

Is there an answer to the late diagnosis of hemorrhoidal disease?

Adis Kandic, Zuvdija Kandic, Alma Kandic, Lejla Catic, Enis Kandic

Health institution "Alea dr Kandic", Sarajevo, Bosnia and Herzegovina.

Abstract

Hemorrhoid disease is a great social and medical problem because of frequency. Over 80% of the population have a problem with hemorrhoids, that in the most of cases need surgery treatment. In hemorrhoid therapy, surgery, recently, has attacked on the manifest of complications-widen hemorrhoidal plexus, that consisted of their reduction. In addition, the cause of disease has stayed intact. Because of it, the number of received illnesses was very high. The latest methods of treatment based on clearing the cause of disease. They understood Doppler's identification of blood vessel and its ligation, hemorrhoid suspension and prolapsed anal mucosa with reconstruction and rectoanal reparation. The aim of the study is to show the results of treatment of hemorrhoid disease by minimal invasive procedure known as DG HAL RAR (Doppler identification I ligation of the terminal branches of the hemorrhoid artery and rectoanal reparation), the advantages of that way of treatment to respond to standard, earlier methods.

The Board of Health 'ALEA' conducted examinations on 2,160 patients for minimally invasive procedures utilizing our own THD and DG HAL methods from 2023 to 2024. By the way, in 16 (0,7 %) patients in I phase of the disease, received DG HAL. The 93 (4,30 %) in II, the The III stage 1016 (47,03 %), belonged to IV phase of disease 1035 (47,85 % of IV grade, by whose applied minimal invasion procedure-DG HAL RAR. End other methods anocutaneoneoplastique with rectoanal reparation. Number of 1720 (80,0 %) patient is followed by one of the disease in the sense of fissure, fistula, polypus, hypertrophied anal papilla and two anal pectenosis. In 58 (2,79 %) patient was found, the malignant disease of anal canal, and 69 (3,19 %) patient of rectum.

The average length of treatment was 1,6 b/o days. Surgery controls done after 6,10, 30 days, and 2, 4, 6 and 12 months. All the patients who received

only DG HAL RAR showed the excellent results, by satisfying degree of surgeons and patients.

In 12 patients who received only DG HAL after 6 months, the procedure was repeated, with DG HAL RAR method after results were great.

No postoperative complications, such as infection or disfunction of the anal sphincter, were registered. In operated patients who received DG HAL RAR, insignificant postoperative pains gone in the period of 4-6 hours.

All patients receiving DG HAL were treated without local anesthesia, and those receiving DG HAL RAR underwent spinal or general anesthesia.

Minimally invasive methods of treatment DG HAL RAR present the most effective methods of hemorrhoid treatment. The impact of treatment on its utilization. They accomplish all terms for 'one day' surgery.

Key words: *hemoroid, minimal invasion procedure, DG HAL RAR.*

Rezime

Uvod i značaj: Hemoroidalna bolest zbog svoje učestalosti, poteškoća u liječenju predstavlja ogroman socijalni i medicinski problem. Preko 80 % stanovništva boluje od hemoroida, koji u najvećem broju slučajeva zahtijevaju hirurško liječenje.

Hirurgija je u liječenju hemoroida, doskora atakovala na prošireni hemoroidalni pleksus, koje se sastojalo u njegovom ligiranju ili redukciji. Najveći dio hemoroida iznad atakovanog mjesta ostajao je intaktan. Broj recidiva bolesti i drugih komplikacija bio je izrazito visok.

Manifestuju se u četiri stadija oboljenja. Brojne su kontroverze u određivanju stadija hemoroidalne bolesti. Dijagnostičke dileme stvaraju preduslove da bolesnik uđe u zakašnjeli stadij oboljenja u kom je izložen dugotrajnim patnjama, a i liječenje je izuzetno teško.

Najnovije metode liječenja se zasnivaju na rješavanju uzroka bolesti doplerskom identifi-

kacijom krvnog suda koji učestvuje u stvaranju hemoroida, njegovoj ligaturi i suspenziji hemoroida i prolabirane analne mukoze.

Cilj rada je da se iznesu rezultati liječenja hemoroidalne bolesti minimalno invazivnim postupkom poznatim kao DG HAL RAR (doplerska identifikacija i ligature terminalnih grana hemoroidalnih arterija i rektoanalna reparacija), da se iznesu prednosti toga načina liječenja u odnosu na standardne, ranije metode što je i odgovor na postavljeno pitanje u rješavanju ove bolesti.

U desetogodišnjem periodu /2013. do 2023. godine/, u Zdravstvenoj ustanovi "Alea" analizirano je 2.160 bolesnika koji su liječeni minimalno invazivnim primjenjenim postupkom - DG HAL RAR.

U prvom stadiju hemoroidalne bolesti bilo je 16 (0,7 %), u drugom 93 (4,30 %), u trećem 1.016 (47,03 %), a u četvrtom stadijumu oboljenja 1.035 (48,0 %). Pritom, u IVa stadiju 512 (23,70 %), a u IVb 472 (21,8 %).

Dijagnoza je postavljena na osnovu anamneze, kliničkog i endoskopskog pregleda. Pritom, anoskopija ima veliki dijagnostički značaj. Digtorektalni pregled sa **aktom stezanja** predstavlja najveći dijagnostički parametar u interpretaciji funkcije analnog sfinkternog mehanizma.

Od ukupno 2.160 posmatranih ispitanika, kod 16 (0,74 %) bolesnika primjenjen je DG HAL; DG HLA RAR kod 1.109 (51,32 %), a kod 1.035 (47,91 %) DG HAL RAR sa kompleksnom reparativnim anokutanoplastikama. Metoda HAL-RAR, dala je odlične rezultate liječenja.

Hemoroidalnu bolest kod 1.720 (79,6 %) pratilo je jedno od oboljenja u smislu fisura, gnojnih perianalnih procesa, fistula, polipa, analne pektenoze kao i smetnje u analnoj pasaži stolice. Hipertrofični analni papilitis imao je učešća u 1.158 (53,61 %), a kod 127 (5,6 %) nađena je maligna bolest anorektuma.

Prosječna dužina liječenja iznosila je 1,6 b/dana. Hirurške kontrole su vršene nakon 6, 14, 30 dana, te 3, 6, 12 i 24 mjeseca.

Od 16 (0,7 %) bolesnika kod kojih je urađen **DG HAL**, recidiv je nastao kod 13 (81,25 %), u kratkom vremenskom periodu poslije operacije. Evaluacijom rezultata liječenja 99 bolesnika DG HAL metodom operiranih u drugim ustanovama, svi su razvili recidiv ubrzo nakon operacije. Smatramo

da samo DG HAL bez dodatnih postupaka u smislu DG HAL + RAR nema indikacija u liječenju hemoroidalnog oboljenja, jer ne rješava uzroke bolesti.

DG HAL+ RAR metoda, daje odlične rezultate liječenja. Kod 1.109 (51,3 %) operiranih ovom metodom nije bilo recidiva u posmatranom periodu. Ranih i kasnih postoperativnih komplikacija nije registrovano. Zadovoljstvo hirurga i bolesnika je izuzetno veliko.

Minimalno invazivna metoda liječenja DG HAL - RAR predstavlja do sada najefektivniju metodu liječenja hemoroidalne bolesti. Siguran efekat izliječenja, brz oporavak i brzo vraćanje na posao opravdavaju njenu primjenu.

Metoda DG HAL RAR sa brojnim rekonstruktivnim postupcima primjenjena je kod 1.035 (48,0 %) operiranih bolesnika IV stadija, takođe sa odličnim rezultatima liječenja.

Na sveukupno istraživanom materijalu, ranih poslijeoperativnih komplikacija, kao krvarenje registrovali smo kod 4 (0,2 %) bolesnika. Od kasnih postoperativnih komplikacija, recidiva, smetnje sa kontinencijom nismo imali. Infekcija i smrtnih slučajeva nije bilo.

Ključne riječi: hemoroidi, minimalno invazivni postupak - DG HAL-RAR, reparativni postupci.

Uvod i značaj

Hemoroidi kao simptom hemoroidalne bolesti predstavljaju varikozno proširenje venskih hemoroidalnih plexusa. Preko 90 % stanovništva boluje od hemoroidalne bolesti, od kojih 80 % zahtijevaju operativno liječenje. Skoro podjednako je zastupljena kod osoba oba spola.

