

Milligan–Morgan hemoroidektomijos: Vilniaus universiteto ligoninės „Santariškių klinikos“ Centro filialo patirtis

Milligan–Morgan hemorrhoidectomies: experience of the Center Branch of
Vilnius University „Santariškių klinikos“ Hospital

Žymantas Jagelavičius, Narimantas Evaldas Samalavičius, Tomas Poškus,
Liudvikas Kervys, Romanas Kęstutis Drąsutis

*Koloproktologijos poskyris, Pilvo chirurgijos III skyrius, Vilniaus universiteto ligoninės „Santariškių klinikos“
Centro filialas, Žygimantų g. 3, LT-01102 Vilnius
El. paštas: narimantsam@takas.lt*

Tikslas

Retrospektyviai išnagrinėti Milligan–Morgan hemoroidektomijų patirtį, įvertinti vėlyvuosius rezultatus.

Ligoniai ir metodai

Išnagrinėtos 270 ligonių, 1985–1999 m. VUL „Santariškių klinikos“ Centro filiale operuotų nuo hemorojaus, ligos istorijos. Iš jų 252 operuoti Milligan–Morgan metodu. Registruotas ligonių amžius, lytis, ligos trukmė iki operacijos, hospitalizavimo trukmė, hemorojaus laipsnis. Antro laipsnio hemorojumi sirgo 20 (7,9%), trečio – 185 (73,4%), ketvirto – 47 (18,7%) ligoniai. Bendrinė nejautra taikyta 144 (57,1%), spinalinė – 64 (25,4%), vietinė – 44 (17,5%) ligoniams. Siekiant įvertinti vėlyvuosius rezultatus, nuo 2001 m. spalio iki 2002 m. spalio visi ligoniai buvo apklausti paštu ar telefonu pagal iš anksto paruoštą klausimyną. Į klausimus atsakė 150 (59,5%) ligonių.

Rezultatai

Iš 252 ligonių pooperacinė eiga komplikavosi 16 (6,3%) ligonių: devyniems (3,6%) – šlapinimosi sutrikimu, septyniems (2,8%) – kraujavimu; trys ligoniai operuoti dar kartą. Išangės sritis sugijo per 2–16, vidutiniškai per 4,6 savaites. Iš 150 apklaustųjų pakartotinai nuo recidyvo operuoti trys (2,0%) ligoniai. Jie operacinį gydymą įvertino: labai gerai – 69 (46,0%), gerai 68 – (45,3%), patenkinamai – 12 (8,0%), blogai – vienas (0,7%) ligonis. Sutrikusia išangės raukų funkcija skundėsi 25 (16,7%) ligoniai, ją vertinome pagal Klivlendo išmatų nelaikymo klasifikaciją: 1 balas – vienas (0,7%) ligonis, 2 balai – trys (2%), 3 balai – šeši (4%), 4 balai – šeši (4%), 5 balai – nebuvo, 6 balai – trys (2,0%), 7 balai – nebuvo, 8 balai – du (1,3%), 9 balai – nebuvo, 10 balų – vienas (0,7%).

Išvados

Hemoroidektomija Milligan–Morgan būdu yra saugi ir veiksminga. Dauguma ligonių chirurginiu gydymu buvo patenkinami. Tačiau nereikia pamiršti, kad ir nedidelei daliai ligonių gali sutrikti išangės raukų funkcija.

Reikšminiai žodžiai: hemorojus, Milligan–Morgan hemoroidektomija, rezultatai, išmatų nelaikymas

Objective

Retrospective analysis of the experience and long-term results after Milligan–Morgan hemorrhoidectomy.

Patients and methods

During the period 1985–1999, 270 patients underwent hemorrhoidectomy in our hospital, of them 252 by using the Milligan–Morgan technique. We registered the age and sex of patients, time of illness and of hospitalization, degree of hemorrhoids: 20 (7.9%) had II°, 185 (73.4%) – III°, 47 (18.7%) – IV°. General anesthesia was used in 144 (57.1%), regional (spinal or epidural) in 64 (25.4%), local in 44 (17.5%) patients. To evaluate long-term results, all patients were interviewed by telephone or mail under a special questionnaire; 150 (59.5%) patients replied.

