

Mechaninės siūlės hemoroidektomija: 29 operacijų patirtis

Stapled hemorrhoidectomy: experience after 29 operations

Narimantas Evaldas Samalavičius¹, Tomas Poškus²

¹ *Vilniaus universiteto Onkologijos instituto Chirurgijos klinika, Santariškių g. 1, LT-08660 Vilnius*

² *Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų Centro filialo III abdominalinės chirurgijos skyriaus Koloproktologijos poskyris, Žygimantų g. 3, LT-01102 Vilnius*

El. paštas: narimantsam@yahoo.com

¹ *Vilnius University, Institute of Oncology, Clinic of Surgery, Santariškių str. 1, LT-08660 Vilnius, Lithuania*

² *Vilnius University Hospital "Santariškių klinikos", Central Branch, 3rd Department of Abdominal Surgery, Division of Coloproctology, Žygimantų str. 3, LT-01102 Vilnius, Lithuania*

E-mail: narimantsam@yahoo.com

Tikslas

Įvertinti ankstyvuosius ir vėlyvuosius mechaninės siūlės hemoroidektomijų, atliktų Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų Centro filialo III pilvo chirurgijos skyriaus koloproktologijos poskyryje, rezultatus.

Ligoniai ir metodai

Per ketverius metus, nuo 2001 metų gruodžio iki 2005 metų sausio, mechaninės siūlės hemoroidektomija atlikta 29 ligoniams, sirgusiems III laipsnio (26 ligoniai) ir IV laipsnio (3 ligoniai) hemorojumi. Iš jų buvo 15 moterų ir 14 vyrų, jų amžius – 32–80 metų, vidurkis – 54 metai. Operacijai buvo naudojamas PPH. Operacija truko nuo 10 iki 40 minučių, vidutiniškai 30 minučių.

Rezultatai

Vidutinė hospitalizacijos trukmė buvo 5 dienos (nuo 2 iki 8). Chirurginių komplikacijų po operacijos nebuvo. Sisteminių analgetikų po operacijos prirėkė 21 pacientui vidutiniškai 2 paras (1–3 paras). Dviem pacientams konstatuotas užsitęsęs pooperacinis skausmas, kurį reikėjo malšinti vaistais atitinkamai 7 ir 10 dienų po operacijos. Pacientai į darbą ar prie įprastinės gyvenimo veiklos grįžo vidutiniškai aštuntą parą po operacijos (nuo 5 iki 14 paras). Po vienerių metų iš apklaustų 24 pacientų operaciją gerai ir labai gerai vertino 19 (79,2%), patenkinamai – 3 (12,5%) ir blogai – 2 (8,3%) pacientai: iš pastarųjų vienam liko iškritimas, o vienam pasikartojo kraujavimas, uždegimas ir skausmas. Viena pacientė buvo mirusi. Keturių pacientų apklausti nepavyko.

Išvados

Mūsų patirtis parodė, jog mechaninės siūlės hemoroidektomija yra saugi ir patikima. Vėlyvieji operacijos rezultatai yra geri.

Reikšminiai žodžiai: išangė, hemorojus, mechaninė siūlė, chirurginis gydymas, rezultatai

Objective

To evaluate early and late results after stapled hemorrhoidectomy in the colorectal subunit of the third department of surgery in Vilnius University Hospital "Santariškių klinikos" Central Branch.

Patients and methods

29 patients underwent stapled hemorrhoidectomy over a period of four years (from December 2001 to January 2005). 26 patients had third and 3 patients had fourth degree hemorrhoids. There were 15 females and 14 males, age range from 32 to 80 years (mean 54 years). The PPH kit (Procedure for prolapsed hemorrhoids), Ethicon, Johnson and Johnson was used. Operations lasted from 10 to 40 minutes, on average 30 minutes.

Results

The mean in-hospital stay was 5 days (2–8). No surgical complications occurred. Analgesic medications were needed for 21 patients, on average for 2 days (1–3). Prolonged pain was observed in two patients who required analgesic medications for 7 and 10 days. Patients resumed their routine activities on the 8th postoperative day (5–14 days). After one year, 19 of 24 (79.2%) patients regarded their operation as good or very good, 3 (12.5%) as satisfactory and two (8.3%) as bad: in those patients one had recurrent prolapse, another one had recurrent bleeding, the third one had bleeding and thrombotic episodes. One patient had died of the causes unrelated to the operation, and the other four were out of reach.

