

А.М. БОГОМАЗОВ¹, к.м.н., Е.Б. ГОЛОВКО², к.м.н., Е.А. ЗАГРЯДСКИЙ³, д.м.н., профессор

¹ МЦ «Южный», Москва

² Клиники «МЕДСИ МСК 12», Москва

³ МЦ «ОН КЛИНИК», Москва

Частота факторов риска возникновения геморроя и определение взаимосвязи между геморроем и хроническими заболеваниями вен

Результаты российской части международной программы CHORUS

Представлены результаты российской части международной многоцентровой скрининговой программы CHORUS, направленной на изучение частоты симптомов и факторов риска геморроя в реальных условиях, на выявление возможной взаимосвязи геморроя и хронических заболеваний вен (ХЗВ). Представлены данные обследования 2 668 пациентов, обратившихся к врачу по поводу геморроя. Среди них 1 438 (53,9%) женщин и 1 230 (46,1%) мужчин в возрасте от 18 до 92 лет. Всем пациентам было выполнено пальцевое исследование прямой кишки, аноскопия и определена стадия геморроя. На основании осмотра и жалоб у 1 539 (57,9%) пациентов выявлены признаки ХЗВ. Выявлена взаимосвязь геморроя и ХЗВ. Сравни-

тельный анализ показал, что симптомы геморроя, повторные обращения и частота повторных обращений по поводу геморроя в группе пациентов с ХЗВ значимо больше, чем в группе без ХЗВ. С увеличением стадии геморроя частота наличия ХЗВ у пациентов также значительно увеличивается. Нарушение кишечного транзита оценивали по длительности дефекаций и консистенции стула. Полученные данные показали, что запорами страдает каждый четвертый пациент, обратившийся по поводу геморроя. Также показана взаимосвязь запоров и тяжести геморроя. У пациентов с запорами симптомы геморроя встречаются чаще, также среди пациентов с запорами значимо больше пациентов с III и IV стадией геморроя.

Ключевые слова: геморрой, факторы риска возникновения геморроя, запоры, хронические заболевания вен

А.М. BOGOMAZOV¹, PhD in medicine, Е.Б. GOLOVKO², PhD in medicine, Е.А. ZGRYADSKY³, MD, Prof.

¹ Medical Center Yuzhny, Moscow; ² Clinics MEDSI MSK 12, Moscow; ³ Medical Center ON CLINIC, Moscow

INCIDENCE OF HEMORRHOID OCCURRENCE RISK FACTORS AND DEFINITION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN HEMORRHOIDS AND CHRONIC VEIN DISEASES. RESULTS OF THE RUSSIAN PART OF THE INTERNATIONAL PROGRAM CHORUS

The results of the Russian part of the CHORUS International Multicenter Screening Program aimed at examining the frequency of symptoms and the risk factors of hemorrhoids in real life conditions are presented to identify possible relationships between hemorrhoids and chronic vein diseases (CVD). A survey of 2 668 patients applying for hemorrhoids was presented. Among them 1 438 (53.9%) women and 1 230 (46.1%) men aged between 18 and 92 years. All the patients passed study of the colon, anoscopy and the hemorrhoids stage was established. On the basis of examinations and complaints in 1539 (57.9%) of patients CVD signs were detected. The relationship between hemorrhoids and CVD was identified. A comparative analysis showed that the symptoms of hemorrhoids,

repeated visits to doctors and the frequency of repeated visits to doctors for hemorrhoids in a group of CVD patients were more significant than in a group without CVD. With the increase in hemorrhoids stage the incidence of CVD is also increasing significantly among patients. The impairment of the intestinal transit was estimated by the length of defecation and consistency of the stool. The data obtained showed that every fourth patient who applied to the doctor due to hemorrhoids had constipation. Also the relationship between the constipation and the gravity of hemorrhoids was shown. In patients with constipation the symptoms of hemorrhoids are more frequent, and the number of patients with III and IV stage hemorrhoids is significantly higher.

Keywords: hemorrhoids, hemorrhoids risk factors, constipation, chronic vein diseases

Введение

Геморрой — одно из самых распространенных заболеваний человека. Распространенность заболевания в России достигает 130—

145 случаев на 1000 населения, а его частота в структуре колопроктологических заболеваний варьируется от 34 до 41% [1]. Хронические заболевания вен нижних конечностей (ХЗВ) — не менее редкое заболевание в России, кото-

рым страдают до 67—71% взрослого населения [2]. Наличие общих факторов риска возникновения геморроя и ХЗВ, таких как малоподвижный образ жизни, длительное пребывание в положении стоя или сидя, воз-

раст, избыточный вес и неправильное питание, беременность и роды, нарушение транзита кишечного содержимого, курение предполагает наличие общих патогенетических механизмов развития этих заболеваний. Данные литературы о взаимосвязи геморроя и ХЗВ скудны [3].

Характерные симптомы геморроя, такие как боль, выделение крови, выпадение узлов и др., являются частыми жалобами пациентов. Однако частота таких симптомов в реальных условиях в популяции пациентов с геморроем недостаточно изучена. Кроме того, проблема запоров, как одного из факторов риска развития геморроя, все еще является предметом дискуссий. Некоторые исследователи считают, что запор может быть причиной геморроя у многих пациентов [4], тогда как у других авторов такое предположение о причинной связи между запором и геморроем подвергается сомнению [5—8]. Натуживание при запоре может сопровождаться значительным повышением внутрибрюшного давления почти до 200 мм рт. ст. [4]. Повышение давления легко передается на вены нижних конечностей. Частые и длительные эпизоды венозной гипертензии могут привести к расширению и воспалению вен не только геморроидального сплетения, но подкожных вен нижних конечностей.

