



С. І. Саволюк¹, І. М. Ігнатов², О. В. Шуляренко¹,
М. М. Гвоздяк¹, В. В. Зуєнко¹, В. Нваобі¹

¹ Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ

² Клініка «Медіком», Київ

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СТЕПЛЕРНОЇ ГЕМОРОЇДЕКТОМІЇ ТА ТРАНСАНАЛЬНОЇ ГЕМОРОЇДАЛЬНОЇ ДЕАРТЕРИЗАЦІЇ

Мета роботи — порівняти ранні результати степлерної циркулярної гемороїдектомії та трансанальної гемороїдальної деартеризації при внутрішньому гемороїді III стадії.

Матеріали і методи. У дослідження, проведене в період з 2015 до 2017 р., було залучено 65 хворих з внутрішнім гемороєм III стадії. Пацієнтів було рандомізовано на дві групи: основну ($n = 34$), пацієнтам якої було виконано степлерну циркулярну гемороїдектомію за розробленим нами способом, та групу порівняння ($n = 31$), пацієнтам якої здійснили трансанальну гемороїдальну деартеризацію.

Результати та обговорення. Середня тривалість оперативного втручання в основній групі була незначно (на 3,9 %) меншою, ніж у другій ($p < 0,05$). Середній об'єм інтраопераційної крововтрати в групі порівняння в 1,7 разу перевищував показник основної групи ($p < 0,05$). Статистично значущих відмінностей між групами за кількістю і характером ранніх післяопераційних ускладнень не було ($p > 0,05$). Результати в обох групах свідчили про відповідність обох операцій сучасним принципам «хірургії швидкого відновлення».

Висновки. Середній об'єм інтраопераційної крововтрати в групі трансанальної гемороїдальної деартеризації був в 1,7 разу більшим, ніж у групі степлерної гемороїдектомії. Ранні результати не мали значних або статистично значущих відмінностей між групами. Степлерна гемороїдектомія є операцією високого пріоритету в хірургічному лікуванні внутрішнього геморою III стадії.

■
Ключові слова: гемороїд, операція, результати.

Понад 90 % осіб відчувають симптоми геморою як мінімум один раз протягом життя [12]. З прогресуванням стадії геморою більш складним і травматичним є оперативне втручання, також збільшується кількість та тяжкість післяопераційних ускладнень [8].

Найчастіше на гемороїд хворіють пацієнти віком 45—65 років, після 65 років захворюваність зменшується, чоловіки більш схильні до захворювання, ніж жінки [10, 15]. Найбільш поширене і серйозне післяопераційне ускладнення — стеноз анального каналу та інконтиненція калу, які зазвичай поєднуються із постійним боєм [7, 9, 20, 21].

Є п'ять основних типів операцій з приводу геморою: відкрита, закрита, напівзакрита, ампутаційна, степлерна гемороїдектомія [17].

Мета роботи — порівняти ранні результати степлерної циркулярної гемороїдектомії та трансанальної гемороїдальної деартеризації при внутрішньому гемороїді III стадії.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Роботу виконано в рамках науково-дослідної теми кафедри хірургії та судинної хірургії «Інноваційні технології в хірургічному лікуванні органів черевної порожнини, черевної стінки та судин».

У дослідження, проведене в період з 2015 до 2017 р., було залучено 65 хворих з внутрішнім гемороєм III стадії.

Не залучали в дослідження хворих, котрі раніше перенесли оперативні втручання на анальному каналі, осіб із супутніми проктологічними захворюваннями, загальносоматичними хронічними захворюваннями у фазі декомпенсації, тих, хто зловживав алкоголем, мав медикаментозну або наркотичну залежність, хворих на неврастенію, осіб з неадекватною поведінкою.

Усім пацієнтам у доопераційний період було проведено клінічні та біохімічні дослідження крові та сечі, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, зокрема для діагностики порталь-

ної гіпертензії. Інструментальні дослідження прямої та ободової кишки для заперечення іншої патології виконували всім пацієнтам на початку операції під спінальною анестезією.

Пацієнтів було рандомізовано за типом випадкового розподілу [3] на дві групи: основну ($n = 34$), пацієнтам якої було виконано степлерну циркулярну гемороїдектомію за розробленим нами способом, на який отримано Деклараційний патент України на корисну модель «Спосіб хірургічного лікування хронічного комбінованого геморою III–IV стадій» № 112799 від 26.12.2016, бюл. № 24 [2], та групу порівняння ($n = 31$), пацієнтам якої здійснили трансанальну гемороїдальну деартеризацію [16, 19]. Крім цього, у 2 хворих основної групи і у 3 — групи порівняння було виконано висічення аноректального поліпа.