Conclusions

Our experience shows that stapled hemorrhoidectomy is safe and effective. Late follow-up results are good.

Key words: anus, haemorrhoids, surgical treatment, stapling, results

Įvadas

Hemorojus yra seniai žmonijai žinoma liga. Pats ligos pavadinimas yra kilęs iš graikiškų žodžių *haima*, reiškiančio kraują, ir *rhoos* – tekėti. Tai nėra gerai atspindintis ligos simptomus pavadinimas, nes dalis hemorojų turinčių ligonių niekada nesiskundžia kraujavimu. Šiandien hemorojaus etiopatogenezei pagrįsti įprasta laikytis W.H.F. Thomsono teorijos [1]. Ji teigia, kad išangės kanale yra kraujagyslinio audinio sankaupų (pagalvėlių), kurias sudaro pogleivis, smulkios kraujagyslės, elastinis ir jungiamasis audinys. Treitzo raištis neleidžia šiam audiniui slinkti žemyn išangės kanalu, tačiau dėl įvairių veiksnių (nereguliari tuštinimosi funkcija, stanginimasis tuštinantis, vidurių užkietėjimas ir kt.) šis raištis gali nutrūkti, išangės pagalvėlės iškristi, užsikimšti ir kraujuoti.

Yra daug hemorojaus gydymo būdų. Juos galima suskirstyti į tris grupes: konservatyvius, minimaliai invazyvius ir operacinius. Konservatyvus gydymas – tai

įvairūs tepalai ir žvakutės, į kurių sudėtį įeina anestetikų ir (ar) steroidinių preparatų, vidurius laisvinančios priemonės ir įvairūs vazotoniniai preparatai [2]. Minimaliai invazyvūs būdai – tai skleroterapija, guminių žiedų ligatūrų metodas, infraraudonųjų spindulių koaguliacija, elektros srovės terapija, krioterapija ir kitos.

Klasikiniai chirurginiai metodai yra šie (pagal jų aprašymo literatūroje eiliškumą): žiedinė hemoroidektomija (Whitehead) [3], ekscizijos ir siūlės hemoroidektomija (Mitchell) [4], ekscizijos ir ligatūros operacija (Milligan-Morgan) [5], submukozinė hemoroidektomija (Parks) [6], uždaroji hemoroidektomija (Ferguson) [7] ir jos modifikacijos. Milligan-Morgan operacija, ko gero, yra dažniausiai atliekama pasaulyje ir šiandien. Visų šių operacijų metu stipriai traumuojama jautri anorektinė zona, todėl pooperacinis skausmas yra pagrindinė hemorojaus operacijos problema. Mėginta įvairiomis priemonėmis šį skausmą

sumažinti: vartojant vietinių ir sisteminių analgetikų [8, 9], antibiotikų [10], operacijos metu papildomai atliekant šoninę sfinkterotomiją [11] ar išangės raukų plėtimą. Šios priemonės nedavė patenkinamų rezultatų. Tad jei operacijos negalima išvengti, t. y. jei mažai invazyvūs metodai negali panaikinti ligos sukeltų simptomų, patraukli alternatyva yra operacija, po kurios neskaudėtų. Per pastaruosius kiek daugiau nei dešimt metų pasiūlytos net dvi nedideliu pooperaciniu skausmu pasižymintios operacijos: mechaninės siūlės hemoroidektomija (Longo) [12] ir hemorojinių arterijų perrišimas, kontroliuojamas doplerio sonoskopijos būdu (Morinaga) [13].

Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų Centro filialo III abdominalinės chirurgijos skyriaus Koloproktologijos poskyryje ši metodika įdiegta 2001 metais. Pirmoji patirtis mūsų literatūroje jau buvo aprašyta anksčiau [14]. Šio straipsnio tikslas – pateikti dabar sukauptą nemažą patirtį, vertinant ankstyvuosius ir vėlyvuosius chirurginius rezultatus.

Ligoniai ir metodai

Per ketverius metus, nuo 2001 m. gruodžio iki 2005 m. sausio, Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų Centro filialo III abdominalinės chirurgijos skyriaus Koloproktologijos poskyryje Longo, arba mechaninės siūlės, hemoroidektomija atlikta 29 ligoniams, sirgusiems III laipsnio (26 ligoniai) ir IV laipsnio (3 ligoniai) hemorojomu. Septyniems ligoniams vyravo hemorojaus mazgų iškritimas, o kitiems 22 ligoniams – iškritimas ir kraujavimas. Operavome 15 moterų ir 14 vyrų, amžius 32–80 metų, vidurkis 54 metai. Indikacija atlikti mechaninės siūlės operaciją buvo III ar IV laipsnio hemorojaus mazgų žiedinis iškritimas, t. y. toks, kai standartinė operacija (šiuo metu atliekame tik uždarają hemoroidektomiją užpakalinio tarpvietės anestezinio bloko sąlygomis) galėtų lemti nevisišką ligos kontrolę. Kitas svarbus aspektas – nedidelis išorinis hemorojaus komponentas arba su juo susijusių skundų nebuvimas.