Najstariji zapisi grčkih, arapskih, indijskih i drugih autora govore o ovoj bolesti, načinu liječenja.

Manifestuju se kao unutrašnji i vanjski hemoroidi, u četiri stadijuma oboljenja.

Osnovni znaci bolesti su bol, svrbez, pečenje, prolaps, krvarenje sa sekundarnom anemijom.

Pritom, akutni znaci su tromboza, krvarenje, uklještenje, infekcije.

Kasne komplikacije su pruritus, prolaps, perianalni kožni nabori, upalni procesi, sekundarne anemije, maligne alteracije, bolovi u karlici, neurastenija, depresija, proljevi, opstipacija...

Konzervativna terapija ima za cilj da ublaži simptome bolesti primjenom adstringentnih masti,

čepića i načinom ishrane. Samo nedovoljno educirani “stručnjaci” liječe do iznemoglosti hemoroidalnu bolest “mastima i čepićima” uvodeći bolesnike u nesnosno i nepopravljivo stanje!

Doskorašnje operativno liječenje hemoroidalne bolesti sastojalo se u eksciziji distalnog dijela hemoroidalnog, prolabiranog proširenja, dok najveći dio hemoroida ostajao netaknut (Morgan-Milligan, Baron ligaturi, Parks i drugi). Pritom, ekscizija „plemenite zone detekcije” stolice i vjetрова koja se nalazi na hemoroidalnom čvoru - koji se „reže”, rezultira poremećajima u kontroli stolice i vjetрова. Preostali hemoroidi iznad mjesta ataka razlog su nastanku recidiva u kratkom periodu nakon operacije. Defekt na analnom kanalu nakon ekscizije hemoroida, ostaje nezaštićen kožom, sa posljedičnim teškim stenozama čarnog kanala drugim brojnim komplikacijama.

Operacija po Withead uz eksciziju distalnog dijela hemoroidalnog čvora ide sa naknadnim šivanjem nastalog defekta. Ova metoda, kao i prethodne, ostavlja najveći dio hemoroida intaktnim, što se, takođe, daje brzi recidiv.

Baron ligatura, elektrokauterizacija, kriohirurgija, fotokoagulacija imaju historijski značaj.

Pomenute metode ne rješavaju uzrok, nego posljedice hemoroidalne bolesti. Praćene su dugotrajnim poslijeoperativnim bolovima, produženom rehabilitacijom i dugim bolovanjima. Posebnost je visok procenat recidiva u kratkom roku nakon operacije sa još težim smetnjama, što je učinilo da bolesnici bježe od operacije. Stenoza analnog kanala se razvija izuzetno brzo nakon tih operacija. Kod stenozе, pri defekaciji dolazi do „pucanja” analnog kanala uz jake, progresivno pojačavajuće, neizdržive bolove sa čestim poremećajima kontinencije.

U osnovi, ekscizija prolabiranog hemoroidalnog proširenja, ostavlja najveći dio hemoroida intaktnim, što se ispoljava recidivom. Istovremeno, nakon ekscizije ostavljaju analni kanal „golim” što potencira njegovu fibrozu i dalje suženje sa teškim posljedicama.

Minimalno invazivne metode liječenja hemoroida

Pronalaskom ultrazvuka, doplera krvnih sudova rađa se nova era uzročnog liječenja hemoroidalne bolesti. THD, DG HAL - RAR (Doppler Guide Li-

gation Hemorrhoidal Artery – rectoanal reparation) datira od 1992. godine. Zasniva se na doplerskoj identifikaciji krvnih sudova koji su doveli do nastanka hemoroida, njihovoj ligaturi, suspenziji i fiksaciji za slojeve crijevne stijenke, čime se etiološki rješava bolest. Nema „sječanja” i „rezanja” internih hemoroida, čuva se zona detekcije stolice i vjetрова, a oštećeni analni kanal se zbrine metodama rektoanalnih reparativnih postupaka.

Metoda spada u najnoviji trend hirurgije, poznata kao minimalno invazivni hirurški postupak kojim se najmanjim atakom na organizam postižu odlični rezultati.

Zapušteni hemoroidi predstavljaju kompleksan medicinski problem čije hirurško rješavanje zahtjeva veliku stručnost i izuzetnu kreativnost hirurga proktologa, pogotovu u našoj kazuistici zbog zakašnjelog javljanja na liječenje.

Cilj rada

Cilj rada je da se iznesu: - rezultati hirurškog liječenja hemoroidalne bolesti, primjenom minimalno invazivnih hirurških postupaka zasnovanim na doplerskoj identifikaciji krvnog suda i njegovoj ligaturi, te rektoanalnoj reparaciji, poznatoj kao DG HAL – RAR;

- da se naznače striktnе indikacije i prednosti te metode, u odnosu na ranije konvencionalne metode liječenja hemoroidalne bolesti.
- Posebnost je da se ukaže na kompleksnost u dijagnostici i tretmanu svakog stadija bolesti čije dosadašnje određivanje ne odgovara stanju bolesti u kome se bolesnik nalazi.
- da se ukaže na potrebu liječenja hemoroida prije stadija komplikacija.
- da se ukaže da je hemoroidalni prolaps sa posljedičnom prokcidencijom uzrokovan hemoroidalnom bolešću u njenom terminalnom stanju.

Materijal i metode rada

Istraživanje je izvršeno retrospektivnom analizom i prospektivnim praćenjem bolesnika koji su hirurški liječeni u Zdravstvenoj ustanovi “Alea dr Kandić” u Sarajevu, u periodu 2013.-2023. godine. Pritom, analizirano je 2.160 bolesnika koji su operirani minimalno invazivnim postupcima

zasnovanim na doplerskoj identifikaciji hemoroidnih krvnih sudova, metodom THD DG HAL; THD DG HAL-RAR sa kompleksnim rektoanalnim reparativnim postupcima.

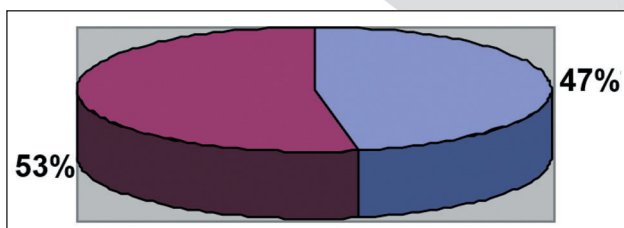
Bolesnici su prospektivno praćeni u periodu do deset godina poslije operacije u smislu evaluacije efekata primjenjene metode: poslijeoperativne boli, vremena potrebnog za oporavak i vraćanja na posao, funkcije kontinencije, lokalnog nalaza, ekonomskih efekata, recidiva bolesti, te bolesnikovog i hirurfovog zadovoljstva aktom operacije.

Rezultati istraživanja i diskusija

U kazuistici zdravstvene ustanove "Alea dr Kandić", u desetogodišnjem periodu (2013.- 2023. godine) analizirana su 2.160 ispitanika koji su liječeni zbog hemoroidalne bolesti (H.B u daljem tekstu) primjenom minimalno invazivnih postupaka - DG HAL; DG HAL – RAR i DG HAL - RAR sa rektoanalnim reparativnim postupcima. Poseban akcenat je stavljen na hirurško rješavanje zakašnjelih stadija hemoroidalne bolesti.

Kretanje bolesti u odnosu na spol

Muški spol je imao učešće kod 1.015 (47,0 %), ženski 1.145 (53,0 %), što ne govori o značajnoj razlici u pogledu spolne zastupljenosti oboljelih. Slične podatke iznose i drugi autori (1, 3, 6, 7, 8, 9...).



Grafikon 1. Spolna zastupljenost i uzrast bolesnika od hemoroidalne bolesti ()

Kretanje bolesti u odnosu na uzrast bolesnika

Najmlađi bolesnik je imao 9, a najstariji 78 godina. Prosječna dob bolesnika iznosila je 44 godine. Podaci drugih autora pokazuju sličnu prosječnu dobnu zastupljenost oboljenja (3,5,6,7).

