams ligonių buvo vidutinio stiprumo ar stiprus ir 75% ligonių truko ne ilgiau kaip dvi savaites.
3. Ketvirtadaliui pacientų procedūra operacinėje buvo nemaloni ir skausminga, todėl prieš sukeldami užpakalinio tarpvietės bloko nejautrą rekomenduojame naudoti intraveninę sedaciją midazolamu ir petidinu, o tai smarkiai sumažina paciento diskomfortą suleidžiant vaistus.
4. Mūsų tirtos populiacijos 31% pacientų buvo nedidelio laipsnio išmatų laikymo sutrikimai.
5. Po vidinės sfinkterotomijos ir hemoroidektomijos išmatų nelaikymu skundėsi 17% pacientų, tačiau didesnio laipsnio išmatų nelaikymas aptinkamas be-

veik vien šioje grupėje ir tai statistiškai reikšminga ($p < 0,01$).

6. 90 ligonių (50,6%) operaciją vertino labai gerai, 62 ligoniai (34,8%) – gerai, 20 ligonių (11,2%) –

patenkinamai ir 6 ligoniai (3,3%) – blogai. 136 ligoniai (76,4%) rekomenduotų tokią pat operaciją savo artimiesiems, 36 (20,2%) – galbūt rekomenduotų ir 6 (3,3%) – nerekomenduotų.

LITERATŪRA

- Fansler WA. Hemorrhoidectomy – an anatomic method. *Lancet* 1931; 51: 529–531.
- Ferguson JA, Heaton JR. Closed hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 1959; 2: 176.
- Nivatvongs S. Hemorrhoids. In: eds.: Gordon PH, Nivatvongs S. Principles and Practice of Surgery of the Colon, Rectum and Anus. Third edition. Informa healthcare. New York; London, 2007; p. 153–166.
- Hayssen TK, Luchtefeld MA, Senagore AJ. Limited hemorrhoidectomy: results and long-term follow-up. *Dis Colon Rectum* 1999; 42(7): 909–914.
- Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1999; 36: 77–79.
- Carapeti EA, Kamm MA, McDonald PJ, Chadwick SJ, Phillips RK. Randomized trial of open versus closed day-case hemorrhoidectomy. *BJS* 1999; 86: 612–613.
- Ho YH, Seow-Choen F, Tan M, Leong AF. Randomized controlled trial of open and closed hemorrhoidectomy. *BJS* 1997; 84: 1729–1730.
- Arbman G, Krook H, Haapaniemi S. Closed *vs.* Open hemorrhoidectomy. Is there any difference? *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 31–34.
- You SY, Kim SH, Chung CS, Lee DK. Open *vs.* closed hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 2005; 48:108–113.
- Gencosmanolu R, Sad O, Koc D, Inceolu R. Hemorrhoidectomy: open or closed technique? A prospective, randomized clinical trial. *Dis Colon Rectum* 2002; 45(1): 70–75.
- Jayaraman S, Colquhoun PH, Malthaner RA. Stapled versus conventional surgery for hemorrhoids. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006; (4): CD005393.
- Johanson HO, Graf W, Pahlman L. Long-term results after hemorrhoidectomy. *Eur J Surg* 2002; 168: 485–489.
- Konsten J, Baeten CGMI. Hemorrhoidectomy *vs.* Lord's Method: 17-Year Follow-up of a Prospective, Randomized Trial. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 503–506.
- Lindsey I, Jones OM, Smilgin-Humphreys MM, Cunningham RNC, Mortensen NJ. Patterns of Fecal Incontinence After Anal Surgery. *Dis Colon Rectum* 2004; 47(10): 1643–1649.
- Shanmugam V, Thaha MA, Rabindranath KS, Campbell KL, Steele RJC, Loudon MA. Systematic review of randomized trials comparing rubber band ligation with excisional haemorrhoidectomy. *B J Surg* 2005; 92: 1481–1487.
- Cataldo P, Ellis CN, Gregorcyk S, Hyman N, Buie D, Church J, Cohen J, Fleshner P et al. Practice Parameters for the Management of Hemorrhoids (Revised). *Dis Colon Rectum* 2005; 48: 189–194.
- Peng BC, Jayne DG, Ho YH. Randomized trial of rubber band ligation *vs.* stapled hemorrhoidectomy for prolapsed piles. *Dis Colon Rectum* 2003; 46(3): 291–297.
- Andrews BT, Layer GT, Jackson BT, Nicholls RJ. Randomized trial comparing diathermy hemorrhoidectomy with the scissor dissection Milligan \pm Morgan operation. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 580–583.
- Seow-Choen F, Ho YH, Ang HG, Goh HS. Prospective, randomized trial comparing pain and clinical function after conventional scissors excision / ligation *vs.* diathermy excision without ligation for symptomatic prolapsed hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1992; 35: 1165–1169.
- Ibrahim S, Tsang C, Lee YL, Eu KW, Seow-Choen F. Prospective, randomized trial comparing pain and complications between diathermy and scissors for closed hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 1418–1420.
- Chia YW, Darzi A, Speakman CT, Hill AD, Jameson JS, Henry MM. CO2 laser hemorrhoidectomy – does it alter anorectal function or decrease pain compared to conventional hemorrhoidectomy? *Int J Colorectal Dis* 1995; 10: 22–24.
- Senagore A, Mazier WP, Luchtefeld MA, MacKeigan JM, Wengert T. Treatment of advanced hemorrhoidal disease: a prospective, randomized comparison of cold scalpel *vs.* contact Nd:YAG laser. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 1042–1049.
- Chung CC, Ha JP, Tai YP, Tsang WW, Li MK. Double blind, randomized trial comparing harmonic scalpel hemorrhoidectomy, bipolar scissors hemorrhoidectomy, and scissors excision: ligation technique. *Dis Colon Rectum* 2002; 45: 789–794.
- Armstrong DN, Frankum C, Schertzer ME, Ambroze WL, Orangio GR. Harmonic scalpel hemorrhoidectomy: five hundred consecutive cases. *Dis Colon Rectum* 2002; 45: 354–359.
- Khan S, Pawlak SE, Eggenberger JC, et al. Surgical treat-