Prieš operaciją visiems ligoniams atlikta rektoskopija ir kolonoskopija arba retrogradinė irigoskopija. Dieną prieš operaciją žarnynas buvo ruošiamas mechaniniu būdu (Fortrans ar Cololyt). Operacija buvo atliekama litotominėje padėtyje, sukėlus bendrinę ar epidurinę nejautrą. Operacijai buvo naudojamas PPH

rinkinys („hemorojinių mazgų prolapsui“, *Ethicon, Johnson and Johnson*). Jį sudaro žiedinis išangės plėtiklis (37 mm), anoskopas „tabokinės“ siūlei, siūlės traukiklis ir 33 mm skersmens specialus cirkuliaris mechaninės siūlės aparatas. Žiedinis išangės plėtiklis buvo įstumiamas į išangę, prisiuvas prie odos laikinomis fiksuojančiomis siūlėmis. Obturatorius ištraukiamas ir įdedamas „tabokinės“ siūlės anoskopas. Tuomet jį sukant 4 cm ir 5 cm nuo dantytosios linijos buvo siuvas dvi „tabokinės“ polipropileno siūlės. Ištraukus anoskopą, įstumiamas mechaninės siūlės aparatas, kad jo galvutė būtų virš „tabokinės“ siūlių. Siūlės traukiklius ištraukus į išorę, siūlės veržiant užrišamos. Panaudotas aparatas pora minučių laikomas neatsuktas, siekiant hemostazės. Paskui anoskopu apžiūrima visa siūlė ir prireikus hemostazė užtikrinama pavienėmis trijų nulių vikriko siūlėmis. Dažniausiai gleivinės jungtis buvo suformuojama 2 cm virš dantytosios linijos.

Operacijos truko nuo 10 iki 40 minučių, vidutiniškai 30 minučių. Po operacijos rekomenduojama vartoti vidurius laisvinančių vaistų vieną savaitę. Ligoniai išrašymo dieną ir po dviejų mėnesių buvo apklausiami ir įvertinami digitaliniu tyrimu, o po metų užpildė klausimyną ar buvo apklausti telefonu.

Rezultatai

Vidutinė hospitalizacijos trukmė buvo 5 dienos (nuo 2 iki 8), pooperacinė gulėjimo trukmė – vidutiniškai 2 dienos (nuo 1 iki 5). Chirurginių komplikacijų po operacijos nebuvo. Sisteminių analgetikų po operacijos prireikė 21 pacientui vidutiniškai 2 paras (1–3 paras). Dviem pacientams konstatuotas užsitęsęs pooperacinis skausmas, kurį reikėjo malšinti medikamentais atitinkamai 7 ir 10 dienų po operacijos. Vienas pacientas po operacijos karščiavo 4 paras, jam diagnozuota ūminė virusinė kvėpavimo takų infekcija.

Apžiūrint pirštu pro išangę pacientus išrašymo dieną, jungties srityje problemų nekonstatuota.

Pacientai į darbą ar prie įprastinės gyvenimo veiklos grįžo vidutiniškai aštuntą parą po operacijos (nuo 5 iki 14 paras).

Praejus dviem mėnesiams po operacijos, visi pacientai nurodė teigiamą efektą ir buvo patenkinti operacija.

Po vienerių metų visiems 29 pacientams išsiųsti klausimynai, atsakė ar vėliau buvo apklausti telefonu

24 (82,8%). Viena ligonė buvo mirusi dėl priežasčių, nesusijusių su operacija. Keturių ligonių apklausti nepavyko.

Po vienerių metų iš apklaustų 24 pacientų operaciją gerai ir labai gerai vertino 19 pacientų (79,2%), patenkinamai – 3 (12,5%) ir blogai – 2 (8,3%); iš pastarųjų vienam liko iškritimas, o vienam pasikartojė kraujavimas, uždegimas ir skausmas.

