

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ СОЧЕТАННОГО С ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ



Бозоров Бобир Ахтамали угли, Дусияров Мухаммад Мукумбаевич, Хужабаев Сафарбой Тухтабаевич Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

СУРУНКАЛИ АНАЛ ЁРИҒИ БИЛАН БИРГА КЕЧУВЧИ СУРУНКАЛИ ГЕМОРРОЙНИ ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Бозоров Бобир Ахтамали ўғли, Дусияров Мухаммад Мукумбаевич, Хужабаев Сафарбой Тухтабаевич Самарканд Давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC HEMORRHOIDS ASSOCIATED WITH CHRONIC ANAL FISSURE

Bozorov Bobir Akhtamali ugli, Dusiyarov Muhammad Mukumbaevich, Khujabaev Safarboy Tukhtabaevich Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Мақоланинг мақсади III–IV босқичдаги сурункали геморрой сурункали анал ёриғи билан бирга кечганда такомиллаштирилган жарроҳлик ёндашувининг самарадорлигини илмий жиҳатдан асослашдан иборат. Таҳлил 132 нафар беморни текшириши ва даволаш натижаларига асосланган бўлиб, улар назорат ва асосий гуруҳларга ажратилди. Назорат гуруҳида Миллиган–Морган усули бўйича ёпиқ геморроидэктомия, анал ёриғини кесиб олиб ташлаш, жароҳатни очиқ қолдириши ва ёнлама дозаланган сфинктеротомия бажарилди. Асосий гуруҳда анал канални эҳтиёткорлик билан кенгайтириши, ўзгармаган шиллиқ қаватни максимал сақлаш, анал ёриғини кесиб олиб ташлаб, жароҳатни кўндаланг йўналишида тикиши, ташиқи геморроидал тугунларни циркуляр коррекция қилиши ҳамда аноректал чизиқни сақлашга асосланган модификацияланган усул қўлланилди. Такомиллаштирилган усул яққол озғиқ синдромини 71,5% дан 41,5% гача, биринчи боғламда қон ажралишини 31,0% дан 8,9% гача, биринчи дефекацияда қийинлашини 28,5% дан 10,4% гача камайтириши имконини берди. Узоқ муддатли натижаларда анал канал стриктураси 7,8% дан 2,6% гача, анал сфинктер етишимовчилиги 9,2% дан 2,6% гача камайтиди, асосий гуруҳда анал ёриғи қайталаниши қайд этилмади.

Калим сўзлар: сурункали геморрой, сурункали анал ёриғи, геморроидэктомия, анал сфинктер, операциядан кейинги асоратлар, анал канал стриктураси, қайталаниши.

Abstract. The aim of this article is to provide a scientific rationale for the effectiveness of an improved surgical approach in patients with stage III–IV chronic hemorrhoids combined with chronic anal fissure. The analysis is based on the results of examination and treatment of 132 patients divided into control and main groups. In the control group, closed Milligan–Morgan hemorrhoidectomy was combined with fissure excision, open wound management and lateral dosed sphincterotomy. In the main group, a modified technique was applied, including gentle anal canal dilatation, maximal preservation of intact anal mucosa, fissure excision with transverse wound suturing, circular correction of external hemorrhoids and preservation of the anorectal line. The improved technique reduced the rate of severe postoperative pain from 71.5% to 41.5%, bleeding during the first dressing from 31.0% to 8.9%, difficulty during the first defecation from 28.5% to 10.4%, and decreased long-term complications. Anal canal stricture decreased from 7.8% to 2.6%, anal sphincter insufficiency from 9.2% to 2.6%, and recurrence of chronic anal fissure was not observed in the main group. These findings support wider clinical implementation of the proposed surgical method in proctological practice.

Keywords: chronic hemorrhoids, chronic anal fissure, hemorrhoidectomy, anal sphincter, postoperative complications, anal canal stricture, recurrence..