Results

Of 252 patients, 16 (6.3%) developed postoperative complications: nine (3.6%) troubles of urination, six (2.4%) bleeding, one (0.4%) early recurrence; three patients were reoperated on. The anal region healed over 2–16 (average 4.6) weeks. Three patients (2.0%) of the 150 interviewed were operated on repeatedly because of recurrence. They evaluated our surgical treatment: very good 69 (46.0%), good 68 (45.3%), satisfactory 12 (8.0%), bad one (0.7%) patient. Faecal incontinence was mentioned by 25 (16.7%) patients. We ranked it using Cleveland's faecal incontinence classification: 1 point – one (0.7%) patient, 2b. – three (2%), 3b. – six (4%), 4b. – six (4%), 5b. – zero, 6b. – three (2.0%), 7b. – zero, 8b. – two (1.3%), 9b. – zero, 10b. – one (0.7%) patient.

Conclusions

Milligan–Morgan hemorrhoidectomy in our experience is a rather safe and effective method of treatment of hemorrhoids. The majority of the patients were satisfied with our treatment. However, we should have in mind that for a small part of patients mild faecal incontinence is possible.

Key words: hemorrhoids, Milligan–Morgan hemorrhoidectomy, results, incontinence

Įvadas

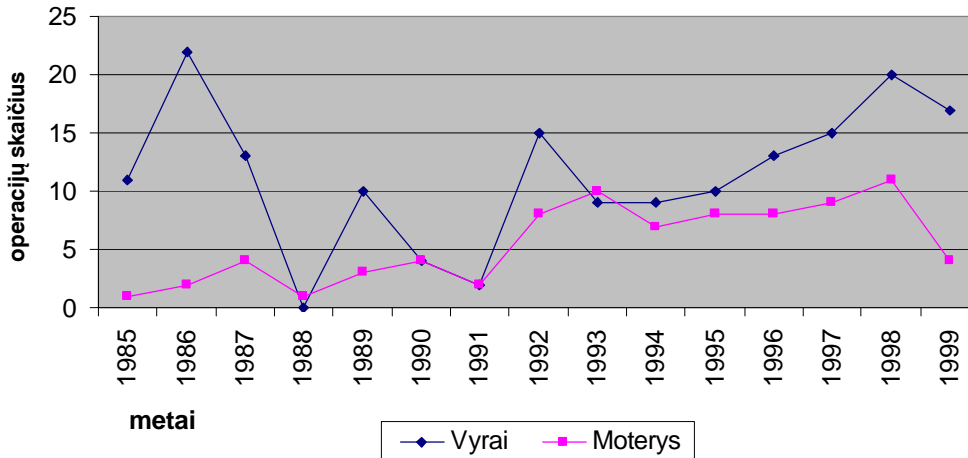
Hemorojus yra išangės kanalo kraujagyslinių audinių (išangės pagalvėlių) pilnumas, didėjimas ir slinkimas žemyn, besibaigiantis iškritimu, kraujavimu ar uždegimu. Ši liga yra aprašyta jau Hipokrato, o ja sirgo tokie garsūs žmonės kaip Napoleonas Bonapartas, Don Žuanas, Kazanova, Kopernikas ir kt.

Hemorojus yra dažniausiai pasitaikanti tiesiosios žarnos liga. Proktologijos stacionaruose hemorojumi sergantys sudaro apie trečdalį visų ligonių. Faccini savo apžvalgoje rašo, jog hemorojumi dažniau serga 45–65 metų amžiaus baltosios rasės aukštesnės socialinės klasės vyrai, o iš afroamerikiečių – dažniau žemesnio socialinio sluoksnio. Ši liga epidemiologiškai skiriasi nuo konstipacijų [1]. J. Goligher teigia, jog 50% vyresnių kaip 50 metų žmonių turi vienokio ar kitokio laipsnio hemorojų [2]. J. F. Johanson ir A. Sonnenberg 1990 m. konstatavo, jog JAV apie 4,4% gyventojų skundėsi hemorojaus simptomais, o trečdalis iš jų kreipėsi į gydytoją [3].