Diskusija

Lyginant mechaninės siūlės hemoroidektomiją su klasikine operacijos variantais, reikia pažymėti, kad šių operacijų tikslai yra skirtingi: mechaninės siūlės hemoroidektomija panaikina iškritimą, pagerina veninį nuotėkį, kartu sumažėja hemorojinis audinys (išaugęs pagalvėlės) ir kraujavimo tikimybė. Klasikinės operacijos metu pašalinamas hemorojinis audinys, kad išnyktų jo sukeltas iškritimas ir kraujavimas. Ir nors Longo, arba mechaninės siūlės, hemoroidektomija imta plačiau taikyti iki pasirodant objektyviems duomenims apie jos pranašumus, vėlyvieji šios operacijos rezultatai nėra žinomi. Operacijos oponentai atkreipia dėmesį į tai, jog po mechaninės siūlės hemoroidektomijos būna komplikacijų, nepasitaikančių po įprastinių operacijų: mažojo dubens sepsis [15], nuolatinis pooperacinis skausmas [16], rektovaginalinė fistulė. Tačiau pirmieji du galėtų būti kazuistiniai aprašymai, o rektovaginalinė fistulė yra galima, jei nesiimama atsargumo priemonių. Paprastai, prieš naudojant mechaninės siūlės aparatą, reikia pirštu įsitikinti, jog makštis nepatenka į siūlę. Tai mes atlikome visoms savo pacientėms prieš mechaninės siūlės operaciją. Keletas aspektų yra sunkiai nuginčijami, ir rodo neabejotiną mechaninės siūlės hemoroidektomijos pranašumus: mažesnis pooperacinis skausmas, trumpesnė hospitalizacijos trukmė ir ankstyvesnis grįžimas į darbą ar prie įprastinės gyvenimo veiklos. Mūsų operuoti pacientai grįžo į darbą ar prie įprastinės gyvenimo veiklos jau antrą savaitę po operacijos, tačiau duomenų, palyginančių jos rezultatus su klasikine hemoroidektomija, pateikti negalime. Dažniausiai mechaninės siūlės hemoroidektomija lyginama su Milligan-Morgan hemoroidektomija. Mechigan ir bendraautorai nurodo mažesnę mechaninės siūlės hemoroidektomijos grupės ligonių pooperacinį skausmą ir anks-

tyvesnį grįžimą į darbą [16], o hospitalizacijos trukmė nesiskyrė. Rowsell duomenimis, be minėtų skirtumų, buvo trumpesnė ir hospitalizacija [17]. Tačiau šie abu tyrimai buvo kritikuojami dėl mažo pacientų skaičiaus ir neatliko funkcinio bei manometrinio įvertinimo. Ganio ir bendraautorai 100 pacientų tyrimu, į kurį įtraukė sergančius III ir IV laipsnio hemorojumi, vertino klinikinius ir manometrinius duomenis. Jie nustatė, jog mechaninės siūlės hemoroidektomijos grupės ligoniams buvo mažesnis pooperacinis skausmas ir trumpesnė gulėjimo ligoninėje trukmė [18]. Shalaby ir Desoki [19], minėtų dviejų hemoroidektomijų palyginimui ištyrė 200 pacientų, pastebėjo, jog mechaninės siūlės hemoroidektomijos grupės ligoniams buvo ir mažesnis pooperacinis skausmas ir mažiau komplikacijų. Altomare ir bendraautorai [20] pabandė mechaninės siūlės hemoroidektomiją įvertinti plačiau, atlikdami manometriją, elektrofiziologinius tyrimus ir trimatę ultrasonografiją prieš operaciją ir praėjus 6 mėnesiams po jos. Tyrimas įrodė, jog šio tipo hemoroidektomija nesukelia ilgalaikio išaugęs raukų mechanizmo pažeidimo. Ho ir kolegos [21] 58 pacientams dokumentavo priešoperacinę ir pooperacinę išaugęs raukų funkcijos būklę, atliko manometriją ir endoanalinę sonografiją, kad nustatytų, ar operacijai naudojamas išaugęs plėtiklis gali sukelti išaugęs raukų pažeidimą. Šis tyrimas įrodė, jog nors pažeidimo rizika padidėja, išaugęs raukų funkcija nenukenčia.