Актуальность. Хронический геморрой и хроническая анальная трещина относятся к наиболее распространённым неопухольевым заболеваниям анального канала и прямой кишки, которые часто приводят к боли, кровотечению, выпадению геморроидальных узлов, нарушению дефекации и выраженному снижению качества жизни пациентов трудоспособного возраста. Современные клинические рекомендации подчёркива-

ют необходимость тщательной оценки симптомов, стадии геморроидальной болезни, функционального состояния сфинктерного аппарата и сопутствующих заболеваний аноректальной зоны до выбора лечебной тактики [7, 9, 15].

Актуальность проблемы особенно возрастает при сочетании хронического геморроя III–IV стадии с хронической анальной трещиной, поскольку наличие двух заболеваний одновременно

формирует более тяжёлую клиническую картину и повышает риск неудовлетворительных результатов хирургического лечения. В литературе отмечается, что сочетанная неопухоловая патология анального канала и прямой кишки встречается у значительной части проктологических больных, а показания к одномоментным операциям до настоящего времени не являются полностью стандартизированными [5, 6].

Узбекские авторы указывают на необходимость дифференцированного подхода к операциям при хроническом геморрое и сочетанной патологии анального канала, поскольку чрезмерное иссечение слизистой оболочки, травматичная сфинктеротомия, несоблюдение анатомических ориентиров аноректальной зоны и недостаточная профилактика рубцового сужения могут приводить к кровотечениям, выраженному болевому синдрому, стриктурам и недостаточности анального сфинктера [1, 2, 3, 4, 5, 14].

Международные публикации также демонстрируют, что современная колопроктология постепенно смещается от радикально-травматичных вмешательств к функционально щадящим методикам, направленным на сохранение слизистых мостиков, снижение послеоперационной боли, профилактику анального стеноза и уменьшение риска инконтиненции [8, 10, 11, 13]. При хронической анальной трещине особое значение имеет контроль спазма внутреннего сфинктера, однако чрезмерная или необоснованная сфинктеротомия может увеличивать вероятность нарушения удерживающей функции анального канала [7, 13].

В связи с этим разработка и клиническая оценка усовершенствованных способов геморроидэктомии при сочетании с хронической анальной трещиной остаётся важной задачей современной проктологии. Наибольший интерес представляет методика, которая одновременно обеспечивает радикальное удаление патологически изменённых геморроидальных узлов, полноценное иссечение хронической трещины, сохранение анатомически значимых участков слизистой оболочки и снижение травматизации сфинктерного аппарата.

Целью исследования явилось улучшение результатов хирургического лечения пациентов с хроническим геморроем III–IV стадии, сочетающимся с хронической анальной трещиной, путём внедрения усовершенствованной комбинированной оперативной методики, направленной на снижение ранних и отдалённых послеоперационных осложнений.

Материал и методы исследования. Исследование основано на результатах обследования и хирургического лечения 132 пациентов с хроническим геморроем III–IV стадии в сочетании с хронической анальной трещиной, находившихся

на лечении в проктологическом отделении клиники Самаркандского государственного медицинского университета и клинике «Доктор О» в 2021–2025 гг. Пациенты были разделены на две клинически сопоставимые группы в зависимости от применённого варианта оперативного лечения.