Etiologija nėra visiškai aiški iki šiol. Yra žinomi veiksniai, skatinantys atsirasti hemorojų, tačiau nebūtini jo palydovai. Tai paveldimumas, stovima kūno padėtis, veninių vožtuvų nepakankamumas, pablogėjęs veninis nuotėkis padidėjus intraabdominaliniam spaudimui, nėštumas, hormoniniai pokyčiai, jungiamojo audinio silpnumas dėl senėjimo, ligų, mitybos. Hemorojiniams mazgams (išangės kanalo pagalvėlėms) yra būdinga tipinė anatomicinė lokalizacija: kairėje šoninėje, dešinėje užpakalinėje šoninėje bei priekinėje šoninėje padėtyse (atitinkamai ties 3, 7 ir 11 valandomis ligoniui gulint litotominėje padėtyje). Be to, gali būti randama papildomų (satelitinių) kitos lokalizacijos mazgų.

Pagal mazgų iškritimo laipsnį hemorojus skirstomas į keturis laipsnius, o tai svarbu pasirenkant gydymo metodą.

Gydant hemorojų gali būti taikomos konservatyvios priemonės (dietos korekcija, įvairios vazodilatorių medžiagos ar lokaliai vartojami vaistai), minimaliai invazyvios priemonės (guminių žiedų ligatūros [4],



1 pav. Milligan–Morgan operacijų dinamika 1985–1999 metais

injekcinė skleroterapija [5], infraraudonoji fotokoaguliacija [6], bipolinė koaguliacija, tiesioginė srovės terapija, lazerinė fotokoaguliacija ir kt.), įvairūs chirurginiai metodai. Iš chirurginių metodų galima paminėti atvirąją hemoroidektomiją [7], Parkso pogleivinę hemoroidektomiją [8], uždarąją hemoroidektomiją [9], cirkuliarinę hemoroidektomiją [10], mechaninės siūlės metodą [11] ar viršutinės tiesiosios žarnos arterijos šakų perrišimą kontroliuojant dopleriu [12].

Darbo tikslas – retrospektyviai išnagrinėti Milligan–Morgan hemoroidektomijų patirtį, įvertinti vėlyvuosius rezultatus.

Ligoniai ir metodai

Per penkiolika metų iš viso mūsų skyriuje buvo atlikta 270 hemoroidektomijų, iš kurių 252 (93,3%) padarytos Milligan–Morgan metodu. Tai sudaro vidutiniškai po 16,8 operacijos per metus. Operacijų dinamika per 15 metų pavaizduota 1 paveiksle.

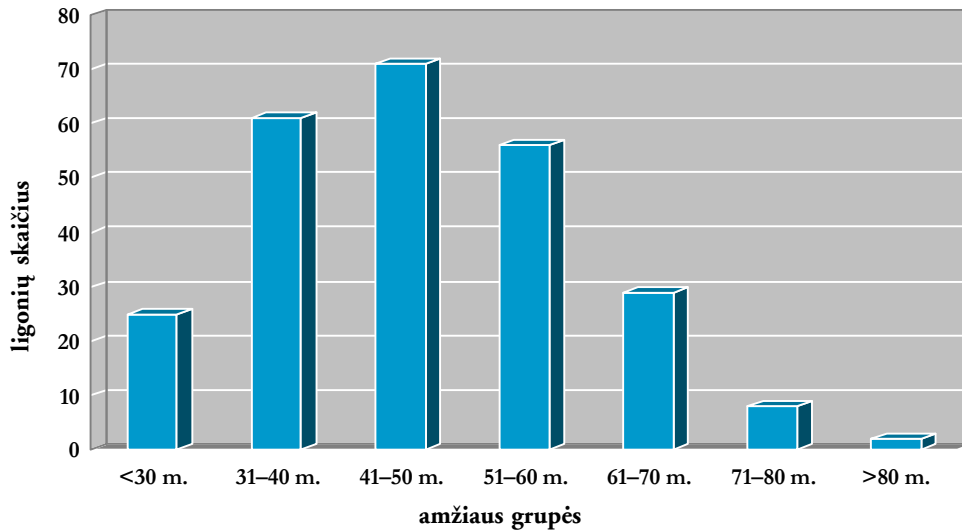
Retrospektyviai buvo išnagrinėtos šių ligonių ligos istorijos: registruota ligonių lytis, amžius, ligos anamnezės ypatumai, bendra ir pooperacinė hospitalizavimo trukmė, hemorojaus laipsnis, operacijos metu taikytos nejaunos rūšis, ankstyvosios pooperacinės komplikacijos ir jų korekcija.