Цель

Определить частоту жалоб на боль, кровотечение, отечность периаанальной области, выпадение геморроидальных узлов, зуд, загрязнение одежды, запоры у лиц, обращающихся за консультацией по поводу геморроя. Определить частоту факторов риска возникновения геморроя. Оценить возможную взаимосвязь геморроя и хронических заболеваний вен.

Материалы и методы

Дизайн исследования

Это многоцентровое исследование, включающее скрининговую и наблюдательные части, проведенное в девяти центрах различных регионов Российской Федерации, 80 врачами-колопроктологами. Исследование длилось 5 месяцев (первый пациент был включен в конце октября 2015 г., последний — в марте 2016 г.). Исследование проведено в соответствии с принципами, изложенными в Хельсинкской декларации (версия, принятая в Форталезе, Бразилия, в 2013 г.) [9]. Все пациенты, включенные в исследование, дали письменное информированное согласие на участие в исследовании, одобренном этическим Комитетом на местном уровне.

Критерии включения

В исследование вошли мужчины и женщины старше 18 лет, предъявляющие жалобы, связанные с геморроем. Из исследования исключены пациенты с сопутствующей тяжелой системной патологией, беременные женщины, пациенты с анальной трещиной, воспалительными заболеваниями толстой кишки и колоректальным раком, а так-

же пациенты, консультирующиеся по неотложной проблеме, не связанной с геморроем. Другой причиной исключения была неспособность пациента понять смысл программы исследования и следовать рекомендациям врача.

Протокол скрининговой части исследования включал факторы риска возникновения геморроя и ХЗВ. Фиксировались конституциональные особенности пациентов, этническая принадлежность, занятость профессиональной деятельностью, длительность нахождения в положении стоя в течение дня, риск табакокурения, у женщин прием контрацептивов или заместительной терапии эстрогенами, а также количество родов. Протокол включал частоту обращений пациентов по поводу геморроя в течение последних 2 лет, а также наличие одного или нескольких анальных симптомов: боль, кровотечение, отечность, выпадение узлов, зуд, загрязнение, недержание кала.

Диагноз геморроя устанавливался на основании клинических проявлений, обследования (пальцевого исследования прямой кишки и аноскопии). Стадия геморроя устанавливалась в соответствии с классификацией Goligher [10]. Отмечались

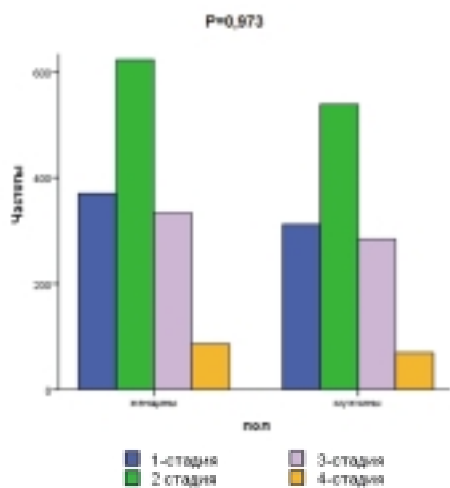
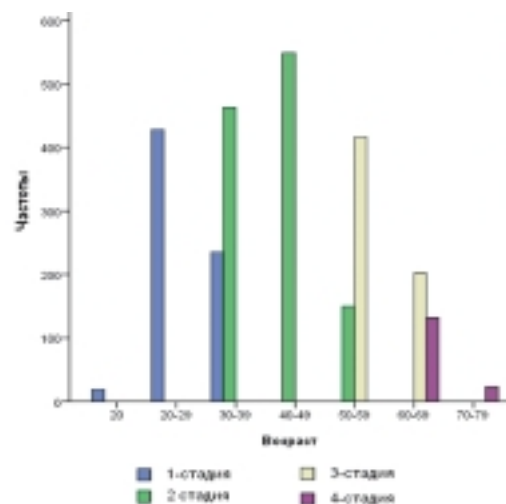
ТАБЛИЦА 1. Исходные характеристики пациентов, включенных в исследование

Количество пациентов		Группа-скрининг, n = 2 668
Возраст Mean ± SD		44,0 ± 13,7
Min-max		18—92
Пол, n (%)	Мужчины	1 230 (46,1)
	Женщины	1 438 (53,9)
Стадия геморроя n = 2 617 (n, %)		
I	682	25,6
II	1 162	43,6
III	618	23,2
IV	155	5,8
ИТОГО:	2 617	98,2
Нет геморроя	51	1,9
Всего:	2 668	100,0

ТАБЛИЦА 2. Распределение пациентов по половой принадлежности и стадиям геморроя

пол	Стадия геморроя (n, %)				Итого
	I	II	III	IV	
женщины	370 (54,3)	623 (53,6)	334 (54,0)	86 (55,5)	1 413 (54,0)
мужчины	312 (45,7)	539 (46,4)	284 (46,0)	69 (44,5)	1 204 (46,0)
Итого	682 (100,0)	1 162 (100,0)	618 (100,0)	155 (100,0)	2 617 (100,0)

Примечание. $p = 0,973$

РИСУНОК 1. Распределение пациентов по половой принадлежности и стадиям геморроя**РИСУНОК 2. Распределение пациентов по возрасту и стадиям геморроя**

данные о наличии и длительности запоров, о времени дефекации, использования слабительных препаратов. Консистенция стула оценивалась по Бристольской шкале [11]. Наличие сопутствующего хронического заболевания вен (ХЗВ) фикси-

