

РИНОФИМА И АЛКОГОЛИЗМ

А.В. Голенков, профессор

Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова, Чебоксары

E-mail: golenkovav@inbox.ru

В репрезентативной выборке из 1058 больных алкоголизмом ринофима наблюдалась всего у 9 (0,85%) и только у мужчин (1,07%). Все они были старше 50 лет, имели выраженные проявления алкогольной зависимости, характеризующиеся деградацией личности, алкогольными психозами, безремиссионным течением и полиорганной соматоневрологической патологией. Ставится под сомнение диагностическое значение ринофимы в клинической практике как специфического симптома алкоголизма.

Ключевые слова: ринофима, распространенность, больные алкоголизмом.

Согласно энциклопедическому словарю медицинских терминов, *ринофимой* называют хроническое воспаление кожных покровов носа, щек и лба с развитием инфильтратов, на которых располагаются узелки ярко-красного цвета и телеангиэктазии [10]. По мнению других авторов, это – доброкачественное опухолевидное образование кожи носа с разрастанием соединительной ткани, сосудов и салльных желез, приводящее к изменению формы носа [3]. Среди многочисленных причин ринофимы некоторые авторы называют алкоголизм (алкогольную зависимость) [8]; у 50% всех лиц с ринофимой наблюдалось злоупотребление спиртными напитками [1]. Не случайно ее синонимами являются такие расхожие выражения, как «нос пьяницы» («коньячный, ромовый, винный нос»), «красный, тяжелый нос» и др. [2, 3, 8, 11]. Однако распространенность этой патологии и ее связь с развитием алкоголизма нуждаются в уточнении.

С апреля 2009 г. по июнь 2014 г. в отделении неотложной наркологии Республиканского наркологического диспансера Чебоксар нами осмотрено 1058 больных (843 мужчины и 215 женщин) с алкогольной зависимостью. Ринофима обнаружена у 9 (0,85%) человек и только у мужчин (1,07%)

в возрасте от 51 года до 74 лет (средний возраст – 60,0±7,4 года); все имели семьи, начальный или средний уровень образования, большинство (77,8%) проживали в сельской местности.

Первая проба алкоголя состоялась у них в подростковом возрасте (14–16 лет), алкогольная зависимость сформировалась к 30–40 годам, прогрессировала умеренно. На момент осмотра у 6 человек определялись симптомы II–III стадии алкоголизма по классификации Н.Н. Иванца [5], у 2 – III стадии, у 1 – II с неодолимым влечением к алкоголю. Больные предпочитали в основном крепкие алкогольные напитки (водка, самогон), почти все равнодушны к качеству алкоголя, употребляли суррогаты, спиртосодержащие жидкости из аптечной сети (Асептолин), парфюмерных и хозяйственных магазинов. Пьянство при употреблении этих веществ протекало на фоне низкой или снижающейся толерантности. Алкоголь принимали небольшими, небольшими дозами на протяжении всего дня. На фоне абстиненции у 6 человек возникали алкогольные психозы, у 2 – судорожные припадки. Многие перенесли несколько психозов, включая тяжелые делирии (мусситирующий, профессиональный) с пролонгированным (затяжным) течением.

Алкогольная деградация с эмоциональным огрублением, исчезновением семейных привязанностей, не критичностью, ухудшением памяти и интеллекта в той или иной степени наблюдалась у всех больных. Об алкогольном слабоумии можно было говорить в 2 случаях – у больных, имевших в анамнезе тяжелые черепно-мозговые травмы. Тяжелая полиорганная патология выявлялась у всех без исключения больных (гепатиты, панкреатиты, полиневриты, расстройства сердечно-сосудистой, дыхательной систем и др.). Работали только 2, выполняя малоквалифицированную и временную работу. Все были заядлыми курильщиками. Ремиссии отсутствовали, после выписки больные сразу начинали употреблять алкогольные напитки.