Siekiant įvertinti vėlyvuosius rezultatus, per vienerius metus visi ligoniai buvo apklausiami paštu ar telefonu pagal iš anksto parengtą specialų klausimyną.

Į klausimus atsakė 150 (59,5%) ligonių. Kita dalis dėl mirties, gyvenamosios vietos, telefono pasikeitimų ar dėl kitų priežasčių apklausoje nedalyvavo.

Retrospektyviai nagrinėjant duomenis nustatyta, jog hemorojumi dažniau serga vyrai. Mūsų duomenimis, vyrai sudarė 67,5% visų ligonių, moterys – tik 32,5%. Ligonų amžius buvo labai įvairus ir svyravo nuo 22 iki 92 metų, vidutiniškai – 46,8 metų. Amžiaus grupių (kas 10 metų) pasiskirstymas pavaizduotas 2 paveiksle.

Kaip matome, daugiausia buvo 31–60 metų ligonių. Iš anamnezės sužinota, kad iki operacijos vidutiniškai devynerius metus ligoniai jautė vienokius ar kitokius hemorojaus simptomus, o ilgiausiai liga truko 48 metus. Iš visų operuotų ligonių nebuvo nė vieno sirgusio pirmo laipsnio hemorojumi. Antro laipsnio hemorojų turėjo 20 (7,9%) ligonių, trečio laipsnio – 185 (73,4%) ligoniai, o ketvirto laipsnio – 47 (18,7%) ligoniai. 54 (21,4%) ligonių buvo diagnozuotas uždegiminis (trombozinis) hemorojus. Daugiau nei pusė ligonių, t. y. 144 (57,1%) ligoniai, buvo operuoti bendrinės (endotrachėjinės ir/ar intraveninės) nejaunos sąlygomis. Ketvirtadalis, t. y. 64 (25,4%) ligoniai, operuoti taikant spinalinę nejauną ir tik 44 (17,5%) ligoniai – sukėlus vietinę nejauną. Žvelgiant į šių dienų chirurginius gydymo metodus, ypač į naudojamus mūsų skyriuje, galima pasakyti, jog dauguma ligonių nuo hemorojaus operuojami taikant vietinę nejauną (atliekant analinį bloką). Taip išvengiama



2 pav. Ligonų pasiskirstymas pagal amžių

papildomų išlaidų anesteziologams, galimų bendrinės ar spinalinės anestezijos komplikacijų, greitesnis ligonių sveikimas, po operacijos nereikia papildomos priežiūros.

Rezultatai

Ankstyvuojų pooperaciniu laikotarpiu (mes juo laikėme laiką, praleistą stacionare po operacijos) komplikacijų patyrė 16 (6,4%) ligonių. Devyniems (3,6%) iš jų sutriko šlapinimosi funkcija; ilgainiui visiems ligoniams ji atsitaikė. Septyniems (2,8%) operacija komplikavosi kraujavimu, dėl to trys ligoniai buvo operuoti pakartotinai, atliekant papildomą persiuvimą, uždedant papildomą ligatūrą ar padarant papildomą eksciziją. Kitiems keturiems ligoniams kraujavimas buvo negausus ir sustabdytas gydant konservatyviai. Bendra ligonių hospitalizavimo trukmė svyravo nuo vienos iki 49 parų, vidutiniškai 12 parų, o pooperacinė hospitalizavimo trukmė – nuo vienos iki 25 parų, vidutiniškai 7 paros. Tokia kartais labai ilga trukmė gali būti siejama su tuo, kad dalis ligonių dėl gretutinių ligų buvo gydomi keliuose skyriuose prieš, o kartais ir po gydymo nuo hemorojaus chirurgijos skyriuje. Taigi šie skaičiai ne visai tiksliai parodo hemorojaus gydymo Milligan–Morgan metodu trukmę stacionare.