Mūsų duomenys taip pat parodė, jog reikia vertinti šios operacijos rezultatus vėlyvuju laikotarpiu, nes visi pacientai praėjus dviem mėnesiams po operacijos pasveiko ar jautė pagerėjimą, tačiau penki iš 24 pacientų po vienerių metų norimo efekto nejautė, o dviem operacija buvo nesėkminga. Lyginti šias operacijas su klasikinėmis, atliekamomis mūsų poskyryje, taip pat negalime, nes, kaip jau minėta, mechaninės siūlės hemoroidektomija buvo rekomenduojama tiems pacientams, kurių hemorojinių mazgų iškritimas buvo žiedinis.

Išvados

Mūsų patirtis parodė, jog mechaninės siūlės hemoroidektomija buvo saugi ir patikima. Vėlyvieji operacijos rezultatai yra geri.

LITERATŪRA

1. Thomson HF. The nature of haemorrhoids. *Br J Surg* 1975; 62: 542–52.
2. Poškus T, Samalavičius NE, Žeromskas P, Šiugžda R. Hemorojaus gydymas sudėtinu preparatu Ginkor Fort. *Lietuvos chirurgija* 2003; 1: 27–31.
3. Whitehead W. Surgical treatment of haemorrhoids. *Br Med J* 1882; 1: 149.
4. Mithchell AB. A simple method of operating on piles. *Br Med J* 1882; 1: 482.
5. Milligan ETC, Morgan CN, Jones LE, Officer R. Surgical anatomy of the anal canal, and operative treatment of haemorrhoids. *Lancet* 1937; ii: 1119–24.
6. Parks AG. Surgical treatment of haemorrhoids. *Br J Surg* 1956; 43: 337.
7. Ferrugson JA, Heaton JR. Closed haemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 1959; 2: 176–9.
8. Chester JF, Stanford BJ, Gazet JC. Analgesic benefit of locally injected bupivacaine after haemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 1990; 33: 487–9.
9. Goldstein ET, Williamson PR, Larach SW. Subcutaneous morphine pump for postoperative hemorrhoidectomy pain management. *Dis Colon and Rectum* 1993; 36: 439–46.
10. Carapeti EA, Kamm MA, McDonald PJ, Philips RK. Double-blind randomized controlled trial of effect of metonidazole on pain after day-case haemorrhoidectomy. *Lancet* 1998; 351: 169–72.
11. Mathai V, Ong BC, Ho YO. Randomized controlled trial of lateral sphincterotomy with haemorrhoidectomy. *Br J Surg* 1996; 83: 380–2.
12. Longo A. Treatment of haemorrhoids disease by reduction of mucosa and haemorrhoidal prolapse with circular suturing device: a new procedure. In: *Proceedings of the Sixth World Congress of Endoscopic Surgery, Rome, Italy, 3–6 June, 1998: 777–84.*
13. Molloy RG, Kingsmore D. Life threatening sepsis after stapled haemorrhoidectomy. *Lancet* 2000; 355: 810.
14. Samalavičius NE, Poškus T. Stapled Haemorrhoidectomy: a New Technique in Lithuania. *Acta Medica Lituanica* 2002; 9(4): 230–3.
15. Cheetham MJ, Mortensen JJ, Nystrom PO, Kamm MA, Philips RKS. Persistent pain and fecal urgency after stapled haemorrhoidectomy. *Lancet* 2000; 356: 730–3.
16. Mechigan BJ, Monson JR, Hartley JE. Stapling procedure for haemorrhoids versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy: a randomized controlled trial. *Lancet* 2000; 355: 782–5.
17. Rowsell M, Bello M, Hemingway DM. Circumferential mucosectomy (stapled haemorrhoidectomy) versus conventional haemorrhoidectomy: a randomized controlled trial. *Lancet* 2000; 356: 779–81.
18. Ganio E, Altomare DF, Gabielli F, Milito G, Canuti S. Prospective randomized multicenter trial comparing stapled with open haemorrhoidectomy. *Br J Surg* 2001; 88 (5): 669–74.
19. Shalaby R, Desoky A. Randomized clinical trial of stapled versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy. *Br J Surg* 2001; 88 (8): 1049–53.
20. Altomare DF, Rinaldi M, Sallustio PL, Martino P, De Fazio M, Memeo V. Long-term effects of stapled haemorrhoidectomy of internal anal function and sensitivity. *Br J Surg* 2001; 88 (11): 1487–91.
21. Ho YH, Seow-Choen F, Tsang C, Eu KW. Randomized trial assessing anal sphincter injuries after stapled haemorrhoidectomy. *Br J Surg* 2001; 88(11): 1449–55.

Gauta: 2005 06 30

Priimta : 2005 12 02