Tabela 1. Uzrast bolesnika

Dob bolesnika	Broj	% odnos
7- 19	190	8,
20-50	1.118	51,8
Iznad 50	984	45,55
Ukupno	2.259	100,00

U dobi od 20-50 godina bilo je 1.018 (47,1 %), a iznad 50 godine 952 (44,0 %), što govori da uzrast sa pojačanim aktivnostima i slabljenjem fibromuskularnih struktura tkiva, uz ostale faktore (zanimanje, nasleđe, brojna oboljenja...), pogoduju nastanku hemoroida. Do 19 godine, imali smo 190 (8,8%) bolesnika (Tabela 1). Značajan broj oboljelih pripadao je mlađim dobnim uzrastima, pri čemu je nasljedni faktor nastanka hemoroidalne bolesti bio odlučujući. Slične podatke iznose brojni autori (2,6,7,8).

Stadijum hemoroidalne bolesti

Najveći broj ispitanika (Tabela 2), pripadao je trećem stadiju uznapredovale bolesti - 1.016 (47,03 %), potom, četvrtom 1.035 (47,9 %), drugom 93 (4,3 %), i prvom stadiju 16 (0,7) što ilustrativno govori da nam se najveći broj oboljelih javlja u stadijumu komplikacija bolesti.

Registrovali smo 3 bolesnika uzrasta do 10 godina, što ide u prilog da ni najmlađa dobna uzrast nije pošteđena od ove bolesti. U dva slučaja radilo se i o hemoroidalnoj bolesti, (dva brata 8 i 11 godina) i jednom hemoroidorektoanalnom prolapsu.

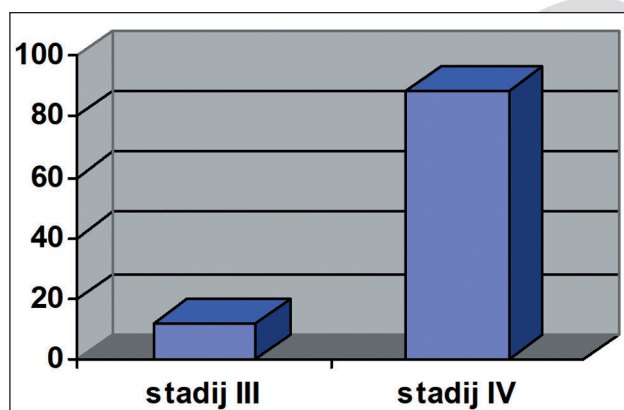
Brojne predrasude o bolestima analne regije, stid i izbjegavanje digitorektalnog pregleda i drugih dijagnostičkih metoda imaju presudan uticaj. Paramedicinska aktivnost, primjena brojnih trava i lijekova od nadriljekara, takođe, imaju veliki značaj u čemu se slažu brojni autori (2,4,6,7)

Tabela 2. Stadijum hemoroidalne bolesti

Stadijum hemoroidalne bolesti	Broj oboljelih	% odnos
I stage	16	0,7
II stage	93	4,3
III stage	1.016	51,6
IV stage	1.035	47,9
Ukupno	2.160	100,00

Kako se vidi iz tabele 2, najveći broj oboljelih se javlja u zakašnjelom stadiju bolesti kada, bolesnik, više nema izbora.

Nedovoljna edukacija medicinskog kadra u ovom domenu predstavlja poseban problem. Naime, znatan broj ljekara, pa i gastroenterologa ne želi suočavanja sa ovim problemom, pa često i bez pregleda prepíše „masti i čepiće”.



Grafikon 2. Broj oboljelih



Slika 1. III a stadijum H. B.

Upravo, komplikacije III i IV stadija hemoroidalne bolesti: krvarenje, uporni bolovi, protruzija, prolaps analne mukoze, trombotičke i inflamatorne manifestacije, inkarceracije, smetnje sa evakuacijom stolice natjerale su bolesnike da zatraže pomoć liječnika.

Dužina oboljenja prije operacije kretala se od osam do 45 godina (prosjeak 32 godina).

Nepoznavanje problematike hemoroidalne bolesti, indikacija za liječenje iste, ovisno od stadijuma bolesti, od strane mnogih “dijagnostičara” razlog je da se pacijenti u našoj kaziistici javljaju u zakašnjelom stadijumu, to jest, u stadijumu kom-

plikacija. Slične podatke iznose brojni autori (1, 2, 3, 6, 7, 8).



Slika 2. IV b stadijum h.b.



Slika 3. Stanje nakon elektrokauterizacije

Tabela 3. Kretanje HB u odnosu na zanimanje

Zanimanje i H.B	Broj	% odnos
Namjesnika	814	36,03
Vozača	717	33,2
Ostalih	629	27,8
Ukupno	2.160	100,00

Kako se iz prethodne tabele vidi, H.B. je najčešće bila zastupljena kod namjesnika čije je zanimanje vezano za sjedeće zanimanje, kod vozača i težih fizičkih radnika. Oboljenje kod bliskih srodnika registrovali smo kod 856 (39,6 %) ispitanika što govori o značaju nasljednog faktora u nastanku hemoroidalne bolesti. Slične podatke iznose i drugi autori (1, 3, 6,7).

Dijagnoza je postavljena na osnovu anamneze, kliničkog pregleda i endoskopskog nalaza.

Tabela 4. Hemoroidalna bolest - udružena sa drugim oboljenjima

Bazična bolest	Udružena sa	Broj	% Odnos
Hemoroidi	Fissure, ragade	1.830	87,7
Hemoroidi	Analna fistula	428	18,9
Hemoroidi	Analni papilitis-hipertrofici	1.760	81,4
Hemoroidi	Neoplazma anorektuma	127	5,9
Hemooroidi +	HPV+	164	7,6

Na istraživanom materijalu (Tabela 4), analnih fisura/ragada sa hemoroidima je bilo 1.830 (87,7%), analnih fistula 428 (18,9%). Analni papilitis, pratio je 1.760 (81,4 %) oboljelih koji je uzrok su stalne nalagodnosti, upornih bolova i asocijalizacije oboljelih. Bilo je 164 (7,69 %) HPV pozitivnih (bris ili tkivni PHD nalaz preparata).

Znači, hemoroidalna bolest je najčešće zastupljena sa brojnim drugim oboljenjima (3,5,7,10, 12) koje se manifestuju kao komplikacije istog. Operativno nezbrinut analni papilitis ili postoperativno nastao papilitis je uzrok poslijeoperativnog bola i nezadovoljstva bolesnika. Malignu bolest anorektuma pratilo je 127 (5,9 %) spitanika. Slične podatke iznose mnogi autori (3, 5, 7, 12).



Slika 4. Analna fisura



Slika 5. Analna striktura i fisura nakon laserske operacije

Tabela 5. Simptomatologija hemoroidalne bolesti

Simptomatologija bolesti	Broj	% odnos
Promjene u navikama pražnjenja crijeva	1.890	87,5
Hemoroidalni prolaps	885	41,0
Krvarenje – bol – prolaps	1.036	48,0
Krvarenje – prolaps	1.442	53,0
Krvarenje – bol	1.663	76,9
Znaci anemije, hipoferemije	564	26,1
Hemoroidi sa HPV i nfekcijom (bris ili tkivni preparat)	164	7,6

Najveći broj bolesnika (Tabela 5) javlja nam se u zakašnjelom stadijumu bolesti, u stadijumu komplikacija. Pritom, promjena u navikama pražnjenja crijeva bilo je kod 1.890 (87,5 %), hemoroidalni prolaps imalo je 885 (41,0 %), prolaps sa krvarenjem i bolovima 1.036 (48,0 %), prolaps sa krvarenjem kod 1.442 (53,0 %). Znaci anemije i hipoferemije pratili su 640 (26,1 %) oboljelih. Razlozi ovakvog stanja su nedostatak adekvatno educiranog medicinskog kadra i stanovništva u domenu ove bolesti, koje vodi ovu bolest u stadij komplikacija. Pritom izbjegavanje digitorektalnog pregleda (stigma) analne regije predstavlja problem koji traži rješenje. Slične podatke iznose brojni autori (2,4,5,7,8).

Hpv infekcija je registrovana kod 164 (7,6 %) oboljelih. Broj takvih bolesnika je u porastu.