Kaip jau buvo minėta, vėlyvuojų laikotarpiu visi ligoniai paštu ar telefonu buvo apklausiami pagal iš

anksto sudarytą klausimyną. Mums pavyko apklausti 150 (59,5%) operuotų ligonių. Anketoje buvo klausama ligonių nuomonės apie taikytą gydymo metodą, ar jie patenkinti gydymu. Papildomai teirautasi anamnezės duomenų: ar vargindavo vidurių užkietėjimas, ar bandė gydytis konservatyviai, ar nebuvo operuota išangės sritis anksčiau. Taip pat klausėme, kokie simptomai vargino iki operacijos, ar jie išnyko po mūsų gydymo, per kiek laiko pasveiko po operacijos. Buvo klausama ir apie išmatų nelaikymą, nemalonią ligoniui operacijos komplikaciją, retsykliais pasitaikančią operuojant išangę. Teiravomės ir apie gyvenimo kokybę po operacijos, kaip tuštinas, kaip dažnai, ar papildomai vartoja kokių nors konservatyvių priemonių, ar nebuvo dar kartą operuotas nuo hemorojaus, ar neteko keisti gyvenimo būdo dėl dujų ar išmatų nelaikymo komplikacijos.

Išanalizavus atsakiusiųjų duomenis galima teigti, jog gydymu buvo patenkinti dauguma ligonių, t. y. 146 (97,3%), o gydymą įvertino gerai ar labai gerai 137 (91,3%) apklaustųjų. Tik keturi (2,7%) ligoniai mūsų gydymu liko nepatenkinti, 12 (8%) ligonių gydymą įvertino patenkinamai ir vienas (0,7%) – blogai. Iš anamnezės papildomai sužinojome, kad 90 (60%) apklaustųjų iki operacijos vargino vidurių užkietėjimas. Tai yra vienas iš veiksnių, galinčių turėti įtakos hemorojaus raidai. Iki mūsų operacijos 102 (68%) ligoniai per sirgimo laikotarpį išbandė įvairiau-

Lentelė. Išangės raukų funkcijos įvertinimas balais pagal Klivlendo išmatų nelaikymo klasifikaciją

Balai	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11–20
Ligonių skaičius (%)	2 (1,3)	4 (2,7)	6 (4,0)	7 (4,7)	0 (0,0)	3 (2,0)	0 (0,0)	2 (1,3)	0 (0,0)	1 (0,7)	0 (0,0)

sių konservatyvių priemonių. Tai įvairios žvakutės, vidurius laisvinančios arbatos ar medikamentai, vazodaktinės medžiagos, šiltos vonelės, įvairios liaudiškos priemonės. Daugumai ligonių ligos pradžioje konservatyvus gydymas simptomus bent jau sušvelnindavo. Tačiau ligos progresavimo visiškai nesustabdydavo ir ilgainiui tekdavo imtis aktyvesnių chirurginių gydymo veiksmų. Taip pat sužinota, jog 14 (9,3%) ligonių išangės sritis buvo operuota ir anksčiau (nuo paraproktito, polipų, hemorojaus). Klausiant apie simptomus, buvusius iki operacijos, paaiškėjo, jog pagrindinis simptomas (kurį nurodė buvus net 134 (89,3%) apklaustų ligonių) buvo kraujavimas. Kiek mažiau, t. y. 119 (79,3%), ligonių kaip vieną iš simptomų nurodė skausmą ir (arba) nemalonų, sunkiai nusakomą pojūtį išangės srityje. 103 (68,7%) ligoniai paminėjo hemorojinių mazgų iškritimus, o 89 (59,3%) ligoniai skundėsi buvusiais hemorojaus ūminio uždegimo požymiais. Po mūsų gydymo 135 (90%) ligoniams buvę simptomai visiškai išnyko. Tačiau 15 (10%) ligonių dalis simptomų liko: nemalonūs, sunkiai nupasakojami jutimai išangės srityje, niežulys. Operuota vieta vidutiniškai sugijo (arba ligoniai visiškai pasveiko) per 4,5 savaites. Tačiau vėlyvuju laikotarpiu 25 (16,7%) ligoniai skundėsi sutrikusia išangės raukų funkcija. Reikėtų paminėti, kad mes nevertinome išmatų laikymo funkcijos prieš operaciją, dėl to negalime būti tikri, jog būtent mūsų gydymas galėjo pabloginti šią funkciją.