ment of hemorrhoids: prospective, randomized trial comparing closed excisional hemorrhoidectomy and the harmonic scalpel technique of excisional hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 2001; 44: 845–849.

26. Tan JJ, Seow-Choen F. Prospective, randomized trial comparing diathermy and harmonic scalpel hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 2001; 44: 677–679.

27. Thorbeck CV, Montes MF. Haemorrhoidectomy: randomised controlled clinical trial of ligasure compared with Milligan-Morgan operation. *Eur J Surg* 2002; 168: 482–484.

28. London NJ, Bramley PD, Windle R. Effect of four days of preoperative lactulose on posthaemorrhoidectomy pain: results of placebo controlled trial. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1987; 295: 363–364.

29. Myles LM, Aitken RJ, Griffiths JM. Simple non-adherent dressing versus gelatin foam sponge plug after haemorrhoidectomy: a prospective randomized trial. *BJS* 1994; 81: 1385.

30. Ingram M, Wright TA, Ingoldby CJ. A prospective randomized study of calcium alginate (Sorbsan) versus standard gauze packing following haemorrhoidectomy. *J R Coll Surg Edinb* 1998; 43: 308–309.

31. Nicholson TJ, Armstrong D. Topical metronidazole (10 percent) decreases posthemorrhoidectomy pain and improves healing. *Dis Colon Rectum* 2004; 47(5): 711–716.

32. Carapeti EA, Kamm MA, McDonald PJ, Phillips RK. Double-blind randomised controlled trial of effect of metronidazole on pain after day-case haemorrhoidectomy. *Lancet* 1998; 351: 169–172.

33. Balfour L, Stojkovic SG, Botterill ID, Burke DA, Finan PJ, Sagar PM. A randomized, double-blind trial of the effect of metronidazole on pain after closed hemorrhoidectomy. *Diseases of the Colon & Rectum* 2002; 45(9): 1186–1190.

34. Goligher JC, Graham NG, Clark CG, De Dombal FT, Giles G. The value of stretching the anal sphincters in the relief of post-haemorrhoidectomy pain. *BJS* 1969; 56: 859–861.

35. Mathai V, Ong BC, Ho YH. Randomized controlled trial of lateral internal sphincterotomy with haemorrhoidectomy. *BJS* 1996; 83: 380–382.

36. Khubchandani IT. Internal sphincterotomy with hemorrhoidectomy does not relieve pain: a prospective, randomized study. *Dis Colon Rectum* 2002; 45: 1452–1457.

37. Galizia G, Lieto E, Castellano P, Pelosio L, Imperatore V, Pignatelli C. Haemorrhoidectomy for Treatment of Haemorrhoids: a Randomised Prospective Study. *Eur J Surg* 2000; 166: 223–228.

38. Kanellos I, Zacharakis E, Christoforidis E, Angelopoulos S, Kanellos D, Pramateftakis MG, Betsis D. Usefulness of Lateral Internal Sphincterotomy in Reducing Postoperative Pain after Open Hemorrhoidectomy. *World Journal of Surgery* 2005; DOI10.1007/s00268-004-7432-2.