ровалось в протоколе по классификации CEAP [12] на основании жалоб и объективного осмотра пациентов. Демографические данные представлены в *таблице 1*. Статистический анализ проведен с использованием программы SPSS

(v. 18.0, Chicago, IL). Цифровые данные, отвечающие нормальному распределению, представлены как среднее либо стандартное отклонение или медиана и диапазон. Для выявления зависимости клинических признаков применен

ТАБЛИЦА 3. Влияние возраста на развитие геморроя

Возраст	Стадия геморроя (n, %)				Итого
	I	II	III	IV	
До 20	19 (2,8)	-	-	-	19 (0,7)
20—29	428 (62,8)	-	-	-	428 (16,4)
30—39	235 (34,5)	463 (39,8)	-	-	698 (26,6)
40—49	-	549 (47,2)	-	-	549 (21,0)
50—59	-	150 (12,9)	416 (67,3)	-	566 (21,6)
60—69	-	-	202 (32,7)	132 (85,2)	334 (12,8)
70—79	-	-	-	23 (14,8)	23 (0,9)
Итого	682	1 162	618	155	2 617



ТАБЛИЦА 4. Наличие родов и их количество у женщин в исследуемой группе

Показатели	Количество женщин (n%)
Родов не было	264 (18,7)
Роды были	1 149 (81,3)
<i>Число родов</i>	
1 роды	504 (35,6)
2 родов	520 (36,8)
3 родов	89 (6,3)
4 родов	299 (21,2)
5 родов	1 (0,1)
Итого:	1 413 (100)

тест Спирмена для расчета непараметрического коэффициента ранговой корреляции. Тест считали статистически значимым при $p < 0,005$.

Результаты

По результатам скрининга в исследование вошли 2 617 пациентов с подтвержденным диагнозом *геморрой*. Из них мужчин — 1 204 (46,0%) и женщин — 1 413 (55,0%) в возрасте от 18 до 79 лет (медиана 43 года). Статистически значимых отличий по половому составу пациентом не выявлено ($p = 0,973$) (табл. 2, рис. 1).

Факторы риска

Возраст

Распределение больных по возрастным группам представлено в таблице 3. Исследование показало, что основная группа пациентов с геморроем — пациенты молодого и трудоспособного возраста (от 20 до 59 лет) — 2 241 (85,6%) с I и II стадией геморроя. Следует обратить внимание на пациентов молодого возраста (от 20 до 29 лет) — 428 (16,4%) (рис. 2). Пациенты старше 60 лет — 357 (13,7%). Полученные данные показывают,

что с возрастом заболевание прогрессирует, усиливаются дистрофические процессы в связочном аппарате геморроидального сплетения, что приводит к выпадению внутренних геморроидальных узлов. Пациенты с III стадией геморроя — возраст 50—69 лет, пациенты в возрасте 60—79 лет — IV стадия.

Избыточный вес

Считается, что одним из факторов риска развития геморроя является избыточный вес. Среди включенных в исследование пациентов средний индекс массы тела составил $26,0 \pm 4,6$ кг/м².

Нормальная масса тела установлена у 986 (37,7%) пациентов. Избыточной массой тела и ожирением страдали 1 072 (41,0%) и 484 (18,5%) пациентов. Корреляция Спирмена = 0,840, $p = 0,005$ (рис. 3).

Полученные данные показывают, что избыточная масса тела и ожирение подтверждают свою значимость как факторы риска развития геморроя.

Табакокурение

В протокол исследования был включен такой фактор риска, как табакокурение. В исследуемой группе на момент обращения по поводу геморроя табакокурение подтвердили 718 (27,4%) паци-

ентов. При этом 1 444 (55,2%) человека никогда не курили. Корреляционный анализ не выявил связи курения с развитием геморроя. Корреляция Спирмена = 0,682, $p = 0,009$.

Гормональная терапия

У женщин, вошедших в исследуемую группу, можно отметить низкий процент приема контрацептивов, особенно заместительных эстрогенных препаратов. На момент обращения из 1 438 женщин только 258 (17,9%) принимали контрацептивы, а принимающих заместительную терапию было всего 65 (4,5%). В России большинство женщин очень негативно относятся к факту приема гормонов и всячески стараются их не принимать, предпочитая иногда как альтернативу прием биологических активных добавок либо гомеопатических средств. Такой негативизм обусловлен в основном множественными побочными эффектами заместительной терапии. Поэтому полученные данные исследования не позволяют дать объективную оценку эстрогенно-гестагенной терапии как фактора риска в развитии геморроя.

Беременность и роды

Среди факторов риска развития геморроя у женщин рассматривал-

РИСУНОК 3. Распределение пациентов по стадиям геморроя и индексу массы тела

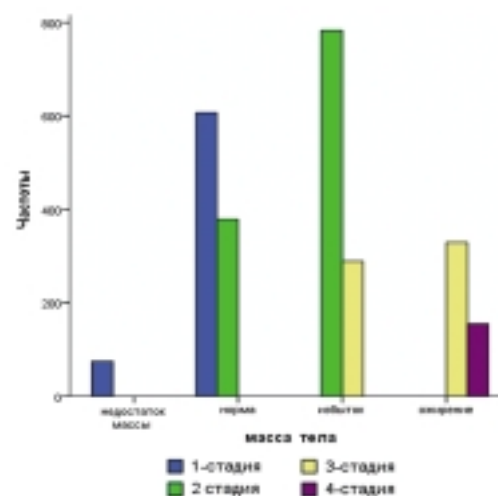


ТАБЛИЦА 5. Частота перенесенных родов и стадии геморроя

Число родов	Стадии (n%)				Итого
	I	II	III	IV	
1	370 (100,0%)	134 (21,5%)	-	—	504 (35,7%)
2	-	489 (78,5%)	31 (9,3%)	-	520 (36,8%)
3	-	-	89 (26,6%)	-	89 (6,3%)
4	-	-	214 (64,1%)	85 (98,8%)	299 (21,2%)
5	-	-	-	1 (1,2%)	1 (0,1%)
Итого	370 (100,0%)	623 (100,0%)	334 (100,0%)	86 (100,0%)	1 413 (100,0%)

Примечание. Корреляция Спирмена = 0,908, $p = 0,005$.