U osnovi, pacijenti se javljaju u momentu kada ih prolaps, krvarenje, anemija tromboza ili infekcija natjeraju hirurgu. Istovremeno, dugotrajna primjena brojnih, prethodnih alternativnih paramedicinskih postupaka, samostalno indicirana od bolesnika ili od „stručnjaka“ vodi bolest u stadijumu komplikacija

Anamnestički podaci, klinička slika, inspekcija analne regije (dermatitisi, egzema, prolaps...), potom, endoskopski, laboratorijski nalazi su protokol dijagnoze hemoroidalne bolesti (Tabela 6).

Značaj **anoskopije** u dijagnostici oboljenja završnog dijela debelog crijeva i analnog kanala je nezamjenjiv. **Anoskopija** se radi kod svih bolesnika.

Tabela 6. Dijagnostika Hemoroidalne bolesti

Dijagnostika	Broj	% odnos
Anamnestički podaci - Klinički nalaz	2.160	100,00
Deramtitis perianalis (egzema)	435	20,13
Anoskopija	2.160	100,00
Kolonoskopija	1.850	85,64
Digitorektalna egzaminacija funkcije sfinktera sa aktom stezanja	2.160	100,00
HPV bris analnog kanala, preparat: pozitivan HPV	164	7,6

Kolonoskopija je urađena kod 1.850 (85,64 %) predstavlja obavezujući dijagnostički protokol. Kolonoskopski, registrovali smo neoplastički proces analnog kanala i debelog crijeva kod 229 (10,6 %) u kojim slučajevima se odustalo od operacije hemorida i nastavljen je dijagnostički protokol maligne bolesti.

Posebno ističemo **značaj digitorektalnog pregleda sa „aktom stezanja”** radi procjene funkcije čmarne muskulature koji nas usmjerava u ekstenzitet oštećenja mišića stezača čmara, koje ima odlučujući dijagnostički značaj za izbor operativnog postupka. Radi se kod svih bolesnika.

Nalaz dermatitisa /egzema/ perianalne kože registrovan u 435 (20,13 %) govori u prilog zakašnjele dijagnoze zbog ožiljne stenozе analnog kanala. Fibrozna stenozа ograničava funkciju analnog kanala, tako da se on ne može kompletno zatvoriti (fibrozа) niti otvoriti, te crijevni sadržaj permanentno curi (vlaži) kroz analni kanal. Tako nastali perianalni dermatitis čiji ekstenzitet (osjet svraba anoperineuma) potvrđuje stepen stenozе. Perianalni dermatitis, takođe, je dobar dijagnostički znak i značajan pokazatelj oštećenja perianalne kože koja se koristi za anokutanu neoplastiku u IVa i IV b stadiju bolesti (7).

Od značaja je **bris sluznice i tkivnog preparata analnog kanala na HPV virus** koji zadnjih godina pokazuje povećanu učestalost. Na istraživanom materijalu je nađeno je 164 (7,6 %) HPV pozitivnih. Približne podatke imaju brojni autori (2,4,6,7,8)

Metode liječenja

Svi bolesnici su operisani minimalno invazivnim operativnim postupcima.

Metode **THD DG HAL RAR** predstavljaju „zlatni standard” liječenja hemoroidalne bolesti do četvrtog stadija oboljenja. Na urađenih 1.016 (47,0 %) ispitanika metodom THD DG HAL RAR nismo registrovali ranih, niti kasnih komplikacija.

THD DG HAL-RAR sa kompleksnim reparaturnim postupcima analnog sfinkternog mehanizma su primjenjene kod bolesnika u zapuštenom, četvrtom stadiju oboljenja kod 1035 (47,91 %). I ovu metodu prate odlični rezultati liječenja kao i DG HAL-RAR sa kompleksnim retkoanalnim reparaturnim postupcima, ovisno do stadija bolesti /IV a - stadij analne stenozе ili IV b - stadij analne atrofične dilatacije – „zjapeći anus”/. Metoda zahtjeva izuzetnu stručnost tima i dugotrajnu fizikalnu terapiju analnog kanala. Ovu metodu je pratilo 4 (0,4 %) postoperativna krvarenja.

THD DG HAL, obzirom na visok procenat recidiva ne ispunjava potrebne hirurške kriterijume za liječenje hemoroidalne bolesti.

Na 16 (0,7 %) operacija DG HAL urađenih u našoj patologiji, bilo je 13 (82,25 %) ranih recidiva. Na 99 bolesnika operiranih u drugim ustanovama (recidivi), DG HAL je bio urađen kod 52 (52,52 %). Recidiv je nastao u kratkom vremenskom periodu nakon operacije. Nakon klasičnih operativnih postupaka, recidiva je bilo 47 (47,7 %).

Pritom, kod pomenutih recidiva, DG HAL-RAR metoda je urađena kod 52 (52,52 %), a DG HAL-RAR sa kompleksnim rektoanalnim reparativnim postupcima analnog kanala - kod 47 (47,47 %), sa odličnim rezultatima liječenja.

Priprema bolesnika za DG HAL, DG HAL – RAR i rektoanalne reparatorne postupke

Prijeoperativni protokol:

Informativni razgovor sa pacijentom mora mu pružiti sve informacije o sadašnjem stanju bolesti, posljedicama nastavljanja konzervativnog liječenja, benefitima operativne terapije i svim mogućim posljedicama neuradene operacije.

U osnovi, izbjegavanje pregleda su razlog razvoja bolesti u stadij komplikacija u čemu kumuju mišljenja kvazi „stručnjaka” koji je liječe „mastima i čepićima”.

Samo komplikacije bolesti (krvarenje, prolaps, trombotičke manifestacije...) brutalno, natjeraju bolesnika ljekaru, koji se do tada plašio da mu se „šta drugo ne nađe”, ili ima formirano mišljenje da se „hemoroidi ne operišu”, jer se „hemoroidi vraćaju”.

Pravilo je da se bolesnici oboljeli od hemoroida, u našoj kazuistici javljaju ljekaru kod **teških anatomskih i funkcionalnih oštećenja**, kada više ne može izdržati smetnje. Poseban problem su **psihosomatske promjene oboljelog** zbog dugotrajne patnje koje bolesnik preživljava. Zbog toga bolesnici su neurotični, asocijalizirani, zabrinuti „da nemaju rak” „umorni od svega”.

Još je Hipokrat u očima takvih bolesnika čitao i opisivao patnje kroz koje bolesnik prolazi. Zapazio je da mjesec dana nakon operacije „mutan pogled postaje bistar” sa prirodnim osmjehom zadovoljnog bolesnika. Upravo „čitanje izraza bolesnika” prije i poslije operacije govori o uspjehu onog ko se bavi ovom problematikom.

Neuropsihijatrijski bolesnici predstavljaju izuzetno težak sociomedicinski problem.

Nasuprot koloproktologu koji indicira adekvatno operativno liječenje, postoji **suprotstavljeno mišljenje kvazi „stručnjaka”** „da svako ima hemoroide” i da se „hemoroidi ne operišu”, jer se poslije operacije „vraćaju”, nego se „liječe mastima i čepićima”. Navedene sugestije kod bolesnika formiraju dilemu o potrebi operativnog liječenja.

Pred hirurinom takav bolesnik predstavlja težak izazov. Bolesnik i kvazi „stručnjak” na jednoj strani i hirur /stručnjak na drugoj, predstavljaju suprotstavljenu enigmiju koju hirur treba riješiti. Pritom, operater - stručnjak preuzima veliku odgovornost i visok rizik budućih konfliktnih situacija sa operisanima u slučaju mogućih komplikacija.

Stoga, prethodni pristanak uz potpis na operaciju nakon iscrpnih objašnjenja bolesti sa oboljelim, uz sva uvažavanja njegove privatnosti i svih mogućih posljedica predstavljaju neophodnost!

Prijeoperativna medikamentozna priprema operacija

Niskomolekularni antikoagulansi i Metronidazol daju se predoperativno. Položaj za operaciju je ginekološki. (Slika 7). Neposredno, uz operaciju uradi se kolonoskopija. Operacija se izvodi u lokalnoj, spinalnoj ili opštoj anesteziji. Pravi ekstenzitet procesa se vidi nakon uvoda u anesteziju.