В литературе встречаются диаметрально противоположные точки зрения о диагностической значимости ринофимы как симптома алкогольной зависимости (злоупотребления алкоголем). Р. Хегглин [8] утверждает, что большого алкоголизмом



У. Филдс – американский комик, актер, фокусник и писатель. Страдал ринофимой, злоупотреблял алкоголем

не ност ол ного алкоголя о [5]

Показатель	Особенности
Лицо	Пастозность, упрощение мимики и расслабление круговой мышцы рта с распусканием линии рта и обвисанием нижней губы
Кожа лица	Разлитой розовый оттенок временами переходит в застойную красноту или бледность (желтовато-землистый оттенок), проступает рисунок расширенных капилляров и мелких сосудов (телеангиэктазия)
Глаза	Радужная оболочка утрачивает ясность окраски
Волосы	Тускнеют, лежат в беспорядке, пряди взлохмачены в разных направлениях
Голос	Становится громче, жестче, утрачивает мягкие интонации; модуляция ограничивается, исчезают эмоциональные обертоны
Речь	Избыточно экспрессивна, характерны затруднения в подборе слов, стереотипизация речевых оборотов
Манеры, внешний вид	Развязность, пренебрежение аккуратностью, необязательность в одежде

легко можно распознать по «покрасневшему лицу» с расширением мелких сосудов на щеках и носу (нередко – в сочетании с хроническим конъюнктивитом), по «своеобразному пустому, ничего не выражающему взгляду» и мелкому тремору кистей рук. Ринофима подтверждает подозрения на алкоголизм [8].

Многое из перечисленного описано и в отечественной литературе. К дерматологическим признакам алкоголизма относят: мраморность кожи; расширение кровеносных сосудов, особенно в центральной части лица и на латеральных поверхностях шеи; расширение кровеносных сосудов на коже в эпигастральной области. Наблюдаются изменения волос (атрофия и дистрофия), кожи – наподобие «водяных знаков на банкнотах», «венозный венюк» по краю реберных дуг; часто встречаются татуировки, рубцы как последствия суицидальных попыток и ожогов в состоянии опьянения [9]. Кожная патология у больных алкоголизмом почти в 5 раз выше, чем у здоровых (наблюдалась у 43% больных, у 11,2% из них – по 2 дерматологических заболевания) [4]. Это прежде всего различные дерматозы, экзема, псориаз, нейродермит [6]. Ринофима при этом не упоминалась. Установить зависимость частоты выявления и тяжести течения дерматологической патологии от стадии алкоголизма не удалось [4, 6, 9].

Отечественные наркологи ринофиму в качестве внешнего признака алкоголизма не приводят (см. таблицу), а рекомендуют решающее значение при диагностике придавать клиническим характеристикам алкогольной зависимости, включая расстройства личности по критериям МКБ-10 [5].

Алкогольное расстройство личности по МКБ-10 [5]

Для диагностики алкогольного поведения (расстройства личности) достаточно 2 или более из следующих черт:

- значительно сниженная способность справляться с целенаправленной деятельностью,

особенно требующей длительного времени и не скоро приводящей к успеху;

- измененное эмоциональное состояние, характеризующееся эмоциональной лабильностью, поверхностным неадекватным весельем (эйфория, шутливость), которое легко сменяется раздражением, кратковременными приступами злости и агрессии; иногда – апатией;
- недоучет последствий и социальных норм при реализации потребностей и влечений (совершение антисоциальных поступков, предъявление неадекватных сексуальных притязаний, проявление прожорливости или несоблюдение правил личной гигиены);
- когнитивные нарушения в форме чрезмерной подозрительности, параноидных переживаний или чрезмерной охваченности одной, обычно – абстрактно-резонерской темой (сверхценные переживания);
- выраженные изменения темпа и содержания речи со случайными и побочными ассоциациями;
- измененное сексуальное поведение (гипосексуальность или изменение сексуального предпочтения).