ТАБЛИЦА 6. Клинические проявления геморроя в зависимости от стадии геморроя

Клинические признаки	Стадии геморроя, n = 2 617			
	I n = 682	II n = 1 162	III n = 618	IV n = 155
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Выпадение узлов	49 (7,18)	591 (50,86)	523 (84,63)	147 (94,84)
Боль	407 (59,68)	730 (62,82)	386 (62,46)	107 (69,03)
Кровотечение	389 (57,04)	830 (71,43)	487 (78,80)	133 (85,81)
Отечность	341 (50,0)	648 (55,77)	333 (53,88)	86 (55,48)
Зуд	266 (39,0)	515 (44,32)	307 (49,68)	89 (57,42)
Загрязнение	10 (1,47)	46 (3,96)	69 (11,17)	30 (19,35)

ся такой фактор, как роды. Из 1 413 женщин, обратившихся с геморроем, рожавших было 1 149 (81,3%), только у 264 (18,7%) па-

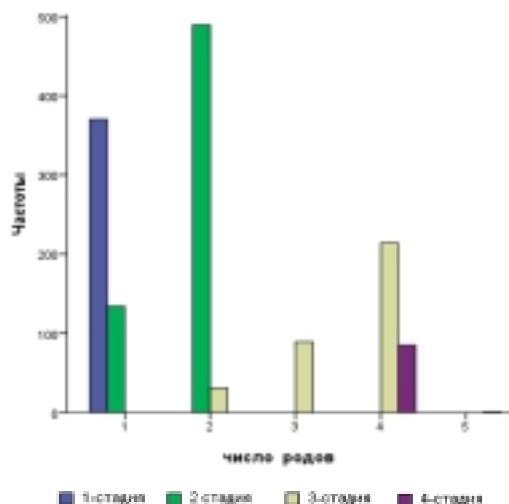
циенток родов не было. Одни роды были у 504 (35,6%) женщин, более двух родов было у 908 (64,3%) женщин (табл. 4).

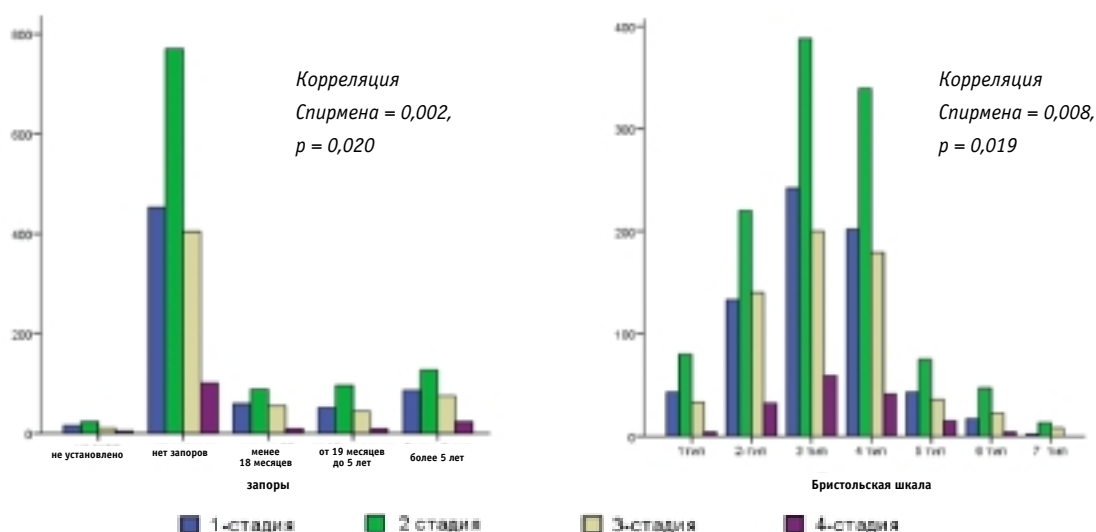
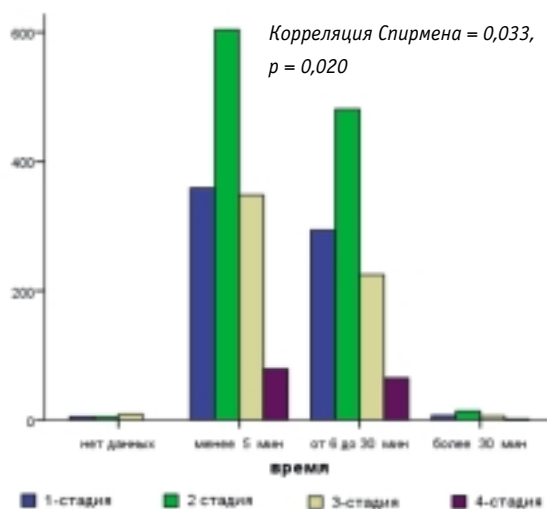
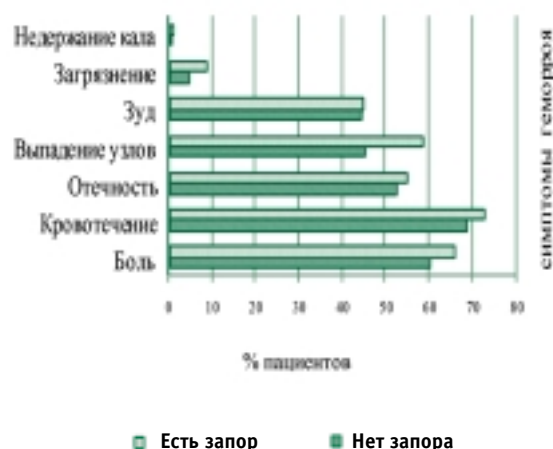
При анализе данных установлено, что частота родов влияет на прогрессирование геморроя. Полученные данные подтверждают, что