Slika 6. Instrumenti i aparatura



Slika 7. Položaj bolesnika

Minimalno invazivni hirurški postupci u liječenju hemoroidane bolesti

Na ukupno 2160 ispitanika, DG HAL je urađen kod 16 (0,7 %); DG HAL-RAR kod 1.109 (51,3 %); DG HAL RAR sa veoma složenim postupcima rektanalne reaparacije kod 1.035 (48,0 %). (Tabela 7). *Tabela 7. Hirurški postupci liječenja hemoroidane bolesti*

Hirurški postupak	Broj	%
DG HAL	16	0,7
DG HAL-RAR	1.109	51,3
DG HAL – RAR + ekscisio fibrosae+reparatio rectoanalisis	1.035	47,9
UKUPNO	2.160	100,00

Indikacije za primjenu DG HAL su, samo komplikacije hemoroida prvog stadija stadijuma.

Evaluacijom rezultata liječenja hemoroida metodom DG HAL, na 16 (07 %) recidiva je bilo 13 (81,2 %) nakon 6-9 mjeseci po operaciji. Isti su riješeni THD, HAL-RAR sa odličnim ishodom. (Tabela 7).

Pritom, kod 3 (0,1 %) zbog analnog prolapsa, urađen je DG HAL-RAR sa reparativnim postupcima na analnom kanalu, takođe sa odličnim rezultatima.

Prema navedenom, DG HAL metoda predstavlja samo dio metode DH HAL-RAR u liječenju h.b. DG -HAL kao samostalna metoda nema indikacija za hirurško liječenje hemoroida.

Bilo je 99 recidiva kod bolesnika (Tabela 8) operiranih u drugim medicinskim ustanovama. Od tih 99 recidiva, DG HAL metodom je operirano 52 (52,52 %), koju te ustanove primjenjuju bez obzira na ekstenzitet oboljenja. Klasičnim operacijama je rađeno 48 (48,5 %) koji su ubrzo nakon operacije razvili recidiv.

Tabela 8. Operativni postupci nakon recidiva nastalih nakon operacija urađenih u drugim ustanovama na 99 recidiva

Operativni postupak	Broj op.	% odnos
DG HAL-RAR	52	52,5
DG HAL-RAR + Rep. anoneoplastike	47	48,5
UKUPNO:	99	100,00

Kod tih 99 recidiva kod bolesnika, DG HAL-RAR urađen je kod 52 (52,52 %), a kod 47 (48,5 %) DG HAL+ RAR sa brojnim kompleksnim reparatormim postupcima analnog kanala. Rezultati liječenja su bili odlični. Stoga, samo DG HAL, bez kombinacije sa RAR-om ne predstavlja metodu izbora liječenja hemoroidane bolesti. DG HAL ima indikacija u prevenciji i liječenju analnog prolapsa u djece, ili tromboze hemoroida kod prvog stepena /stupnja/ bolesti.

Tabela 9. Recidivi nakon DG HAL /z.u. „Alea dr Kandić”/

Metoda liječenja	Broj operisanih	Broj recidiva	% odnos
DG HAL	16	13	81,2

Od 16 (0,7 %) rađenih DG HAL metodom, 13 (81,2 %) bolesnika, ubrzo nakon operacije javilo se sa recidivnom bolešću. (Tabela 9).

Primjenom metode DG HAL RAR, na 1.109 (47,8 %) operiranih recidiva nije registrovano.

Recidiva nakon DG HAL RAR + Reparatorno-rekonstruktivnim postupcima na 1.035 (47,9 %) nije bilo.

Doppler Guide Ligation Haemorrhoidal Artery (THD, DG HAL)

Metoda se zasniva na doplerskoj identifikaciji hemoroidalnih vrpca i njihovoj visokoj ligaturi koja se postavlja na visini od 8-10 cm od dentate. Kod primjene metode DG HAL, ispod ligature hemoroidi ostaju netaknuti kao i njihove komunikacije, a time i hemoroidalna bolest.

Obzirom na visok broj recidiva, **DG HAL** nije potpuna metoda za hirurško liječenje hemoroida. Ona se, nažalost, primjenjuje kao jedina metoda u nekim medicinskim ustanovama.

Napominjem da je u z.u “Alea dr Kandić” DG HAL metoda primjenjivana u samom početku uvođenja hirurškog liječenja hemoroida. U tom periodu, na 16 (0,7 %) operacija DG HAL imali smo 13 (81,5%) recidiva - do dvije godine posmatranja. Nakon toga smo odustali od primjene DG HAL metode, jer, ona ne rješava uzrok hemoroidalne bolesti.

Iz drugih ustanova na 99 recidiva h.b., bilo je 47 (47,7 %) recidiva nastalih nakon DG HAL, i 52 (52,5 %) nakon primjenjenih klasičnih metoda (Tabela 8).

Za primjenu DG HAL metode anestezija nije potrebna, jer se radi u bezbolnoj zoni internih hemoroida. Radi se u ambulantnim uslovima, bez ležanja u bolnici.

Metoda je efikasna kod tromboze internih hemoroida najranijeg stadija. Pri rješavanju analnog prolapsa u djece potrebno ju je kombinovati sa DG HAL RAR.

Na osnovu rezultata istraživanja i literaturnih podataka, DG HAL, ne ispunjava uslove za operativno liječenje hemoroida u čemu se slažu mnogi autori (1, 2, 3, 5, 6,7).

Doppler guide ligation haemorrhoidal artery – THD, DG HAL – RAR

Nakon sprovedene edukacije u Beču, 2005. godine, prihvatili smo DG HAL – RAR kao metodu izbora u liječenju hemoroidalne bolesti. Operativni i postoperativni komfor, odlični rezultati liječenja čine ovaj postupak “zlatnim standardom” u hirurškom liječenju hemoroida.

Na istraživanoj kazuistici zdravstvene ustanove “Alea dr Kandić”, na 2.160 operisanih bolesnika,

metoda DG HAL RAR je primjenjena kod 1.109 (51,3% %) sa odličnim rezultatima liječenja u desetogodišnjem priodu istraživanja. Ranih i kasnih postoperativnih komplikacija nismo registrovali. Bolesnici se nakon operacije osjećaju preporođenim.

Liječenje hemoroida do IV stadija bolesti

Metoda DG HAL - RAR rješava uzroke bolesti

Specijalnim proktoskopom sa doplerskom sondom identificiraju se proširene hemoroidalne vrpce i ligiraju. Slijedi produžna longitudinalno-cirkumferena ligature unutrašnjih hemoroida, sve do denate, odnosno vrha hemoroidalnog prolapsa. Zatezanjem šava izvrši suspenzija hemoroidalne vrpce i njena fiksacija za ostale slojeve crijevne stijenke što postavlja i fiksira hemoroid na primarnom mjestu. Na taj način se rješava uzrok bolesti.

Kako je do IV stadija očuvan analni sfinkter, a hemoroidalna komunikantna spojnica između internih i spoljnih hemoroida umjereno naznačena i sfinkterni mehanizam intaktan, nema potrebe atakovati na nju, osim u slučajevima posttrombotičke fisure, ili fisure sa spuštenom analnom papilom. U tim se slučajevima uz DG HAL-RAR metodu, potrebno je ekscidirati fisuru, ili posttrombotičku ulceraciju, a defekt prekriti režnjem kože spoljnog hemoroida.

Spoljni hemoroidi sa hemoroidalnom spojnicom sami nestaju nakon ovog postupka.

U osnovi nema "sječanja" niti "rezanja hemoroida", što je osnov uzročnog rješavanja hemoroidalne bolesti. Iskusan stručnjak ovom metodom postiže odličan estetski i terapijski efekat.

RAR (Rektoanlani reparativni postupak) pri DG HAL-u, šteti hemororektalnu mukozu poznatu kao „plemenita zona detekcije stolice i vjetrova” koja se nalazi na prolabiranim internim hemoroidima, a odgovorna je za funkciju regulacije kontinencije. Svaka trombonekroza hemoroida je uništava.

Na našem materijalu tokom desetogodišnjeg istraživanja na ukupno 2.160 bolesnika, bilo je 1.109 (51,3 %) operiranih do četvrtog stadija oboljenja metodom DG HAL – RAR. (Tabela 10). Broj postavljenih ligatura iznosio je prosječno oko 8 do 12.