Контрольную группу составили 65 пациентов, которым выполняли закрытую геморроидэктомию по Миллигану–Моргану во второй модификации с иссечением хронической анальной трещины, оставлением раны после иссечения трещины открытой и боковой дозированной подкожной сфинктеротомией. Основную группу составили 67 пациентов, которым выполнена усовершенствованная сочетанная операция, включавшая медленное растяжение анального канала, иссечение внутренних геморроидальных узлов с максимальным сохранением интактной слизистой оболочки, иссечение хронической анальной трещины с поперечным ушиванием раны, циркулярное иссечение наружных геморроидальных узлов с сохранением здоровых участков кожи периаанальной области и сохранение аноректальной линии за исключением зоны расположения трещины. Среди обследованных пациентов мужчин было 74 (56,1%), женщин — 58 (43,9%). Наиболее многочисленную группу составили лица 30–60 лет, то есть пациенты наиболее социально и трудоспособного возраста. Средний возраст больных составил $46,5 \pm 2,1$ года. Хронический геморрой III стадии диагностирован у 68 (51,5%) пациентов, хронический геморрой IV стадии — у 64 (48,5%) больных. Задняя локализация анальной трещины отмечена у 112 (84,8%) пациентов, передняя — у 20 (15,2%). Диагностическая программа включала сбор жалоб и анамнеза, наружный осмотр периаанальной области, пальцевое исследование прямой кишки, оценку степени выпадения геморроидальных узлов, уточнение локализации анальной трещины, ректороманоскопию, а при наличии показаний — колоноскопию и ирригоскопию. Функциональное состояние запирающего аппарата прямой кишки оценивали с использованием сфинктерометрии по А.М. Аминеву. В послеоперационном периоде анализировали выраженность болевого синдрома, кровотечение, выделение крови при первой перевязке, задержку мочеиспускания, затруднение первой дефекации, развитие острого парапроктита, недержание газов, сроки стационарного лечения и длительность временной нетрудоспособности.

Особенности усовершенствованной хирургической методики. Предложенная методика была направлена на устранение основных факторов, обуславливающих неудовлетворительные результаты стандартных операций при сочетании хронического геморроя с хронической анальной трещиной.

Таблица 1. Клиническая характеристика обследованных пациентов

Показатель	Абс.	%	Клиническое значение
Всего пациентов	132	100	Пациенты с хроническим геморроем III–IV стадии и хронической анальной трещиной
Контрольная группа	65	49,2	Закрытая геморроидэктомия с открытым ведением раны трещины и сфинктеротомией
Основная группа	67	50,8	Усовершенствованная методика с поперечным ушиванием раны после иссечения трещины
Мужчины	74	56,1	Сочетанная патология несколько чаще наблюдалась у мужчин
Женщины	58	43,9	Сохранялась высокая частота заболевания и среди женщин
Хронический геморрой III стадии	68	51,5	Выпадение узлов с необходимостью ручного вправления
Хронический геморрой IV стадии	64	48,5	Постоянное выпадение узлов и слизистой оболочки
Задняя локализация трещины	112	84,8	Наиболее типичная локализация по условному циферблату на 6 часах
Передняя локализация трещины	20	15,2	Менее частый вариант локализации