ТАБЛИЦА 7. Характер стула у пациентов с геморроем

Запоры и нарушение дефекации	n (%)
Запоры	722 (28,8)
Длительность дефекации от 6 минут и более	1 094 (43,7)
Консистенция стула (Бристольская шкала)	n (%)
Тип 1—2 (запоры)	685 (26,2)
Тип 3—4 (норма)	1 650 (63,1)
Тип 5—7 (жидкий стул/диарея)	282 (10,8)

РИСУНОК 4. Частота перенесенных родов и стадии геморроя



**РИСУНОК 5. Корреляция стадий геморроя и характера стула****РИСУНОК 6. Корреляция стадий геморроя и время дефекации****РИСУНОК 7. Частота анальных симптомов в группах пациентов с запорами и без запоров**

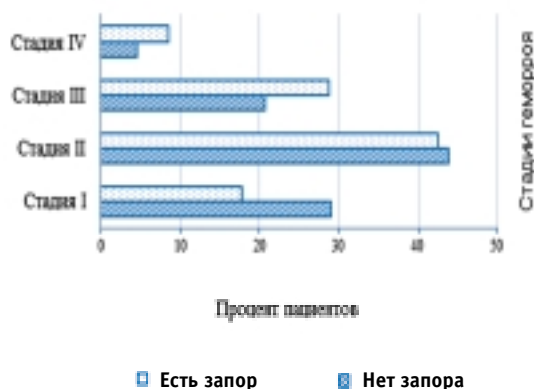
роды являются значимым фактором риска развития геморроя (табл. 5, рис. 4). Частота встречаемости симптомов геморроя в данном исследовании представлена в таблице 6. Многие пациенты указывали на наличие сразу нескольких симптомов. Преимущественно пациенты жаловались на кровотечение, боль, отечность и выпадение геморроидальных узлов. Именно эти симптомы геморроя являются наиболее частыми при обращении пациентов к врачу.

Запоры

Анкетный опрос 2 617 пациентов с геморроем показал наличие запоров у 722 (28,8%) пациентов. Нарушение модели дефекации и изменение характера консистенции стула отмечено у 1 094 (43,7%) и 967 (37,0%) соответственно (табл. 7).

Полученные данные показывают, что у каждого четвертого обратившегося по поводу геморроя объективно отмечены запоры. Несомненно, запор может быть причи-

ной развития геморроя. Однако корреляционный анализ не выявил связи между запорами, консистенцией стула, длительностью дефекаций и стадиями геморроя (корреляция Спирмена = 0,002 $p = 0,020$; корреляция Спирмена = 0,008, $p = 0,019$) (рис. 5, 6). Существование взаимосвязи геморроя и запоров подтвердило сравнение двух групп пациентов с запорами и без них. К примеру, у пациентов с запорами симптомы геморроя встречаются чаще, чем у

РИСУНОК 8. Частота стадий геморроя в группах пациентов с запором и без запоров**ТАБЛИЦА 8.** Распределение пациентов по времени пребывания в положении стоя в течение дня

Время пребывания в положении стоя	Количество больных	
	абс.	%
Менее 2 ч	824	30,88
От 3 до 6 ч	1 326	49,70
Более 7 ч	480	17,99
Нет данных	38	1,42
Всего	2 668	100,00

пациентов без запоров, причем по многим симптомам различия являются статистически значимыми (рис. 7).

Также среди пациентов с запорами статистически значимо больше пациентов с III и IV стадией геморроя, чем у пациентов без запоров (рис. 8).

Полученные данные подтверждает предположение, что при запорах и сильном натуживании, повышается внутрибрюшное давление, которое создает гипертензию в венозных сосудах прямой кишки, усиливая артериальный приток, что способствует дилатации геморроидальных сплетений. Длительные натуживания способствуют дистрофическим изменениям в связочном аппарате геморроидального сплетения, что, несомненно, способствует выпадению узлов. Таким образом, запоры способствуют более быстрому прогрессированию геморроя.