Prema podacima drugih autora broj ovih ligatura, prosječno se kreće oko osam (1,3,6,7,8, 9,14). Povećan broj ligatura ide u prilog kasnijeg javljanja bolesnika u našoj kazuistici.

Tabela 10. DG HAL – RAR

Operativna intervencija	Broj	% odnos
DG HAL – RAR	1.109	51,3
Ukupno na:	2.160	100,00

DG HAL-RAR metoda se radi bez anestezije, jer područje na kojem se radi je bezbolno.

Kod rascjepa nastalih posttrombotičkom fisur-om ili spušenom analnom papilom i prolabirajućih hemoroida sa hemoroidalnom spojnicom, i intaktnom muskulaturom stezača čmara potrebna je analgosedacija ili lokalna anestezija, obzirom da se radi na analnom kanalu koji je pokriven jako osjetljivom kožom zbog potrebe anokutanoplastike. Veoma je važno napomenuti da kod analnih fisura potrebno je riješiti uzrok nastanka (hemoride, papile, tu...), nikako sfinkterotomiju koja se, nažalost i danas, neuspješno primenjuje kod nekih "stručnjaka".

Nakon operacije DG HAL-RAR bolesnik ima osjet pritiska ili neispražjenosti koja prolazi tokom 24 h. Veoma rijetko su potrebni antibiotici i analgetici. Liječenje u bolnici traje 24 h, potom bolesnik odlazi na kućno liječenje. Kontrole su na 6, 14, 30 dana, 3, 6 mjeseci, godina dana. Bolovanje traje 10-14 dana.

Liječenje hemoroida IVa stadija oboljenja - fibrozna stenoza analnog kanala - stadijum fibroze

Tabela 11. DG HAL – RAR + Excisio fibrosis + Reparatorna anocutanoneoplastica

Operativna intervencija	Broj	% odnos
DG HAL – RAR + excisio fibrosis + anokutanoplastika	580	56,0
DG HAL-RAR sa reparatornim postupcima	455	44,7
Ukupno:	1.035	100,00

Na 1.035 (47,9 %), operacija kod bolesnika IV stadija bolesti, HAL-RAR sa anocutanoneoplastikom u IVa stadiju urađen je kod 580 (56,0 %), a HAL-RAR sa kompleksnim reparatornim postupcima analnog kanala i terminalnog rektuma u 455 (44,7 %). Rezultati liječenja primjenjene metode DG HAL RAR sa ekscizijom fibroze su odlični.

Nije bilo recidiva, infekcija, smetnji kontinencije. Imali smo 4 (0,4 %) postoperativnih hemoragija. Radilo se o bolesnicima sa koagulopatijama

koji su rađeni iz vitalnih indikacija (krvarenja). Napominjem da su indikacije za DG HAL RAR i hemoroidalna krvarenja.

Rezultati liječenja bolesnika kod kojih je urađena DG HAL-RAR sa rektoanalnim kompleksnim reparatornim postupcima su, takođe, izvan očekivanja, dobri.

Pato anatomo fiziološka zbivanja IVa i IV b stadija hemoroidalne bolesti

U IV a stadiju fibrozom je zahvaćen analni kanal u njegovom jednom dijelu ili u čitavoj cirkumferenciji. Uzrok fibroze analnog kanala su tromboflebitisi, spuštene analne papile, hronične infekcije, mehanička oštećenja analne sluznice aktom defekacije, brojna druga oboljenja (gnojni procesi, tumori), povrede...

Fibroza nastala tokom zarastanja pomenutih komplikacija hemoroidalne bolesti progresivno zahvata analni kanal djelomično ili u čitavoj cirkumferenciji, sužavajući ga. Nastaje **progresivna substenozna sve do stenoze analnog kanala**. Prati je karakteristična klinička slika, sa oštećenjem funkcije i analnog kanala, smetnjama u pasaži stolice, upalnim procesom rektuma. Digitorektalni nalaz stenoze sa progresivnim smanjenjem jačine akta stezanja (koji u stadiju naznačene fibroze nedostaje ili je ravan nuli- fibroza), su veoma značajni. Mišići stezači čmara zbog imobilizacije u fibrozi postaju atrofični, jer mu fibroza onemogućava kontrakcije.

Smetnje u pasaži stolice kroz suženi analni kanal radi njene evakuacije postaju sve otežaniji. Stolica se zadržava u rektumu, raspada se, da bi kao raspala izašla („majka priroda“). Raspadnuta stolica u trektumu izaziva njegovu upalu, potom upalu ush odnog kolona stvarajući uslove za nastanak polipa, divertikula, tumora i drugih opštih manifestacija.

IVb stadij, stadij dilatacione atrofične fibroze

Dugotrajno imobilisani mišići stezača čmara u fibrozi progresivno atrofiraju. Zbog stenoze - fibroze i analnog kanala, sa posljedičnom hipotrofijom muksulature (afunkcija) tokom naprežanja radi evakuacije stolice nastaje progresivna dilatacija čmarnog kanala, što predstavlja ulazak u IV b stadij h.b. Značajan je i gubitak muksulo-

fascijalnih struktura kod bolesnika koji su u uznapredovalom dobnom uzrastu. Hemoroidalna spojica, koja spaja interni i spoljni hemorid, takođe fibrozira koje prekida komunikaciju spoljih sa internim hemoroidima. Dolazi do vidne regresije spoljnih hemorida koje, takođe zahvata fibroza. Pored čmarnog kanala, fibroza zahvata i interne hemoroide koji kroz nju probijaju kao grozdovi, podložni trombonekrozama. Fibroza zatvara analne žljezde sa posljedičnim gnojnim perianalnim procesima. Na ispitivanom materijalu je bilo 428 (18,9 %) gnojnih perianalnih procesa. **Navedeni proces fibroze je dugotrajan. Iznosi u prosjeku oko 30 godina!**

Anamnestički pacijent je prije mnogo godina imao simptomatologiju III ili IV stadija bolesti sa prolapsom, krvarenjima, bolovima i da su, kasnije, te tegobe i hemoroidi „nestali“.

Često prilažu i nalaz gastroenterologa koji je prije desetak godina verifikovao III ili IV stadija hemoroida, a sada „hemoroide II stadija“!

Naprežanja prilikom defekacije, putovanja, proliha, zatvora, fizičkih poslova, teretane... u stadiju stenoze, vodi u dilataciju analnog kanaala i progresivni prolaps internih hemorida i sluznice rektuma izvan analnog kanala koji se zbog proširenog i afunkcionalnog čmara ne može povratiti unutar čmara. Nastaje trombonekroza prolabiranih hemorida i ispale sluznice rektuma što predstavlja poseban problem u kojem se najčešće, bolesnik javlja (različite gradacije hemoroidalnog, hemoridorektalnog prolapsa ili prokcidencije!).

U IVa stadiju srećemo promjene u ritmu pražnjenja stolice, najprije opstipaciju, nakon toga proljevaste stolice koje su veliki problem bolesnika. U IV b stadiju, stadiju dilatacione fibroze srećemo „zjapeći anus“. Anali kanal koji je afunkcionalan, stvara uslove za prolapse sa permanentnim curenjem sadržaja i ojedima kože velikog dijela tijela. Brojne rezistentne infekcije urogenitalnog trakta su razarajuće!

Operativni zahvati liječenja hemoroida IV a stadija sastoje se iz dvije faze koje se rade u jednom aktu.

U prvoj fazi operacije se uradi DG HAL-RAR.

U drugoj fazi operacije, poznat kao ekscizija fibroze cirkumferencije analnog kanala sa reparatornom anoplastikom predstavlja posebni izazov i za ljekara koji se bavi ovom hirurgijom.

Pomenuta ekscizija fibroze može sadržavati trećinu, polovinu ili kompletnu cirkumferenciju analnog kanala, ovisno od ekstenziteta fibroze.

Treba istaći da se u ovom stadiju radi ekscizija fibroze pokrova analnog kanala sa hemoridima spojnice koji su u fibrozi!!!