Запропонований спосіб виконання степлерної циркулярної гемороїдектомії: операцію виконують під спінальною анестезією, після помірної дивульсії анального каналу, яку проводять двома пальцями або ректальним дзеркалом, анальний канал розтягують чотирма затискачами Аліса. Такий маневр полегшує введення аноскопа з обтуратором, за допомогою якого відбувається вправлення внутрішніх гемороїдальних вузлів. Після видалення обтуратора слизова оболонка, яка випадає, виступає в порожнину аноскопа, прозорість пристрою дає змогу контролювати розташування зубчастої лінії. Для більшої надійності аноскоп фіксують до шкіри промежини чотирма швами. Крізь аноскоп у порожнину кишки вводять ретрактор, який захищає і фіксує слизову оболонку прямої кишки при накладанні кисетного шва (Prolene 2.0). Цей шов захоплює лише слизову оболонку прямої кишки і накладається на 4–5 см вище за зубчасту лінію. Що більшим є ступінь випадіння внутрішніх вузлів, то вище слід накладати кисетний шов. При накладанні кисетного шва аноскоп витягують і потім знову вводять для того, щоб слизова оболонка не перекручувалася і шов утворювався симетричним. Після видалення ретрактора степлер у відкритому стані вводять у пряму кишку так, щоб головка апарата розташовувалася вище за кисетний шов, за допомогою провідника зав'язують кисетний шов, крічком кінці ниток виводять назовні крізь бічні канали в головці апарата, ззовні кінці ниток зв'язують між собою, утворюючи петлю. Внаслідок помірного натягу кисета слизова, яка випала, затягується в апарат, котрий закривають. Виконують резекцію слизової оболонки та її прошивання танталовими скріпками. Для поліпшення гемостазу інструмент залишають у закритому положенні до і після прошивання протягом 20 с, потім апарат відкривають і видаляють із прямої кишки разом з її резектованою слизовою оболонкою. Крізь аноскоп контролюють гемостаз. У разі кровоточивості в ділянці лінії танталових швів або відсутності зіставлення гемос-

таз або зіставлення виконують за допомогою зв'язування м'яких тканин між браншами затискача, під'єднаного до біполярного електрозварювального апарата «Патонмед». Операцію завершують введенням в анальний канал марлевої пов'язки, вкритою маззю. Пов'язка огортає газовідвідну трубку, яку залишають на добу.

Вік пацієнтів становив від 29 до 68 років, середній вік в основній групі — $(51,1 \pm 2,9)$ року, в групі порівняння — $(49,6 \pm 2,7)$ року ($p > 0,05$). Дані щодо співвідношення чоловіків та жінок у групах наведено у табл. 1.

Відмінності між групами були статистично незначущими ($p > 0,05$, за критерієм Пірсона).

У всіх хворих було проведено антибіотикопрофілактику цефалоспорином II покоління.

Профілактику тромботичних ускладнень виконували низькомолекулярним гепарином (беміпарин натрію, «Цибор», Берлін-Хемі) із урахуванням ступеня ризику.

У післяопераційний період усім пацієнтам було рекомендовано уникати фізичних навантажень та інших чинників ризику, які могли спричинити симптоми геморою (табл. 2), а також дотримуватися дієти з вживанням великої кількості рідини і продуктів, які містять багато рослинних волокон. На 3-тю добу після операції одноразово призначали препарат, котрий послаблює випорожнення. Знеболювання в післяопераційний період здійснювали декскетопрофеном («Дексалгін», Берлін-Хемі).

У ранній (до 10 діб) післяопераційний період оцінювали: тривалість операції, інтенсивність болю за 10-бальною візуальною аналоговою шкалою

Т а б л и ц я 1
Розподіл пацієнтів залежно від статі

| Стать | Основна група | Група порівняння | Разом |
|----------|---------------|------------------|-------|
| Чоловіки | 15 | 13 | 28 |
| Жінки | 19 | 18 | 37 |
| Всього | 34 | 31 | 65 |

Т а б л и ц я 2
Чинники ризику, які провокують симптоми захворювання

| Чинник | Основна група | Група порівняння |
|--|---------------|------------------|
| Професії, пов'язані з тяжкою фізичною працею | 9 | 7 |
| Подразлива їжа | 12 | 12 |
| Малорухомий спосіб життя | 5 | 7 |
| Вагітність | 3 | 3 |

Різниця між групами статистично незначуща ($p > 0,05$, критерій Пірсона).