Из 2 668 человек, включенных в исследование, 2 016 (75,6%) были заняты профессиональной деятельностью. Из них 824 (30,9%) пациента пребывали в положении стоя в течение дня менее 2 ч, а 1 806 (67,7%) человек более 3—6 ч проводили в положении стоя в течение дня (табл. 8). Группа пациентов с пребыванием на ногах бо-

ТАБЛИЦА 9. Распределение пациентов с геморроем и ХЗВ

	n = 2 617 (%)		
Есть ХЗВ	1 563 (59,7)		
Нет ХЗВ	1 054 (40,3)		
Итого	2 617 (100,0)		
Стадии геморроя	ХЗВ		Итого
	Нет ХЗВ	Есть ХЗВ	
I	682 (64,7%)		682 (26,1%)
II	372 (35,3%)	790 (50,5%)	1 162 (44,4%)
III		618 (39,5%)	618 (23,6%)
IV		155 (9,9%)	155 (5,9%)
Итого	1 054 (100,0%)	1 563 (100,0%)	2 617 (100,0%)

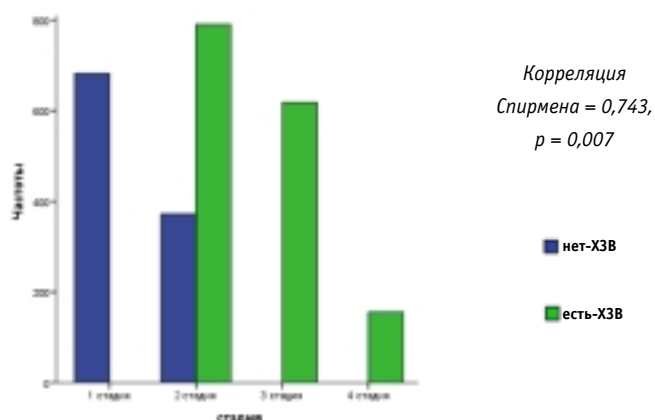
РИСУНОК 9. Распределение пациентов с геморроем и ХЗВ

ТАБЛИЦА 10. Частота ХЗВ у пациентов, обратившихся по поводу геморроя

Наличие признаков ХЗВ	Число валидных ответов	n (%)
	2 579	1 539 (59,7)
Наивысший класс типа венозных признаков	1 537	
C0 Симптомы поражения вен нижних конечностей		310 (20,2)
C1 Телеангиозктазии, ретикулярные вены		566 (36,8)
C2 Варикозно расширенные вены		437 (28,4)
C3 Отек		156 (10,1)
C4a Кожные изменения, пигментация, экзема		51 (3,3)
C4b Кожные изменения, липодерматосклероз, атрофия кожи		12 (0,8)
C5-6 Зажившая или активная язва		5 (0,3)
Всего		1 537 (100,0)

лее 2 ч была в два раза больше, чем группа с пребыванием на ногах менее 2 ч. Несомненно, длительное пребывание на ногах усиливает венозную гипертензию не только в нижних конечностях, но и способствует прогрессированию гемодинамических нарушений в геморроидальных сосудах. Одной из целей исследовательской программы являлась оценка возможной взаимосвязи геморроя и ХЗВ. Наличие ХЗВ нижних конечностей фиксировалось в протоколе по классификации СЕАР. Клинические признаки учитывали по наивысшему клиническому классу заболевания. Полученные данные выявили наличие проблем с вена-

ми нижних конечностей у 1 563 (59,7%) пациентов с геморроем (табл. 9). Полученные данные говорят о корреляционной связи геморроя с ХЗВ (рис. 9). В основном это телеангиозктазии у 565 (36,8%), варикозные расширенные вены у 438 (28,5%), симптомы поражения вен нижних конечностей у 310 (20,2%) и отеки у 156 (10,1%) пациентов. Эти данные показывают, что более чем у половины пациентов, обратившихся с геморроем, одновременно имеются проблемы с венами нижних конечностей, что говорит о частом сочетании геморроидальной болезни с ХЗВ (табл. 10).

Анализ группы больных с рецидивом геморроя (которые ранее консультировались по поводу геморроя) также показал, что чем выше класс заболевания вен, тем выше вероятность повторного обращения пациентов по поводу геморроя (табл. 11). И это различие было достоверным ($p < 0,0001$). Безусловно, все это показывает тесную взаимосвязь геморроя и ХЗВ. Неправильно было бы считать, что геморрой является фактором риска ХЗВ или наоборот. Частое сочетание двух заболеваний, геморроя и ХЗВ, большая вероятность их совместного прогрессирования позволяют говорить об общих гемодинамических нарушениях, связан-

ТАБЛИЦА 11. Повторные обращения с геморроем и классы венозных признаков

	Проблемы с венами нижних конечностей в настоящее время		Наивысший класс венозных признаков					
	Нет (n = 1 040)	Да (n = 1 539)	C0s (n = 310)	C1 (n = 565)	C2 (n = 438)	C3 (n = 156)	C4a-C4b (n = 63)	C5-6 (n = 5)
Пациент ранее консультировался по поводу геморроя	373 (35,9%)	827 (53,8%)	134 (43,2%)	284 (50,3%)	253 (57,9%)	100 (64,1%)	50 (79,4%)	5 (100,0%)
Значение p	<0,0001		<0,0001					

РИСУНОК 10. Распределение пациентов по возрасту

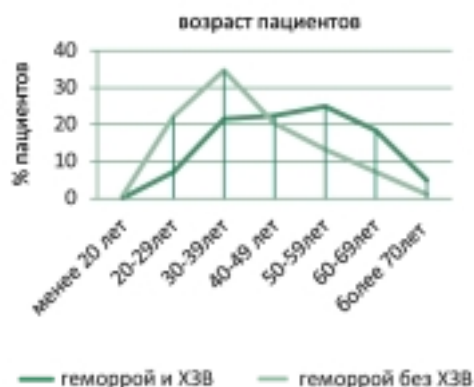
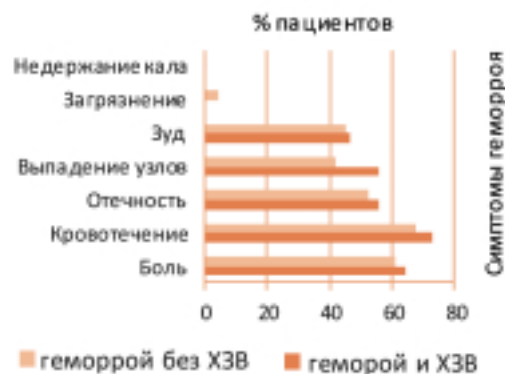


РИСУНОК 11. Частота анальных жалоб у пациентов с ХЗВ и без ХЗВ



ных, на наш взгляд, с гипертензией в венах нижних конечностей и геморроидальных сосудах.