Išangės raukų funkciją vėlyvuju laikotarpiu įvertinome balais pagal Klivlendo išmatų nelaikymo klasifikaciją, kurioje 0 balų reiškia absoliučiai normalią išangės raukų funkciją, o 20 balų – visišką išmatų nelaikymą. Mūsų duomenimis, sunkių išmatų nelaikymo komplikacijų vėlyvuju laikotarpiu nebuvo. Maksimalus balas, kuriuo įvertinome vieną ligonį, buvo 10 (žr. lentelę).

Tačiau nepaisant to, jog sunkių išmatų nelaikymo komplikacijų pavyko išvengti, du (1,3%) ligoniai dėl šios komplikacijos buvo priversti keisti gyvenimo bū-

dą. Abu turėjo keisti mitybos įpročius ir atsisakyti sunkaus fizinio darbo.

Diskusija

Hemorojaus operacijos, kaip ir visos kitos operacijos, turi tam tikrą komplikacijų riziką. Ankstyvuju pooperaciniu laikotarpiu pagrindinės problemos yra skausmas, šlapimo susilaikymas ir kraujavimas. Kai kurie autoriai mini ir kitas galimas komplikacijas: išangės įplėšas, fistules, abscesus, stenozę, blogą žaizdų gijimą [13–15]. Mes skausmo, kaip atskiros problemos, nenagrinėjome manydami, jog po Milligan–Morgan hemoroidektomijos jis neišvengiamas ir tiesiog svarbu ligoniui kurį laiką skirti analgetikų. Tačiau po mūsų operacijų pasitaikė ir šlapimo susilaikymas (3,6% ligonių), ir kraujavimas (2,8%). Šios komplikacijos aprašomos daugelio autorių darbose. Kraujavimas būna nuo 1,2% iki 13,3%, šlapimo susilaikymas – iki 23% operuotų ligonių [15–22]. Dažniausiai kraujavimas sustabdomas konservatyviai. Kalbant apie šlapimo susilaikymą, reikėtų nepamiršti ir galimos anestezijos įtakos. Vis dėlto nemaža mūsų ligonių buvo operuoti bendrinės ar spinalinės nejautos sąlygomis ir šitai galėjo turėti įtakos šlapimo susilaikymui. Taikant vietinę nejautrą, šlapimo susilaikymo rizika yra mažesnė [16, 19].

Kita svarbi problema, išryškėjanti kaip komplikacija vėlyvuju pooperaciniu laikotarpiu, yra išmatų nelaikymas. Mes ją vertinome remdamiesi Klivlendo išmatų nelaikymo skale [23]. Įvairūs autoriai išmatų nelaikymą vertina įvairiai, o dažnai tiesiog išvis neakcentuoja. Mažesnio ar didesnio laipsnio sutrikimas būdingas 0,8–25% ligonių [15, 24, 20]. O štai H. O. Johansson, ištyręs 507 ligonių, teigia, kad 33% ligonių buvo išmatų nelaikymas, iš jų 9,6% – tiesiogiai susijęs su hemoroidektomija [25]. Iš mūsų apklaustų ligonių 16,7% skundėsi nedidelio laipsnio (iki 10 balų pagal Klivlendo klasifikaciją) išmatų nelaikymu. Tačiau mes nežinome apie galbūt buvusį nelaikymą jau