(ВАШ) протягом 24 год після операції та через 72 год після операції, об'єм крововтрати (інтраопераційне зважування тампонів), тривалість больового синдрому і періоду повернення до нормальної активності, частоту післяопераційних ускладнень.

При статистичній обробці даних розраховували середню арифметичну величину (M), середню похибку середньої арифметичної (m), t -критерій Стюдента. Статистично значущими вважали відмінності за умови $p < 0,05$. Для порівняння статистичної значущості відмінності дискретних змінних застосовували критерій Пірсона (χ^2).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Відмінностей між групами за віком ($p > 0,05$), співвідношенням статей та чинниками ризику, які провокують симптоми захворювання ($p > 0,05$), не було.

Середня тривалість оперативного втручання в основній групі дорівнювала ($33,20 \pm 0,02$) хв, у групі порівняння — ($34,50 \pm 0,04$) хв ($p < 0,05$).

Інтенсивність больового синдрому за 10-бальною ВАШ протягом перших 24 год після операції в основній групі в середньому становила ($3,30 \pm 0,21$) бала, у групі порівняння — ($3,4 \pm 0,3$) бала ($p > 0,05$), через 72 год — відповідно ($1,70 \pm 0,19$) і ($1,20 \pm 0,22$) бала ($p > 0,05$).

Об'єм інтраопераційної крововтрати в основній групі дорівнював ($25,5 \pm 1,6$) мл, у групі порівняння — ($43,3 \pm 3,1$) мл ($p < 0,05$).

Тривалість больового синдрому, котрий потребував вживання ненаркотичних анальгетиків, в основній групі становила ($3,50 \pm 0,15$) доби, у групі порівняння — ($3,4 \pm 0,2$) доби ($p > 0,05$). Необхідності у застосуванні наркотичних анальгетиків в обох групах не виникло.

Тривалість періоду повернення до нормальної активності в основній групі дорівнювала ($8,10 \pm 0,21$) доби, у групі порівняння — ($8,00 \pm 0,18$) доби ($p > 0,05$).

Таким чином, середня тривалість оперативного втручання в основній групі була незначно (на 3,9 %) меншою, ніж у групі порівняння ($p < 0,05$). Середній об'єм інтраопераційної крововтрати у групі порівняння в 1,7 разу перевищував аналогічний показник основної групи ($p < 0,05$). За середньою інтенсивністю больового синдрому за 10-бальною ВАШ протягом перших 24 год після операції і через 72 год, тривалістю больового синдрому, котрий потребував вживання ненаркотичних анальгетиків, тривалістю періоду повернення до нормальної активності відмінності між групами були статистично незначущими.

За ускладненнями, які виникли під час операції, групи статистично значущо не відрізнялися (табл. 3). Підслизову гематому в 4 (6,15 %) хворих було успішно вилікувано прошиванням та лігуванням, розрив слизової оболонки у 4 (6,15 %) пацієнтів та кровотечу у 4 (6,15 %) хворих — заварюван-

ням затискачем, під'єднаним до біполярного електрозварювального апарата «Патонмед».

У 4 (6,15 %) пацієнтів у ранній післяопераційний період виникла незначна (до 5 мл) капілярна кровотеча (табл. 4), котра не потребувала застосування хірургічних інструментів, була виявлена під час перев'язки і припинена одноразовим застосуванням гемостатичної губки. Рецидивів не було. У 4 (6,15 %) хворих виявлено затримку сечі, пов'язану із простатитом, яку було вилікувано встановленням сечового катетера і подальшим лікуванням в уролога. Закреп, котрий розвинувся у 3 (4,6 %) пацієнтів, було усунуто регулярним вживанням лактулози в дозі 15 мг двічі на добу.

Таким чином, статистично значущих відмінностей між групами за кількістю і характером ускладнень не було ($p > 0,05$, за критерієм Пірсона). Результати в порівнюваних групах свідчили про відповідність обох операцій сучасним принципам «хірургії швидкого відновлення» [1, 22].