Для лучшего представления о взаимосвязи геморроя и ХЗВ нижних конечностей сравнили группы пациентов с наличием и без ХЗВ. Для решения данной задачи всех пациентов с геморроем распределили на две группы:

● **Группа 1.** Пациенты с геморроем и наличием ХЗВ нижних конечностей. В эту группу вошли пациенты, которым врачи поставили диагноз и у которых отмечено наличие хотя бы одного симптома и признака ХЗВ нижних конечностей.

● **Группа 2.** Пациенты с геморроем, но без ХЗВ нижних конечностей. В эту группу попали пациенты у которых врачи поставили диагноз геморрой и нет симптомов и признаков ХЗВ нижних конечностей. Из 2668 человек критериям отбора соответствовало 2533 пациента. В первую группу вошло 1 514 (59,8%) человек, во вторую — 1 019 (40,2%). В первой группе женщин было в два раза больше (1 009 (66,6%)), чем мужчин (505 (36,4%)). Первая группа по возрасту была значительно старше ($p < 0,001$) второй. Медиана лет 49 в первой группе

и 37 во второй группе. С увеличением возраста количество пациентов в группе 1 становится значительно больше (рис. 10) Индекс массы у пациентов в группе 1 был статистически значимо больше ($p < 0,001$), чем у пациентов в группе 2. Кроме этого, количество пациентов с избыточным весом и ожирением в первой группе было почти в два раза больше, чем во второй. Полученные данные еще раз подтверждают известный факт, что женский пол, возраст и ожирение являются факторами риска ХЗВ нижних конечностей.

РИСУНОК 12. Обращаемость за консультацией по поводу геморроя ранее

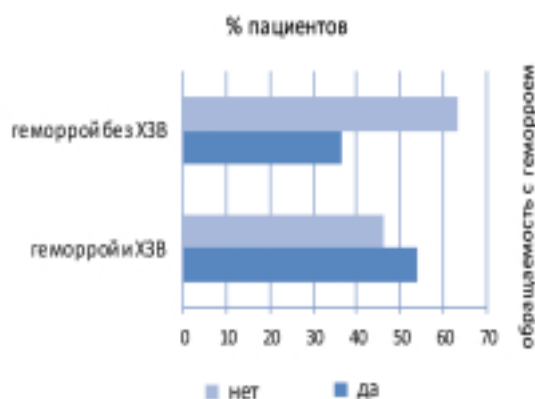
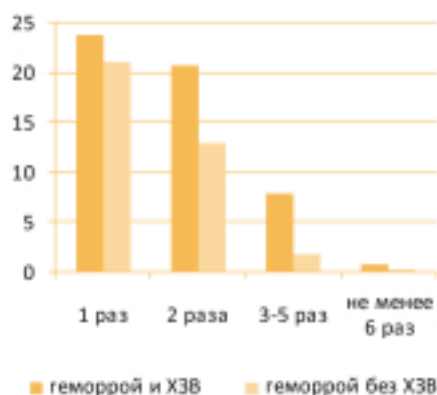


РИСУНОК 13. Частота повторных обращений по поводу геморроя в разных группах



Что касается 2 группы пациентов с геморроем без признаков ХЗВ, то в ней мужчин почти в два раза больше женщин — 64,7 и 35,3% соответственно. Следует отметить, что в общей группе, обратившихся с геморроем, количество мужчин и женщин почти равное, с небольшим преимуществом женщин. Возрастной диапазон обращаемости приходится на работоспособный возраст от 20 до 50 лет, что соответствует общей группе обратившихся по поводу геморроя.

Сравнение анальных жалоб в двух группах показало, что симптомы

значимо больше ($p < 0,001$), чем в популяции без ХЗВ (рис. 12). Сравнение частоты повторных обращений по поводу геморроя в разных группах показало, что пациенты с ХЗВ (группа 1) обращались за консультацией по поводу геморроя 2 раза и более, что статистически значимо больше ($p < 0,001$), чем пациенты второй группы (рис. 13). В первой группе дважды по поводу геморроя обращалось 315 (20,8%) пациентов, в то время как в группе без ХЗВ дважды обращались только 132 (12,9%) человека. Пациенты первой группы обращались по поводу гемор-

(35,2%) человек. С увеличением стадии геморроя частота ХЗВ у пациентов значительно увеличивается. Без сомнения, это еще раз подтверждает связь геморроя и его тяжести с ХЗВ нижних конечностей и показывает, что оба хронических заболевания — геморрой и ХЗВ — чаще всего прогрессируют параллельно.