iki mūsų operacijos, dėl to sunku vertinti, kokių mastu išangės raukų funkciją galėjo paveikti mūsų operacija. Operacijos metu tiesiogiai išangės raukai nėra operatoriaus objektas, bet išangės raukų funkcija daliai pacientų sutrinka. Jeigu prieš pradedant operaciją išangės raukai išplečiami, pooperacinio išmatų nelaikymo rizika, ypač vėlyvuju laikotarpiu, yra ženkliai [26]. W. F. Van Tets ir kt. [27], atlikdami išangės raukų manometriją prieš ir po operacijos, nustatė, jog analinio Parkso retraktoriaus naudojimas operuojant pats savaime pablogino išangės raukų funkciją. Manometrijos duomenų pakitimą po hemoroidektomijos patvirtina ir kitų autorių darbai [28].

Įvairių studijų duomenimis, vėlyvuju laikotarpiu Milligan–Morgan hemoroidektomijos rezultatus gerai ir labai gerai vertina 77,5–86% ligonių [17, 20, 25], gydymu yra patenkinti apie 80% ligonių [21, 22]. Mūsų duomenimis, šie skaičiai truputį didesni dėl to, kad apklausoje dalyvavo tik apie 60% ligonių, galbūt dalis neatsakiusiųjų buvo mažiau patenkinti.

Daugelis autorių aprašo gana trumpą hospitalizavimo trukmę. Tačiau mūsų rezultatai negali būti vertinami vienareikšmiškai, nes kai kurie ligoniai paeiliui buvo gydomi keliuose skyriuose. Be to, analizuotas gana ilgas laikotarpis, kurio pradžia – bemaž prieš

20 metų. Vis dėlto šiandien vis labiau linkstama chirurginį hemorojaus gydymą atlikti dienos stacionare, nors dalį ligonių dėl pooperacinių komplikacijų tenka hospitalizuoti. S. Argov ir kt. aprašo gydymo patirtį 2043 ligonių, kuriems ambulatoriškai vietinės nejaunos sąlygomis atliktos Milligan–Morgan hemoroidektomijos [18]. P. Labas ir kt. duomenimis, iš 256 ligonių dienos stacionaro procedūra buvo patenkinti 87% ir tik 2% teko hospitalizuoti dėl komplikacijų [16]. Mes manome, kad dienos stacionaro operacijos vis labiau plinta dėl kelių priežasčių: viena vertus, atsiranda naujų hemoroidektomijos metodų, vis dažniau taikoma vietinė nejautra, kita vertus, taupomos lėšos, po operacijos greičiau grįžtama į darbą.

Išvados

Mūsų duomenimis, Milligan–Morgan hemoroidektomija yra pakankamai saugi ir veiksminga operacija. Dauguma ligonių chirurginiu gydymu yra patenkinti (net 91% ligonių gydymą įvertino gerai ir labai gerai). Kadangi daliai ligonių vis dėlto galimas, nors ir nedidelio laipsnio, išangės raukų funkcijos sutrikimas, manome, kad šios problemos padėtų išvengti diegiami nauji gydymo metodai.