Погоджуємося з авторами [11, 13], що за наявності таких симптомів геморою, як кровотеча, свербіж, слизові виділення із прямої кишки, випадіння слизової оболонки прямої кишки, геморої слід вважати симптоматичним і називати «геморoidalною хворобою». Ідеальною операцією з приводу геморою була б така, яка забезпечила б зняття симптомів, супроводжувалася мінімальною кількістю післяопераційних ускладнень і асоціювалася з низьким рівнем рецидивів.

Т а б л и ц я 3
Інтраопераційні ускладнення

| Ускладнення | Основна група | Група порівняння |
|---------------------------------------|---------------|------------------|
| Підслизова гематома | 1 | 3 |
| Розрив слизової оболонки прямої кишки | 2 | 2 |
| Кровотеча | 2 | 2 |
| Вагітність | 3 | 3 |

Різниця між групами статистично незначуща ($p > 0,05$, критерій Пірсона).

Т а б л и ц я 4
Ускладнення раннього (до 30 діб) післяопераційного періоду

| Ускладнення | Основна група | Група порівняння |
|---------------------|---------------|------------------|
| Капілярна кровотеча | 1 | 3 |
| Затримка сечі | 2 | 2 |
| Закреп | 1 | 2 |
| Вагітність | 3 | 3 |

Різниця між групами статистично незначуща ($p > 0,05$, критерій Пірсона).

Цікавими є дані, отримані Р. Lucarelli та співавт. [14] про те, що частота рецидивів, а також невдоволеність пацієнтів є більшими у разі застосування трансанальної гемороїдальної деартеризації порівняно із степлерною гемороїдектомією. На нашу думку, це пов'язано із недостатньою радикальністю трансанальної гемороїдальної деартеризації, а саме із залишенням гемороїдальних вузлів, котрі можуть запалитися і спричинити різні ускладнення. До переваг степлерної гемороїдектомії слід віднести те, що при цій операції відбувається піднімання (ліфтинг) слизово-підслизового шару прямої кишки, який пролабує, і, відповідно, відновлення нормальної анатомії та фізіології ураженої ділянки.

Ми згодні із А. А. Шудрак [4], що при хірургічному лікуванні хронічного геморою III стадії операцією високого пріоритету є степлерна гемороїдектомія, середнього пріоритету — операція Міллігана—Моргана, низького пріоритету — трансанальна гемороїдальна деартеризація. Такої думки дотримуються й інші автори [5, 13, 18], котрі спостерігали після операції Міллігана—Моргана такі серйозні ускладнення, як інфекції, стеноз анального каналу,

нетримання сечі, затримка сечі, тяжка ректальна кровотеча і післяопераційний хронічний біль. Імовірно, це пов'язано з великою травматичністю зазначеної операції та відсутністю антибіотикопрофілактики в багатьох дослідженнях.

У нашому дослідженні рецидивів геморою не спостерігали в жодній з груп. Отримані нами результати збігаються з даними М. М. Cerato та співавт. [6] про те, що частота рецидивів у разі застосування степлерної гемороїдектомії та трансанальної гемороїдальної деартеризації однакова.

Про результати віддаленого післяопераційного періоду буде повідомлено пізніше.

ВИСНОВКИ

Середній об'єм інтраопераційної крововтрати в групі трансанальної гемороїдальної деартеризації був в 1,7 разу більшим, ніж у групі степлерної гемороїдектомії. Ранні результати не мали значних або статистично значущих відмінностей між групами. Степлерна гемороїдектомія є операцією високого пріоритету в хірургічному лікуванні внутрішнього геморою III стадії.

Конфлікту інтересів немає.

Участь авторів: концепція і дизайн дослідження, обробка матеріалу — С. С., О. Ш., В. З.; збір матеріалу — О. Ш., І. І., М. Г., В. З., В. Н.; статистичне опрацювання даних — О. Ш.; написання тексту — О. Ш., І. І., В. З.; редагування тексту — С. С.