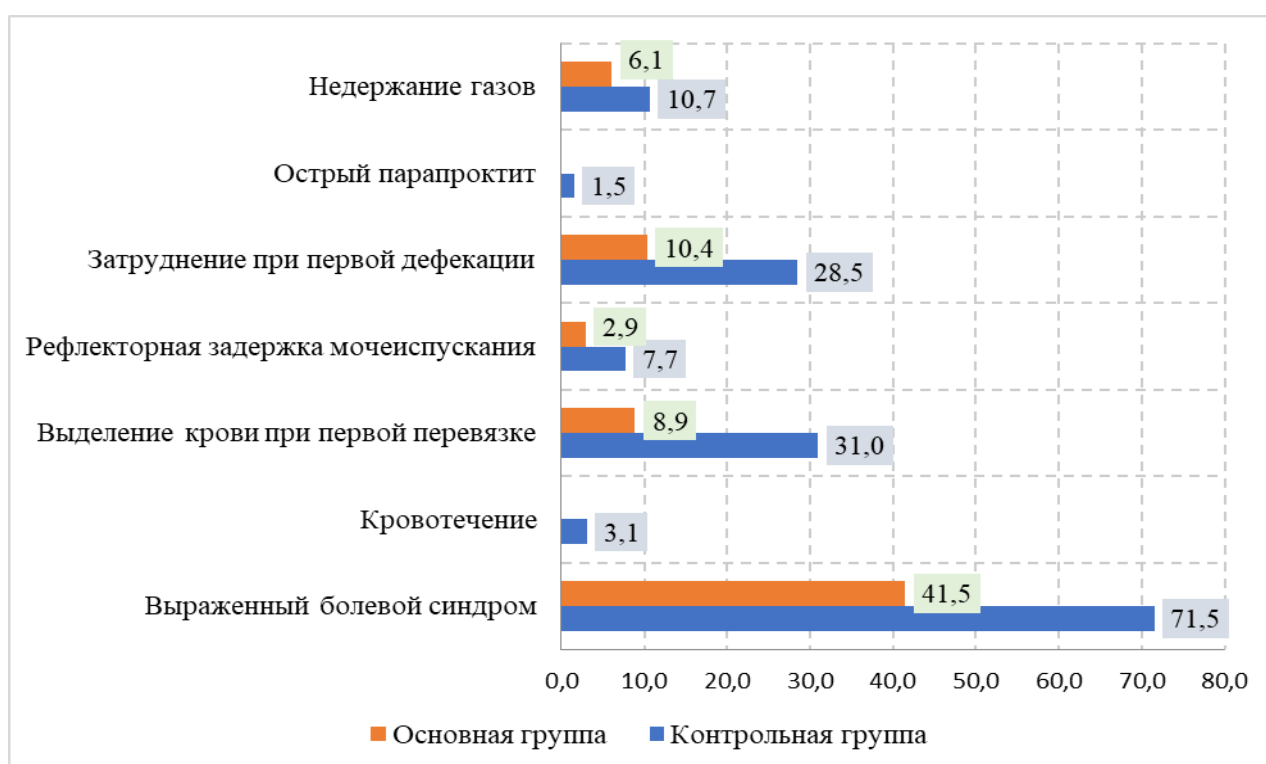


Рис. 1. Частота ранних послеоперационных осложнений в контрольной и основной группах

К таким факторам относятся избыточная травматизация слизистой оболочки анального канала, формирование протяжённых радиальных ран, сохранение открытой раневой поверхности после иссечения трещины, выраженный послеоперационный болевой синдром и риск рубцового сужения анального канала. Медленное растяжение анального жома в горизонтальном направлении обеспечивало достаточную экспозицию операционного поля без грубой травмы сфинктерного аппарата. При иссечении внутренних геморроидальных узлов сохранялись неизменённые участки слизистой оболочки, что имело принципиальное значение для профилактики стриктур и поддержания нормальной эпителизации. Иссече-

ние хронической анальной трещины с ушиванием раны в поперечном направлении способствовало уменьшению натяжения тканей, лучшему сопоставлению краёв раны и снижению риска грубого рубцевания. В отличие от традиционного подхода, при котором рана после иссечения анальной трещины нередко оставляется открытой, поперечное ушивание создаёт условия для более контролируемого заживления. Сохранение аноректальной линии и здоровых участков перианальной кожи является важным анатомо-функциональным принципом, позволяющим уменьшить вероятность стеноза, деформации анального канала и нарушения чувствительной функции перианальной зоны.