Заключение

Подводя итоги российской части исследовательской международной программы CHORUS, следует отметить, что получен большой массив содержательной и полезной информации от российской популяции пациентов с геморроем. Анализ результатов исследования показал, что на консультацию к колопроктологу обращаются в одинаковой пропорции как мужчины, так и женщины, с небольшим преимуществом последних, средний возраст пациентов 43 года, средний индекс массы тела $26,0 \pm 4,6$ кг/м². Преимущественно это люди молодого и трудоспособного возраста, 67,7% которых 3—6 и более часов в течение дня проводят в положении стоя. Важно отметить, что анальные симптомы геморроя начинают беспокоить пациентов в молодом возрасте. Данное исследование подтвердило значимость таких факторов риска геморроя, как длительное пребывание в положении стоя, избыточный вес и неправильное питание, беременность и роды, нарушение транзита кишечного содержимого. Курение табака принято считать фактором риска многих сосудистых заболеваний, включая ХЗВ нижних конечностей, однако полученные данные позволяют усомниться, что курение табака следует рассматривать как фактор риска возникновения геморроя. Чаще всего у пациентов диагностирована 2-я стадия геморроя (44,4%), а наиболее частыми сим-

РИСУНОК 14. Частота геморроя по стадиям у пациентов в разных группах



геморроя в популяции с ХЗВ нижних конечностей встречаются чаще, чем в популяции без ХЗВ. Для некоторых симптомов эти различия хотя и заметны, но не являются статистически значимыми. Однако для таких симптомов, как кровотечение и выпадение узлов различия являются статистически значимыми (рис. 11). Это, несомненно, говорит о существующей связи геморроя и ХЗВ нижних конечностей.

Анализ анамнеза геморроя в двух группах показал, что процент пациентов, обратившихся ранее за консультацией по поводу геморроя в популяции с ХЗВ, статистически

от 3 до 5 раз в 121 случае (7,9%), пациенты второй группы — только в 17 (1,7%) случаях. Это подтверждает гипотезу о существовании взаимосвязи геморроя и ХЗВ. Сравнение тяжести геморроя по стадиям в двух группах выявило, что с нарастанием тяжести геморроя частота встречаемости пациентов с ХЗВ статистически значимо больше ($p < 0,001$) при 3-й и 4-й стадиях геморроя (рис. 14). Как показало исследование, у пациентов с 1-й стадией геморроя частота встречаемости ХЗВ значительно меньше: 1-я группа — 295 (19,5%) пациентов, 2-я группа — 359

птомами были кровотечения, боль, отечность и выпадение геморроидальных узлов.

69,2% обратившихся пациентов отрицали наличие запоров. В то же время на нормальную консистенцию стула (по Бристольской шкале) указали 61,7% пациентов. С другой стороны, сравнительные данные исследования показывают, что среди пациентов с запорами выше процент пациентов со всеми анальными симптомами. Также среди них значимо выше процент пациентов с геморроем III и IV стадии и выше процент пациентов, которые раньше уже обращались по поводу геморроя. Из полученных данных следует, что запоры являются фактором риска возникновения геморроя примерно у четверти обратившихся пациентов. Существует очевидная и несомненная связь между наличием геморроя и запорами. Предположительно, запоры способствуют подвижности внутренних геморроидальных узлов, приводят к их дистальному смещению, что, в свою очередь, вызывает прогрессирование геморроя.

Данные исследования показали очевидную взаимосвязь геморроя и ХЗВ нижних конечностей. У 57,9% пациентов с геморроем от-

мечены те или иные симптомы и признаки ХЗВ нижних конечностей. Сравнение групп пациентов с ХЗВ и без ХЗВ нижних конечностей показало, что в группе с венозными проблемами выше процент пациентов со всеми геморроидальными симптомами, также выше процент пациентов, обращавшихся ранее к врачу по поводу геморроя. Кроме того, в группе с ХЗВ значи-

мо выше процент пациентов с геморроем 2, 3 и 4-й стадии. Отмечено, что с ростом клинического класса ХЗВ увеличивается и стадия геморроя. Полученные данные свидетельствуют об очевидной тесной связи и совместном прогрессировании двух хронических заболеваний.



ИСТОЧНИКИ

1. Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой. 2-е изд. М.: Литера, 2010, 188с.
2. Кириенко А.И., Богачев В.Ю., Гаврилов С.Г. [и др.]. Хронические заболевания вен нижних конечностей у работников промышленных предприятий г. Москвы. (Результаты эпидемиологического исследования). *Ангиология и сосудистая хирургия*, 2004, 10(1): 77–85.
3. Burkitt DP. *Br Med J*. 1972, 2: 556-561.
4. Abramowitz L et al. *Gastroenterol Clin Biol*, 2011, 25: 674-702.
5. Johanson JF et al. *Am J Gastroenterology*, 1994, 89: 1981-1986.
6. Johanson JF et al. *Am J Gastroenterology*, 1990, 98: 380-386.
7. Loder PB, Kamm MA, Nicholls RJ, Phillips RK. Hemorrhoids: pathology, pathophysiology and etiology. *Br J Surg.*, 1994, 81: 946-54.
8. Pigot F, Siproudhis L, Allaert FA. Risk factors associated with hemorrhoidal symptoms in specialized consultation. *Gastroenterol Clin Biol*, 2005, 29: 1270-1274.
9. World Medical Association Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA* 2013, 310(20): 2191-94.
10. Goligher J C: Surgery of the Anus Rectum and Colon; 1980; Fourth Edition, Bailliere Tindall, London, 1980: 96, Internal Classification.
11. Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scand. J. Gastroenterol*, 1997, 32(9): 920–4.
12. Eklof B, Rutherford RB, Bergan JJ et al. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: Consensus statement. *J Vasc Surg.*, 2004, 40: 1248-52.