Література

- Паламарчук В. І., Сіряченко В. Г., Ігнатів І. М. та ін. Ранні та віддалені результати хірургії комбінованого геморою III степені, ускладненого хронічною тріщиною відхідника // *Клін. хірургія.* — 2012. — № 10 (доп.). — С. 41. Режим доступу: <http://lib.inmeds.com.ua:8080/jspui/handle/lib/4605>
- Пат. № 112799, Україна, МПК (2016.01) A61B 17/00. Спосіб хірургічного лікування хронічного комбінованого геморою III—IV стадій / Саволок С. І., Сіряченко В. Г., Шуляренко О. В., Ігнатів І. М., Зуєнко В. В. — у 201607592. — заявл. 11.07.2016. — опубл. 26.12.2016, Бюл. № 24/2016.
- Петри А., Сэбин К. Наглядная статистика в медицине; Пер. с англ. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. — 144 с.
- Шудрак А. А. Вибір методу хірургічного лікування хронічного геморою // *Хірургія України.* — 2013. — № 4(48). — С. 61—68.
- Beck D. E., Roberts P. L., Saclarides T. J. et al. The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery. — 2nd ed. — Springer Science + Business Media, 2011. — P. 175—202.
- Cerato M. M., Cerato N. L., Passos P. et al. Tratamento cirúrgico das hemorroidas: análise crítica das atuais opções // *Arq Bras Cir Dig.* — 2014. — Vol. 27. — P. 66—70.
- Collins E. E., Lund J. N. A review of chronic anal fissure management // *Tech. Coloproctol.* — 2007. — N 11. — P. 209—223.
- Dong Q. Q. Milligan—Morgan technique for preventing anal stenosis after surgery of circumferential mixed hemorrhoids // *Zhongguo Zhongyiyao Xiandai Yuanchengjiaoyu Zazhi.* — 2009. — N 7. — P. 103.
- Ho Y. H., Cheong W. K., Tsang C. et al. Stapled hemorrhoidectomy — cost and effectiveness. Randomized, controlled trial including incontinence scoring, anorectal manometry, and endoanal ultrasound assessments at up to three months // *Dis. Colon. Rectum.* — 2000. — Vol. 43. — P. 1666—1675. [PubMed]
- Imbelloni L. E., Viera E. M., Carneiro A. F. Postoperative analgesia for hemorrhoidectomy with bilateral pudendal blockade on an ambulatory patient: a controlled clinical study // *J. Coloproctol.* — 2012. — Vol. 32. — P. 291—296.
- Kaidar-Person O., Person B., Wexner S. D. Hemorrhoidal disease: a comprehensive review // *J. Am. Coll. Surg.* — 2007. — Vol. 204. — P. 102—117.
- Khubchandani I., Paonessa N., Azimuddin K. (eds.). Surgical treatment of haemorrhoids. — 2nd ed. — Springer, 2009. — P. 1—17.
- LaBella G. D., Main W. P. L., Hussain L. R. Evaluation of transanal hemorrhoidal dearterialization: a single surgeon experience // *Tech. Coloproctol.* — 2015. — Vol. 19. — P. 153—157.
- Lucarelli P., Picchio M., Caporossi M. et al. Transanal haemorrhoidal dearterialisation with mucopexy versus stapler haemorrhoidopexy: a randomised trial with long-term follow-up // *Ann. R. Coll. Surg. Engl.* — 2013. — Vol. 95 (suppl. 4). — P. 246—251.
- Maloku H., Gashi Z., Lazovic R. et al. Laser hemorrhoidoplasty procedure vs open surgical hemorrhoidectomy: a trial comparing 2 treatments for hemorrhoids of third and fourth degree // *Acta Inform. Med.* — 2014. — Vol. 22. — P. 365—367.
- Morinaga K., Hasuda K., Ireda T. A novel therapy for internal haemorrhoids: ligation of the haemorrhoidal artery with a newly devised instrument (Moricorn) in conjunction with a Doppler flowmeter // *Am. J. Gastroenterol.* — 1995. — Vol. 90 (4). — P. 610—613.
- Motta M. M., Silva Júnior J. B., Santana L. O. et al. Tratamento da doença hemorroidária com ligadura elástica: estudo prospectivo com 59 pacientes // *Rev. Bras. Coloproct.* — 2011. — Vol. 31. — P. 139—146.
- Mounsey A. L., Halladay J., Sadiq T. S. Hemorrhoids // *Am. Fam. Physician.* — 2011. — Vol. 84 (suppl. 2). — P. 204—210.
- Ratto C., Donisi L., Parello A. et al. Evaluation of transanal hemorrhoidal dearterialization as a minimally invasive therapeutic approach to hemorrhoids // *Dis. Colon. Rectum.* — 2010. — Vol. 53. — P. 803—811.
- Rowell M., Bello M., Hemingway D. M. Circumferential mucosectomy (stapled haemorrhoidectomy) versus conventional haemorrhoidectomy: randomised controlled trial // *Lancet.* — 2000. — Vol. 355. — P. 779—781. [PubMed]
- Utzig M. J., Kroesen A. J., Buhr H. J. Concepts in pathogenesis and treatment of chronic anal fissure—a review of the literature // *Am. J. Gastroenterol.* — 2003. — Vol. 98. — P. 968—974. [PubMed]
- Wilmore D. W. From Cuthbertson to fast-track surgery: 70 years of progress in reducing stress in surgical patients // *Ann. Surg.* — 2002. — Vol. 236, N 5. — P. 643—648.