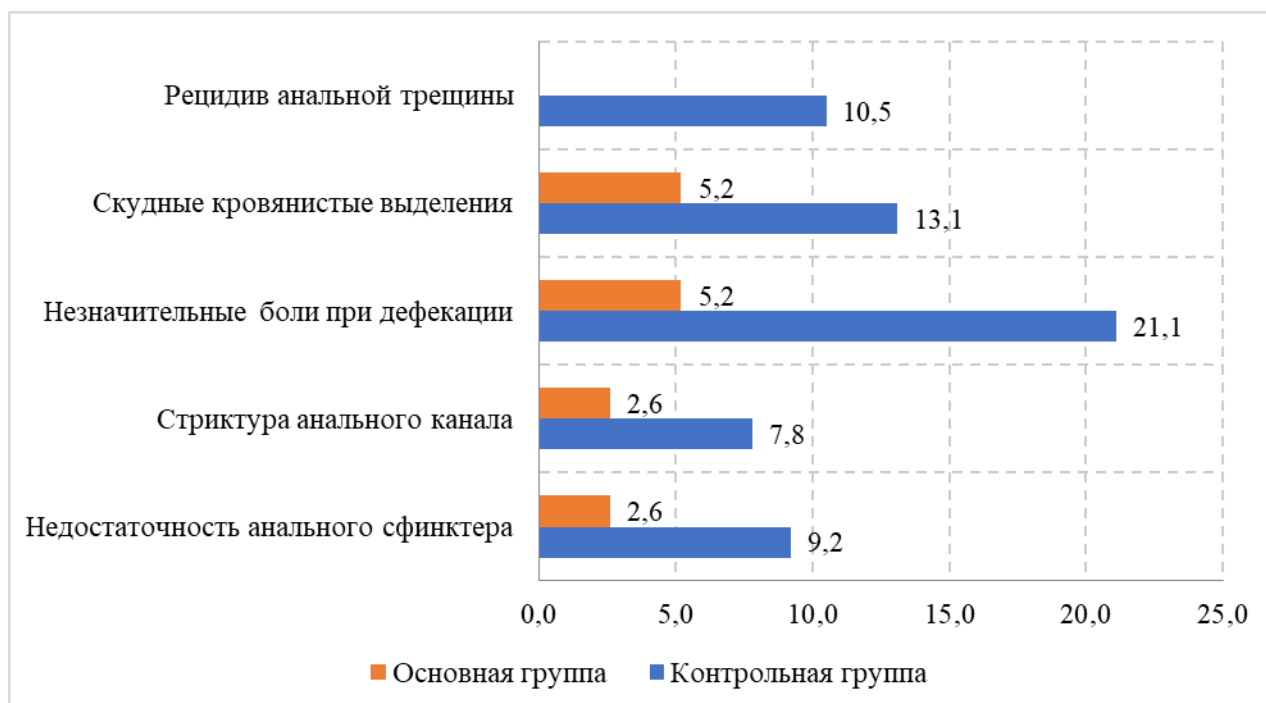


Рис. 2. Отдалённые осложнения после хирургического лечения хронического геморроя с хронической анальной трещиной

Результаты исследования. Сравнительный анализ ближайших результатов показал преимущество усовершенствованной методики. В контрольной группе выраженный болевой синдром в области послеоперационных ран наблюдался у 46 (71,5%) пациентов, тогда как в основной группе — у 28 (41,5%) больных. Такое снижение можно объяснить меньшей травматизацией анального канала, отсутствием избыточной сфинктеротомии и более рациональным ушиванием раны после иссечения трещины.

Кровотечение из культи сосудистой ножки иссечённого геморроидального узла было зарегистрировано у 2 (3,1%) пациентов контрольной группы и не отмечалось в основной группе. Выделение крови при первой перевязке наблюдалось у 19 (31,0%) больных контрольной группы и только у 6 (8,9%) пациентов основной группы. Затруднение первой дефекации после операции отмечено у 18 (28,5%) больных контрольной группы и у 7 (10,4%) пациентов основной группы. Эти данные свидетельствуют о меньшей выраженности местной воспалительной реакции и лучшей функциональной переносимости операции при применении усовершенствованной методики.

При анализе сроков стационарного лечения установлено, что пациенты контрольной группы находились в стационаре в среднем $9,6 \pm 1,1$ койко-дня, тогда как пациенты основной группы — $8,2 \pm 0,4$ койко-дня. Сроки временной нетрудоспособности также имели тенденцию к сокращению: $28,2 \pm 1,4$ дня в контрольной группе и $26,4 \pm 1,2$ дня в основной группе. Несмотря на умеренную раз-

ницу абсолютных значений, в клинической практике даже сокращение на 1–2 дня имеет значение, поскольку уменьшает экономическую нагрузку, ускоряет социальную адаптацию пациента и снижает риск госпитальных осложнений.