39. Abcarian H. Surgical correction of chronic anal fissure:

results of lateral internal sphincterotomy *vs.* fissurectomy-midline sphincterotomy. *Dis Colon Rectum* 1980; 23: 31–36.

40. Hardy KJ, Cuthbertson AM. Lateral sphincterotomy: an appraisal with special reference to sequelae. *Aust N Z J Surg* 1969; 39: 91–93.

41. Silverman R, Bendick PJ, Wasvary HJ. A randomized, prospective, double-blind, placebo-controlled trial of the effect of a calcium channel blocker ointment on pain after hemorrhoidectomy. *Diseases of the Colon & Rectum* 2005; 48(10): 1913–1916.

42. Wasvary HJ, Hain J, Mosed-Vogel M, Bendick P, Barkel DC, Klein SN. Randomized, prospective, double-blind, placebo-controlled trial of effect of nitroglycerin ointment on pain after hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 2001; 44(8): 1069–1073.

43. Coskun A, Duzgun SA, Uzunkoy A, Bozer M, Aslan O, Canbeyli B. Nitroderm TTS band application for pain after hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 2001; 44(5): 680–685.

44. Davies J, Duffy D, Boyt N, Aghahoseini A, Alexander D, Leveson S. Botulinum toxin (botox) reduces pain after hemorrhoidectomy: results of a double-blind, randomized study. *Dis Colon Rectum* 2003; 46(8): 1097–1102.

45. Patti R, Almasio PL, Arcara M, Sammartano S, Romano P, Fede C, Di Vita G. Botulinum toxin vs. topical glyceryl trinitrate ointment for pain control in patients undergoing hemorrhoidectomy: a randomized trial. *Dis Colon Rectum* 2006; 49(11): 1741–1748.

46. Ho YH, Seow-Choen F, Low JY, Tan M, Leong AP. Randomized controlled trial of trimebutine (anal sphincter relaxant) for pain after haemorrhoidectomy. *BJS* 1997; 84: 377–379.

47. Ho KS, Eu KW, Heah SM, Seow-Choen F, Chan YW. Randomized clinical trial of haemorrhoidectomy under a mixture of local anaesthesia versus general anaesthesia. *BJS* 2000; 87: 410–413.

48. Brunat G, Pouzeratte Y, Mann C, Didelot JM, Rochon JC, Eledjam JJ. Posterior perineal block with ropivacaine 0.75% for pain control during and after hemorrhoidectomy. *Regional Anesthesia & Pain Medicine* 2003; 28(3): 228–232.

49. Vinson-Bonnet B, Coltat JC, Fingerhut A, Bonnet F. Local infiltration with ropivacaine improves immediate postoperative pain control after hemorrhoidal surgery. *Dis Colon Rectum* 2002; 45(1): 104–108.

50. Jirasiritham S, Tantivitayatan K, Jirasiritham S. Perianal blockage with 0.5% bupivacaine for postoperative pain relief in hemorrhoidectomy. *J Medical Assoc Thai* 2004; 87(6): 660–664.

51. Roxas MF, Talip BN, Crisostomo AC. Double-blind, randomized, placebo-controlled trial to determine the efficacy of eutectic lidocaine/prilocaine (EMLA) cream for decreasing pain during local anaesthetic infiltration for out-patient haemorrhoidectomy. *Asian J Surg* 2003; 26(1): 26–30.

52. Delikoukos S, Zacharoulis D, Hatzitheofilou C. Local posterior perianal block for proctologic surgery. *International Surgery* 2006; 91(6): 348–351.
53. Lohsiriwat D, Lohsiriwat V. Outpatient hemorrhoidectomy under perianal anesthetics infiltration. *J Med Assoc Thai* 2005; 88(12): 1821–1824.
54. Read TE, Henry SE, Hovis RM, Fleshman JW, Birnbaum EH, Caushaj PF, Kodner IJ. Prospective evaluation of anesthetic technique for anorectal surgery. *Dis Colon Rectum* 2002; 45(11): 1553–1558.
55. Kim J, Lee DS, Jang SM, Shim MC, Jee DL. The effect of pudendal block on voiding after hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 2005; 48(3): 518–523.
56. Naja Z, El-Rajab M, Al-Tannir M, Ziade F, Zbibo R, Oweidat M, Lonnqvist PA. Nerve stimulator guided pudendal nerve block versus general anesthesia for hemorrhoidectomy. *Canadian Journal of Anaesthesia* 2006; 53(6): 579–585.
57. Esser S, Khubchandani I, Rakhmanine M. Stapled hemorrhoidectomy with local anesthesia can be performed safely and cost-efficiently. *Dis Colon Rectum* 2004; 47(7): 1164–1169.

Gauta: 2008-02-15

Priimta spaudai: 2008-03-15