LITERATŪRA

1. Faccini M, Zuccon W, Caputo P, Gavezzoli D, Manelli A, Bonandrini L. Hemorrhoids: epidemiology and correlation with chronic constipation. *Annali Italiani di Chirurgia* 2001 May–Jun; 72(3): 337–9; discussion 340.
2. Goligher J. *Surgery of the anus, rectum and colon*. London: Bailliere Tindall, 1985.
3. Johanson JF, Sonnenberg A. The prevalence of hemorrhoids and chronic constipation: an epidemiologic study. *Gastroenterology* 1990; 98: 380–386.
4. Barron J. Office ligation of internal haemorrhoids. *Am J Surg* 1963; 105: 563.
5. MacRea HM, McLeod RS. Comparison of haemorrhoidal treatment modalities. A meta-analysis. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 687–694.
6. Neiger A. Haemorrhoids in everyday practice. *Proctology* 1979; 2: 22.
7. Milligan ETC, Morgan CN, Jones LE, Officer R. Surgical anatomy of the anal canal, and the operative treatment of hemorrhoids. *Lancet* 1937; ii: 1119–1124.
8. Parks AG. The surgical treatment of hemorrhoids. *Br J Surg* 1956; 43: 337–351.
9. Ferguson JA, Mazier WP, Ganchrow MI, Friend WG. The closed technique of hemorrhoidectomy. *Surgery* 1971; 70: 480–484.
10. Whitehead W. Surgical treatment of haemorrhoids. *Br Med J* 1882; I: 149.
11. Longo A. Treatment of haemorrhoids disease by reduction of mucosa and haemorrhoidal prolapse with a circular suturing device: a new procedure. In: *Proceedings of the 6th world congress of endoscopic surgery* 1998. Rome, Italy.
12. Morinaga K, Hasuda K, Ikeda Y. A novel therapy for internal hemorrhoids: ligation of the hemorrhoidal artery with a newly devised instrument (Moricorn) in conjunction with a Doppler flowmeter. *Am J Gastroenterol* 1995; 90: 610–613.
13. Holzheimer RG. Hemorrhoidectomy: indications and risks. *European Journal of Medical Research* 2004; 9(1): 18–36.
14. Jongen J, Bach S, Stubinger SH, Bock JU. Excision of thrombosed external hemorrhoid under local anesthesia: a ret-

respective evaluation of 340 patients. *Diseases of the Colon & Rectum* 2003; 46(9): 1226–1231.

15. Ceulemans R, Creve U, Van Hee R, Martens C, Wuyts FL. Benefit of Emergency Haemorrhoidectomy: A Comparison with Results after Elective Operations. *Eur J Surg* 2000; 166: 808–812.

16. Labas P, Ohradka B, Cambal M, Olejnik J, Fillo J. Haemorrhoidectomy in outpatient practice. *European Journal of Surgery* 2002; 168(11): 619–620.

17. Hunt L, Luck AJ, Rudkin G, Hewett PJ. Day-case haemorrhoidectomy. *British Journal of Surgery* 1999; 86: 255–258.

18. Argov S, Levandovsky O. Radical, ambulatory hemorrhoidectomy under local anesthesia. *Am J Surg* 2001; 182: 69–72.

19. Lam TYD, Lam SCW, Kwok SPY. Feasibility case-controlled study of day case hemorrhoidectomy. *A N Z J Surg* 2001; 71: 652–654.

20. Goulimaris I, Kanellos I, Christoforidis E, Mantzoros I, Odisseos Ch, Betsis D. Stapled haemorrhoidectomy compared with Milligan–Morgan excision for the treatment of prolapsing haemorrhoids: a prospective study. *Eur J Surg* 2002; 168: 621–625.

21. Shalaby R, Desoky A. Randomized clinical trial of stapled

versus Milligan–Morgan Haemorrhoidectomy. *British Journal of Surgery* 2001; 88: 1049–1053.

22. Palimento D, Picchio M, Attanasio U, Lombardi A, Bambini C, Renda A. Stapled and Open Hemorrhoidectomy: Randomized Controlled Trial of Early Results. *World J Surg* 2003; 27: 203–207.

23. George JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 77–97.

24. Nisar PJ, Scholefield JH. Managing haemorrhoids. *BMJ*. 2003; 327: 847–851.

25. Johansson HO, Graf W, Pahlman L. Long-term results of haemorrhoidectomy. *Eur J Surg* 2002; 168: 485–489.

26. Konsten J, Baeten CG. Haemorrhoidectomy vs. Lords method: 17 year follow-up of a prospective, randomized trial. *Dis Colon Rectum* 2000; 43(4): 503–506.

27. Van Tets WF, Kuipers JH, Trank K, Mollen R, van Goor H. Influence of Parks anal retractor on anal sphincter pressures. *Dis Colon Rectum* 1997; 40(9): 1042–1045.

28. Ho YH, Tan M. Ambulatory anorectal manometric findings in patients before and after haemorrhoidectomy. *Int J Colorect Dis* 1997; 12: 296–297.

Gauta: 2004 10 01

Priimta spaudai: 2004 11 20