Отдалённые результаты были изучены у 38 пациентов контрольной группы и 39 пациентов основной группы в сроки от 6 месяцев до 3 лет. В контрольной группе недостаточность анального сфинктера первой степени выявлена у 6 (9,2%) пациентов, стриктура анального канала — у 3 (7,8%), незначительные боли при дефекации — у 8 (21,1%), скудные кровянистые выделения — у 5 (13,1%), рецидив анальной трещины — у 4 (10,5%) пациентов. В основной группе указанные осложнения встречались реже: недостаточность сфинктера — у 1 (2,6%) пациента, стриктура — у 1 (2,6%), слабые боли при дефекации — у 2 (5,2%), скудные кровянистые выделения — у 2 (5,2%); рецидив анальной трещины не зарегистрирован.

Обсуждение. Полученные результаты подтверждают, что при сочетании хронического геморроя III–IV стадии с хронической анальной трещиной хирургическая тактика должна быть не только радикальной, но и функционально щадящей. Простое объединение стандартной геморроидэктомии с иссечением трещины и сфинктеротомией может сопровождаться повышенным риском боли, кровотечения, рубцевания и нарушений удерживающей функции анального сфинктера. Это согласуется с данными клинических рекомендаций и современных обзоров, где подчёркивается необходимость индивидуализации хи-

рургического подхода и сохранения анатомо-функциональных структур анального канала [7, 9, 15].

Одним из ключевых факторов успешного лечения является сохранение слизистых мостиков и аноректальной линии. Эти структуры участвуют в нормальном заживлении, обеспечивают эластичность анального канала, уменьшают риск рубцовой деформации и сохраняют чувствительную функцию перианальной зоны. При традиционном радиальном ушивании нескольких послеоперационных ран может формироваться множественное рубцовое натяжение, которое особенно опасно у пациентов с исходно повышенным тонусом сфинктера и хронической трещиной.

Поперечное ушивание раны после иссечения анальной трещины имеет важное патогенетическое значение. При таком варианте закрытия раны уменьшается линейное продольное натяжение, которое может поддерживать болевой синдром и препятствовать эпителизации. Одновременно создаются более благоприятные условия для формирования мягкого рубца, что снижает вероятность стриктуры анального канала. Это подтверждается снижением частоты стриктуры с 7,8% в контрольной группе до 2,6% в основной группе.

Снижение частоты недостаточности анального сфинктера с 9,2% до 2,6% свидетельствует о функциональном преимуществе модифицированной методики. Данный показатель имеет особое значение, поскольку даже лёгкая степень анальной инконтиненции существенно ухудшает качество жизни пациентов. Публикации, посвящённые хронической анальной трещине, указывают, что сфинктеросохраняющие и дозированные вмешательства должны рассматриваться как приоритетные у пациентов с риском нарушения удержания [7, 13].

Результаты исследования имеют также практическое значение для региональной колопроктологической службы. Большинство пациентов были лицами трудоспособного возраста, поэтому снижение осложнений, сокращение сроков госпитализации и уменьшение периода временной нетрудоспособности напрямую связаны с социально-экономической эффективностью лечения. В условиях высокой распространённости хронического геморроя и позднего обращения пациентов за медицинской помощью внедрение более безопасных и функционально ориентированных методик представляет важный резерв улучшения результатов проктологической помощи.

Заключение. Хронический геморрой III–IV стадии в сочетании с хронической анальной трещиной представляет собой клинически сложную форму сочетанной патологии анального канала, требующую дифференцированного хирургиче-

ского подхода. Стандартная закрытая геморроидэктомия с иссечением трещины, оставлением раны открытой и боковой сфинктеротомией обеспечивает радикальность вмешательства, однако сопровождается более высокой частотой ранних и отдалённых осложнений.