С. І. Саволук¹, І. Н. Ігнатов², О. В. Шуляренко¹, Н. Н. Гвоздяк¹, В. В. Зуенко¹, В. Нваоби¹

¹ Національна медична академія післядипломного образования имени П. Л. Шупика, Київ

² Клиника «Медиком», Київ

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТЕПЛЕРНОЙ ГЕМОРРОИДЕКТОМИИ И ТРАНСАНАЛЬНОЙ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ ДЕАРТЕРИЗАЦИИ

Цель работы — сравнить ранние результаты степлерной циркулярной геморроидэктомии и трансанальной геморроидальной деартеризации при внутреннем геморрое III стадии.

Материалы и методы. В исследование, проведенное в период с 2015 по 2017 г., было включено 65 пациентов с внутренним геморроем III стадии. Пациенты были рандомизированы на две группы: основную (n = 34), пациентам которой была выполнена степлерная циркулярная геморроидэктомия согласно разработанному нами способу, и группу сравнения (n = 31), пациентам которой была осуществлена трансанальная геморроидальная деартеризация.

Результаты и обсуждение. Средняя длительность оперативного лечения в основной группе была незначительно (на 3,9 %) меньше, чем во второй (p < 0,05). Средний объем интраоперационной кровопотери в группе сравнения в 1,7 раза превышал показатель основной группы (p < 0,05). Статистически значимых различий между группами по количеству и характеру ранних послеоперационных осложнений не было (p > 0,05). Результаты в обеих группах свидетельствовали о соответствии обеих операций современным принципам «хирургии быстрого восстановления».

Выводы. Средний объем интраоперационной кровопотери в группе трансанальной геморроидальной деартеризации был в 1,7 раза больше, чем в группе степлерной геморроидэктомии. Ранние результаты не имели значительных или статистически значимых различий между группами. Степлерная геморроидэктомия является операцией высокого приоритета в хирургическом лечении внутреннего геморроя III стадии.

Ключевые слова: геморрой, операция, результаты.

S. I. Savoliuk¹, I. M. Ignatov², O. V. Shulyarenko¹, M. M. Gvozdyak¹, V. V. Zuenko¹, V. Nwaobi¹

¹ P. L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv

² Clinic *Medicom*, Kyiv

COMPARISON OF STAPLEDHEMORRHOIDECTOMY AND TRANSANAL HEMORRHOIDAL DEARTERIALIZATION

The aim — to compare the early results of stapledcircular hemorrhoidectomy vs transanalhemorrhoidal dearterialization for grade III internal hemorrhoids.

Materials and methods. 65 patients with grade III internal hemorrhoids were admitted for surgical treatment from 2015 to 2017. Patients were randomly divided into two groups: the first (main) — 34 (52.3 %) patients after stapled circular hemorrhoidectomy according to our method, and the second group (comparison) — 31 (47.7 %) patients after transanal hemorrhoidal dearterialization.

Results and discussion. The average surgery duration in 1st group was slightly (in 3.9 %) shorter than in the 2nd (p < 0.05). The average intraoperative blood loss in the second group was 1.7 times higher than in the first. There were no significant differences between two groups in number and types of early postoperative complications (p > 0.05). Both groups results offer that two operative methods are associated with «fast track surgery» principles.

Conclusions. The average intraoperative blood loss in transanal hemorrhoidal dearterialization group was 1.7 times higher than in stapled hemorrhoidectomy group. The early results did not show higher significant differences. Stapled hemorrhoidectomy is the operation of high priority for grade III internal hemorrhoids surgery.

Key words: hemorrhoids, surgery, results.