Ekscizija fibroze analne cirkumferencije treba biti poštena ali cjelovito potrebna, kako bi se sfinkteri oslobodili fibroze koja im ne dozvoljava kontrakcije /funkciju stezača i opuštača čmara/. Zdrava sluznica analnog kanala, koja nije zahvaćena fibrozom mora se sačuvati zbog potrebne brže reparacije pokrova analnog kanala.

Kod kompletne fibroze analnog kanala sa izraženom stenozom, fibrotu je potrebno u cjelosti ekscidirati. Ponekada su analni mišići izuzetno atrofični, da praktično nedostaju, a postoje samo fibrozne niti.

U slučaju trombonekroze nastale zbog inkarceracije rektohemoroidanog prolapsa, u stadiju IVa (prolabiranog kroz suženu fibrozu), potrebno je odstraniti nekrotični dio, i fibrozu koja zahvata čmarni kanal, primjeniti brojne modifikacije reparatorne anoplastike. Potom, mobilizirati kutani režanj kojim se prekrije unutrašnjost analnog kanala fiksirajući je na ranije opisan način.

Mobilizacija anokutanog režnja je treći dio operacije kojim se prekriva defekt nastao ekscizijom fibroze ili trombonekroze.

Mobilizira se anokutani režanj ostatne kože spoljnog hemoroida sa okolnom perianalnom kožom. Isti se fiksira za rubove defekta ekscizije.

Prolaps crijeva u IVa/IVb stadiju se rješava veoma kompleksnim operativnim postupcima sakrofikcijom, rijetko Delorme-ovim postupkom sa reparatornim anokutanoneoplastikama. Reparativna anokutanoplastika ima neprocjenjivu vrijednosti jer analni kanal prekriven kožnim flapom dobija mehanički i svaku drugu zaštitu. Posebnog značaja je što, kožni flap na analnom kanalu u daljem postoperativnom toku stvara uslove da analnom sfinkternom vraćamo normalnu anatomiju i poremećenu funkciju čmarnog kanala. Dodatno, fizikalnim terapijskim postupcima postiže se potrebna funkcionalnost i onemogućava se dalji slijed fibroze u IVb.

Kontrolisana kontinencija stolice i vjetrova je velika pogodnost za bolesnika. Istovremeno, kožni režanj na analnom kanalu prekida slijed displazije epitela u malignu bolest.

Nakon ovih operacija dobra funkcija analnog kanala se uspostavlja fizikalnim terapijskim postupcima (masažom i Keggelovim vježbama) neočekivano vraća funkcionalnost mišića stezača čmara u skoro normalnu. Akt stezanja mišića stezača čmara sa 0/1 ili 0/0 se u toku 2-3 mjeseca vraća na 3/4. Vraćanjem funkcije mišića stezača čmara stvaraju se uslovi za kompletno ispražnjavanje stolice što protektivno djeluje na upalni proces kolorektuma. Funkcija zatvaranja čmara rapidno poboljšava egcematozne promjene anoperianalno. Život se bolesniku mijenja iz korijena. Kontinentalni bolesnik, koji do operacije nije bio kontinentalni, i nije mogao da napusti mjesto stanovanja, nakon operacije dobija mogućnost da napusti stan, što predstavlja ogroman benefit. Znatan broj tih bolesnika sa inkontinencijom njegovala su nekoliko njegovatelja, a nakon operacije, isti samostalno završava svoje potrebe, bez potrebe za tuđu njegu i pomoć!!!

Tabela 12. Hirurški postupci liječenja hemoroidalne bolesti IVb stadija

Metoda	Broj	% odnos
DG HAL – RAR + ekscisio fibrosae+reparatio rectoanalisis	1.035	47,9
Ukupno	2.160	100,00

U pomenutoj kazuistici na ukupno posmatranih 2.160 bolesnika, **IV stadija** je bilo 1.035 (47,91 %). Pritom, **IVa** stadij je bio zastupljen kod 580 (56,0 %), a **IVb** kod 455 (43,96,0 %), promatrajući broj bolesnika u IV stadiju.

IV b stadij hemoroidalne bolesti Dilataciona fibroza i „zjapeci anus”

Progresivna atrofija muskulature analnog kanala zbog imobilizacije i atrofije istog i dilataciona fibroza analnog kanala predstavlja posebnu karakteristiku IVb stadija („zjapeći anus”).

Tijekom progresivne atrofije mišića stezača čmara u stenozu (IVa stadij), nastaje progresivnom dilatacijom analnog kanala tako da, on iz stanja stenozne prelazi u stanje dilatacione fibroze (IVb stadij). Atofija sfinkterne muskulature se naročito manifestuje u starosti.

Kako dilatacija analnog kanala progresivno napreduje (afunkcija analne muskulature) anus gubi svaku mogućnost zadržavanja prolapsa koji se progresivno pogoršava. Prolaps se javlja svakom

stolicom, potom u uspravnom položaju. Ekstenzitet prolapsa napreduje tako da kroz analni kanal ispadaju hemoroidi, rektum, na kraju kolon, što se manifestuje hemoroidorektokolonalnim prolapsom (prokcidencijom), gradusa I, II ili III.

Javlja se subinkontinencija sve kompletne inkontinencije, kod svih anorektalnih prolapsa nastalih opisanim slijedom hemoroidalne bolesti.

Slijede znači fekalne urgencije, koja progresivno vodi u inkontinenciju, što bolesniku ne dozvoljava udaljšavanje od sanitarnog čvora i izlazak iz kuće. Bolesnik je osuđen na uloške.

Nakon operacije popravljena funkcija analnog sfinkterog mehanizma, bolesnika kome je do tada bila potrebna tuđa pomoć vraća u normalno stanje da sam sebi zadovoljšava svoje potrebe.

Bolesnik je u poznim godinama, najčešće osobe ženskog spola pri čemu treba uzeti u obzir i porođajna oštećenja muskulature karlice, a kod muškaraca teška zanimanja. Obično se radi o samcima ili bolesnicima iz domova staraca koji bivaju dovedeni u takvom stanju.

Hirurško liječenje IV b stadija u stanju dilataciono fibroze analnog kanala poznato kao „zjapeći anus” – Hemoroido-ano-rectokolonalni prolaps

Nakon što se uradi **DG HAL+ RAR internih hemoroida** slijedi **ekscizija fibroze analnog kanala** koja prekriva atrofični sfinkterni mehanizam u potrebnom opsegu.

Prolaps se rješava plikacijom koristeći eventualno ostatnu muskulaturu i fibrozu da otvor analnog kanala bude uloživ za jagodicu prsta uz plikatorne postupke. Nastali se defekt analnog kanala prekrije podminiranim i mobiliziranim /prepariranim/ režnjem kože ostatnih spoljnjih hemoroida i zdrave perianalne kože. Pritom se koriste režnjevi V-Y oblika koji se fiksiraju iznad dentate pojedinačnim šavima Vycrila 2/0, ili 3/0.

U slučajevima ano-rekto-kolonalnog prolapsa potrebne su dodatne korektivne procedure (Delorme, Parks metode, rektosakrofikacije) uz sužavanje hiatus rekuma.

Poseban problem su nekrotične promjene na prolabiranom, inkarceriranom crijevu koje se moraju ekscidirati uz primjenu gore navedenih postupaka. Pritom, ekscizija nekrotičnog dijela

crijeva ili samo sliznice i hemoroida, uz operaciju po Delorme i sakrofikaciju ima dobar ishod.

Operativni postupak kod umjerenog stepena rektoanalnog prolapsa gr. I/II

Najprije se uradi DG HAL. DG HAL RAR sa ciljem rješavanja hemoroida i uzroka poremećaja nedovoljne nedovoljne funkcije plemenite zone detekcije stolice i vjetrova. Slijedi ekscizija ožiljka koji je zahvatio cijelu cirkumferenciju analnog kanala. Atrofično dilatirani mišić stezač čmara sa fibrozom se u njegovoj prednjoj ili zadnjoj cirkumferenciji, ili u obje cirkumferencije plicira. Nakon toga se radi sakropeksija. U uznapredovalim slučajevima slučajevima primjenjujemo Delormeov postupak.

Prospektivno praćenje operisanih/ operiranih bolesnika sa primjenom anokutanoneoplastike

Od posebno značaja je **fizikalna terapija analnog kanala nakon primjene reparatornih postupaka na analnom kanalu.**

Napomena:

Kod IV a stadija imamo substenozu do stenozu zbog fibroze analnog kanala.