Усовершенствованная методика, основанная на щадящем расширении анального канала, максимальном сохранении неизменённой слизистой оболочки, поперечном ушивании раны после иссечения анальной трещины, рациональной коррекции наружных геморроидальных узлов и сохранении аноректальной линии, позволила достоверно улучшить ближайшие результаты лечения. Наиболее выраженное снижение отмечено по частоте болевого синдрома, кровянистых выделений при первой перевязке и затруднения первой дефекации.

В отдалённом периоде применение модифицированной методики сопровождалось снижением частоты стриктуры анального канала с 7,8% до 2,6%, недостаточности анального сфинктера с 9,2% до 2,6% и отсутствием рецидива хронической анальной трещины. Полученные данные подтверждают клиническую эффективность, безопасность и практическую целесообразность более широкого внедрения предложенной методики в хирургическое лечение хронического геморроя, сочетающегося с хронической анальной трещиной.

Выводы:

1. Неудовлетворительные результаты традиционной геморроидэктомии при сочетании хронического геморроя с хронической анальной трещиной в значительной степени связаны с избыточной травматизацией слизистой оболочки, открытым ведением раны после иссечения трещины и риском повреждения сфинктерного аппарата.

2. Усовершенствованная методика хирургического лечения обеспечивает более щадящее восстановление анатомии анального канала и снижает частоту ранних послеоперационных осложнений, включая выраженный болевой синдром, кровянистые выделения и затруднение первой дефекации.

3. В отдалённые сроки предложенная методика снижает риск стриктуры анального канала и недостаточности анального сфинктера, а также позволяет предотвратить рецидив хронической анальной трещины.

4. Методика может быть рекомендована для клинического применения у пациентов с хроническим геморроем III–IV стадии, сочетающимся с хронической анальной трещиной, особенно при наличии выраженного болевого синдрома, выпадения узлов, рубцовых изменений и риска функциональных осложнений.

Литература:

1. Базаров, Б. А. Совершенствование хирургического лечения хронического геморроя при сочетании с хронической анальной трещиной / Б. А. Базаров, С. Т. Хужабаев, М. М. Дусияров // *Gospodarka i Innowacje*. — 2025.
2. Камолов, Т. К. Причины возникновения послеоперационной недостаточности анального сфинктера / Т. К. Камолов, З. И. Муртазаев, К. У. Шеркулов, Ш. У. Бойсариев, С. Ж. Камолов // *Национальная ассоциация учёных*. — 2016. — № 1(17). — С. 12–14.
3. Ризаев Ж. А., Саидов М. А., Хасанжанова Ф. О. Статистический анализ информированности кардиологических и кардиохирургических пациентов о высокотехнологичной медицинской помощи в Самаркандской области // *Вестник науки*. — 2023. — Т. 1. — №. 11 (68). — С. 992-1006.
4. Ризаев Ж. А., Саидов М. А., Хасанжанова Ф. О. Современные тенденции распространенности и исхода сердечно-сосудистых заболеваний среди населения Республики Узбекистан // *Journal of cardiorespiratory research*. — 2023. — Т. 1. — №. 1. — С. 18-23.
5. Ризаев Ж. А., Асадуллаев Н. С., Абдувакилов Ж. У. Динамика возрастных показателей физико-химического состава ротовой жидкости у лиц пожилого и старческого возраста // *Вісник проблем біології і медицини*. — 2018. — Т. 1. — №. 3 (145). — С. 382-385.
6. Ризаев Ж. А., Фаттахов Р. А. Изучение уровня психоэмоционального напряжения у пациентов на стоматологическом приеме // *Stomatologiya*. — 2017. — №. 3. — С. 75-79.
7. Ризаев Ж. А., Туксонбоев Н. Х. У. Деформация носа с расщелиной и ринопластика // *Scientific progress*. — 2021. — Т. 2. — №. 2. — С. 92-104.
8. Gardner, I. H. Benign anorectal disease: hemorrhoids, fissures, and fistulas / I. H. Gardner, R. V. Siddharthan, V. L. Tsikitis // *Annals of Gastroenterology*. — 2020. — Vol. 33, No. 1. — P. 9–18.
9. Hawkins, A. T. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Hemorrhoids / A. T. Hawkins, B. R. Davis, A. R. Bhama [et al.] // *Diseases of the Colon & Rectum*. — 2024. — Vol. 67, No. 5. — P. 614–623.
10. Lohsiriwat, V. Hemorrhoids: from basic pathophysiology to clinical management / V. Lohsiriwat // *World Journal of Gastroenterology*. — 2012. — Vol. 18, No. 17. — P. 2009–2017. DOI: 10.3748/wjg.v18.i17.2009.
11. Mott, T. Hemorrhoids: diagnosis and treatment options / T. Mott, K. Latimer, C. Edwards // *American Family Physician*. — 2018. — Vol. 97, No. 3. — P. 172–179.
12. Quinn, R. Effectiveness of combined botulinum toxin and fissurectomy on chronic anal fissures: a systematic review / R. Quinn, G. Jamsari, G. K. Low, S. Albayati // *ANZ Journal of Surgery*. — 2025. — Vol. 95, No. 3. — P. 293–303.
13. Sabuncuoglu, M. Z. Comparative analysis of open and closed sphincterotomy for the treatment of chronic anal fissure: safety and efficacy evaluation / M. Z. Sabuncuoglu, I. Sozen, I. Zihni, G. Celik, B. Turan, S. Acar // *Medical Science Monitor*. — 2024. — Vol. 30. — e944127.
14. Sharipov, F. A. Optimization of clinical outcomes and cost reduction in surgical treatment of hemorrhoids using ultrasonic dissection / F. A. Sharipov, S. T. Khujabaev // *International Journal of Medical Sciences and Clinical Research*. — 2025.
15. van Tol, R. R. European Society of ColoProctology guideline for haemorrhoidal disease / R. R. van Tol, J. Kleijnen, A. J. M. Watson [et al.] // *Colorectal Disease*. — 2020. — Vol. 22. — P. 650–662.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ СОЧЕТАННОГО С ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ

Бозоров Б.А., Дусияров М.М., Хужабаев С.Т.

Резюме. Целью статьи является научное обоснование эффективности усовершенствованного хирургического подхода при хроническом геморрое III–IV стадии, сочетающемся с хронической анальной трещиной. В основу анализа положены результаты обследования и лечения 132 пациентов, разделённых на контрольную и основную группы. В контрольной группе применяли закрытую геморроидэктомию по Миллигану–Моргану с иссечением анальной трещины, оставлением раны открытой и боковой дозированной сфинктеротомией. В основной группе использовали модифицированную методику, предусматривающую щадящее растяжение анального канала, максимальное сохранение интактной слизистой оболочки, иссечение анальной трещины с поперечным ушиванием раны, циркулярную коррекцию наружных геморроидальных узлов и сохранение аноректальной линии. Усовершенствованная методика обеспечила снижение частоты выраженного болевого синдрома с 71,5% до 41,5%, кровянистых выделений при первой перевязке с 31,0% до 8,9%, затруднения первой дефекации с 28,5% до 10,4%, а также уменьшение отдалённых осложнений. Стриктура анального канала снизилась с 7,8% до 2,6%, недостаточность анального сфинктера — с 9,2% до 2,6%, а рецидив анальной трещины в основной группе не зарегистрирован. Полученные результаты позволяют рекомендовать предложенную методику для более широкого применения в клинической проктологической практике.

Ключевые слова: хронический геморрой, хроническая анальная трещина, геморроидэктомия, анальный сфинктер, послеоперационные осложнения, стриктура анального канала, рецидив.