Kod IV b stadija nalazimo dilatacionu atrofiju fibroze i čmarne muskulature sa „zjapećim anusom”.

Nakon DG HAL-RAR metode potrebna je digitalna masaža čmara. Izvodi se 3-4 puta dnevno po 3-4 minute, počev od šestog postoperativnog dana uz primjenu lokalnih anestetika (gel).

Prospektivnim praćenjem funkcije stezača čmara u slučajevima atrofije istih, digitalna masaža se dopunjava intenzivnim i dugotrajnim Kegelovim vježbama, ovisno od stepena atrofije mišića.

Ovim postupkom, koji primjenjujemo zadnjih deset godina postigli smo nemjerljiv uspjeh u vraćanju oštećene anatomije i poremećene funkcije analnog sfinkterog mehanizma i funkcije regulacije kontinencije.

Začudo je, da se nakon 3-4 mjeseca fizikalne terapije, skoro subatrofični mišići stezača čmara se vraćaju funkciji potrebnoj za normalan život, čak i u slučajevima anorektalnih prolapsa sa skoro potpunom atrofijom sfinkterne muskulature! U tome najveći značaj ima *očuvana funkcija internog sfinktera sa muskulaturom karlice čija se funkcija uspostavlja Kegelovim vježbama.*

Patohistološki nalaz analnog pokrova i sluznice rektuma je obavezan

Na istraženom materijalu bilo je 127 (5,6 %) tu anorektuma, i kod 164 (7,6 % HPV infekcije. Proctitis chr ili proctitis activa, te proctitis erosiva registrovali smo kod 2.012 (93,1 %). Analna intraepitelijalna displazija gr. II povremeno i III do CIS imali smo kod 158 (7,3 %). Upravo ekscizija analne fibroze i njegovo oblaganje kožnim režnjem prekida slijed opisane displastičkih promjena analnog pokrova, sledstveno u kancer. Slične podatke imaju brojni autori (1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9).

Posthemoroidalni proctitis

Patohistološki nalaz sluznice rektuma daje informacije o ekstitetu **posthemoroidalnog proctitisa** koji se najčešće manifestuje kao „proctitis erosiva”, „proctitis activa”, proctitis chronica” naročito u zapuštenim stadijumima bolesti.

Svi naši ispitanici od III stadija, imali PHD nalaz upalne bolesti crijeva (proctitis chr. ili erosiva), što daje smjernica za njihovo liječenje. Pritom topička terapija Salofalkom /supp. ili klizme/ uz fizikalnu terapiju analnog kanala daju odlične rezultate, što ima neprocjenjiv značaj za vraćanje njegove funkcije. Navedeno stvara uslove za adekvatno ispražnjavanje stolice koje izrazito povoljno djeluje na upalni proces rektuma i na opšte stanje bolesnog.

U osnovi liječenje hemoroidalne bolesti podrazumjeva :

- Operativno liječenje hemoroidoidea izborom operativnog postupka shodno stadiju oboljenja.
- Liječenje sfinkternog mehanizma čarnog kanala (fizikalna terapija).
- Liječenjem posthemoroidalnog proctitisa i promjena na rektumu i kolonu.

Stručnjak koji ne primjenjuje navedene postupke u liječenju hemoroidalne bolesti i ne poznaje komplikacije iste i ako hemoride liječi samo primjenom THD, DG HAL, ne bi se trebao baviti hirurģijom hemoroida, pogotovu hemoroida koju su zapuštenog stadija.

Iz zdravstvene ustanove „Alea dr Kandić” koja se liječenjem hemorida bavi na visokostručnom nivou (na čijem materijalu je izvršeno istraživanje), preneseni su izuzetno uspješni rezultati liječenja hemoroidalne bolesti svih stadija. Njeni stručnjaci, zaista uspješno liječe hemoroidalnu bolest izbo-

rom adekvatne operativne procedure, liječenjem sfinkterne muskulature i posthemoroidalnog proctitisa. Bez navedenih kombinacija liječenje hemoroidalane bolesti ne daje dobre rezultate, a bolesnika porodicu i zajednicu skupo košta.

Zaključak

Minimalni invazivni postupci u liječenju H.B. THD, DG HAL – RAR etiološki rješavaju bolest doplerskom identifikacijom i ligaturom krvnog suda koji je izazvao proširenje, odnosno, hemoroide. Plasiranom ligaturom se podigne i fiksira sluznica tog dijela debelog crijeva zajedno sa hemoroidom bez sječenja i rezanja. Tim se postupkom šteti anorektalna mukoza značajna za kontinenciju. Na našem materijalu u desetogodišnjem periodu metoda THD, DG HAL-RAR sa njenim kombinacijama ne daje niti rane niti kasne postoperativne komplikacije. Uspjesi liječenja H.B ovom metodom su odlični, što zaslužuje pažnju i opravdava primjenu ovog postupka. Metoda sa minimalnim atakom daje najbolje efekte. Jeftina je i ekonomski je opravdana jer je period postoperativnog liječenja skraćen. Nema dužeg bolovanja, bolesnik se rano vraća na posao. Ne daje invalidnost u usporedbi sa ranijim metodama klasičnih operacija.

Odgovor pristupu liječenja hemoroida je na ranoj dijagnostici i liječenju. Pored toga, izbor operativne procedure i u odnosu na stadij bolesti imaju primarni značaj u hirurģskom liječenju.

Literatura

1. *American Gastroenterological Association Technical Review of the Diagnosis and Treatment of Hemorrhoids, Gastroenterology, Vol.126 : 1463-1473, 2004.*
2. *Mahesh C., and Imlitemsu: Drug Treatment of Hemorrhoids, Department of Surgery, All India Institute of Medical Sciences, New Delchi, India, 2005.*
3. *MZagrjadsky E.: Doppler – Guided Hemorrhoidal Artery Ligation (HAL) for the Tretment of Hemorrhoids- Result in 169 patients, Colorectal Association of Russia, Moskow, Russia, 2004.*
4. *Bursics A., Morvay C., Kupcsulik P., et all: Comparison of early and 1-year follow-up results of conventional Hemorrhoidectomy and Hemorrhoid artery ligation: a Randomized stady, International Journal of Colorectal Disease, Springer-Verlag, 2003.*

5. *Gallese N.: Hemorrhoidal Artery Ligation (H.A.L.) using Ultrasound Blood Flow Detector HAL-Doppler: an innovation in proctology, Italian Society of Surgery, San Gavino, Italy, 2000.*
6. *Felic G., Privitera A., Ellul E., et al.: Doppler-Guided Hemorrhoidal Artery Ligation: An Alternative to hemorrhoidectomy, Dis.Colon and Rectum, 2005, 48:2090-2003.*
7. *Kandić Z, Kandić A., Kandić Alma, Kandić Lejla, etc.: hirurgija anorektalnih oboljenja, 2010, univerzitetski udžbenik, Sarajevo.*
8. *Milligan Et., Morgan CN., Jones Le., et al.: Surgical anatomy of the anal canal and the operative treatment of hemorrhoids. Lancet 1937; 2:1119-24*
9. *Longo A.: Treatment od hemorrhoid disease by reduction mucosa and hemorrhoidla prolaps with a circular stapling device: a new procedure. Proceeding of 6th World Congres of Endoscopic Surgery, Rpome Jun, 3-6, 1998, Bologna Monduzzi Edditore, 1998:777-84 .*
10. *Ramirez JM., Anguiella V., Elia M., et all.: Doppler - guided hemorrhoidal artery ligation in the management of symptomatic hemorrhoids. Rev Esp Enferm Dig 2005; 97-103 – 103.*
11. *Scheyer M., Antoneti E., Rollinger G., et all: Doppler-Guided hemorrhoidal artery ligation, The American Journal of Surgery, Bluden, Austria, 2006.*
12. *Smith LE.: Hemorrhoids: A review of current and management hemorrhoids in the United States and England, Dis. Colon Rectum, 1991:583-93.*

Corresponding Author

Adis Kandic,

Health institution "Alea dr Kandic",

Sarajevo,

Bosnia and Herzegovina,

E-mail: poliklinikaalea@hotmail.com