Дерматологи считают ринофиму III стадией розовых угрей (розацеа), которая наблюдается исключительно у мужчин в возрасте примерно 40–50 лет. Розацеа чаще (в 5–10% случаев) встречается у светлокожих жителей Северной Америки, скандинавских стран, Германии, Англии и Ирландии [3]. Одно из объяснений этого – особенности питания и потребления алкогольных напитков. В старинных руководствах указывалось, что у злоупотребляющих вином ринофима характеризуется ярко-красным цветом, у любителей пива – цианотичной окраской, а у пьющих водку – темно-синей [1].

Неоспорима роль в развитии ринофимы соматической патологии [1, 8, 11, 14, 15], в частности за-

болеваний желудочно-кишечного тракта (гастриты, язвенная болезнь, дискинезии желчевыводящих путей, панкреатиты, энтероколиты) и эндокринной патологии (болезни щитовидной железы, гипофизарная недостаточность и др.) [3]. Ф. Тишендорф считает ринофиму типичным сопутствующим симптомом алкогольного цирроза печени [7].

Распространенность ринофимы точно не известна. В одном из центров пластической хирургии Шотландии за год проходят лечение по этому поводу 12–13 новых пациентов. Из 45 наблюдаемых там больных ни в одном случае не удалось установить связь между ринофимой и злоупотреблением алкоголем [11]. В Японии в отличие от западных стран случаи ринофимы регистрируются в единичных случаях [13]. Однако U. Wollina указывает, что распространенность ринофимы увеличивается с возрастом, достигая пика в группе лиц 65 лет и старше. К 2030 г. в США, например, будут проживать 70 млн человек этого возраста, у части которых данная патология будет негативно отражаться на качестве их жизни, увеличивая риск развития депрессии и другой коморбидной патологии [15].

Французские авторы рекомендуют очень внимательно относиться к симптому «красного носа», который зачастую указывает на серьезную проблему в организме и требует онкологической настороженности [14]. В клинической и судебно-медицинской практике (токсикологии) нередко требуются доказательства злоупотребления этанолом, чему могут помочь некоторые из следующих признаков: реакции на дисульфирам (тетурам); крапивница; ладонная эритема; телеангиэктазии; поздняя порфирия кожи; «кожа в виде бумажных денег»; псориаз; ринофима; контрактура Дюпюитрена; множественный симметричный липоматоз (болезни Лануа–Бенсода и Маделунга); связанные с панкреатитом кожные знаки; «черный волосатый язык»; подагра; изменения ногтей; себорейный дерматит; слюнотечение (sialosis) и рак [12].

Таким образом, ринофима довольно редко (около 1% случаев) наблюдается у больных алкоголизмом, в связи с чем не может рассматриваться как его патогномичный симптом. Судя по данным литературы, нельзя исключать влияние на распространенность этой патологии среди некоторых народов Европы и мира этнического фактора, особенностей их питания, потребления алкогольных напитков. Нами подтверждена связь ринофимы с возрастом, полом, полиорганный соматоневрологической патологией и заключительными стадиями алкогольной зависимости.

Литература

1. «Бургундский нос». http://www.e-reading.by/chapter.php/1022143/37/Ryazancev_-_V_mire_zapahov_i_zvukov.html. – Дата обращения: 05.01.2015.
2. Голенков А.В. Опыт преподавания вопросов алкоголизма студентам-медикам // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2013; 113 (6–2): 75–79.
3. Гордеева Г.В., Гущина Е.В. Ринофима // Медицинская сестра. – 2011; 5: 33–35.
4. Евстафьев В.В., Левин М.М. Дерматологическая патология у больных алкоголизмом // Вестн. дерматологии и венерологии. – 1989; 8: 72–74.
5. Мирошниченко Л.Д., Пелипас В.Е. Наркологический энциклопедический словарь. Ч. 1. Алкоголизм. – М.: Анахарсис, 2001. – 192 с.
6. Русский Л.И., Буробин В.А., Лихачева Н.В. и др. Течение дерматологических заболеваний при лечении хронического алкоголизма // Советская медицина. – 1989; 5: 109–111.
7. Тишендорф Ф.В. Диагноз по внешним признакам. Атлас-справочник по клинической и дифференциальной диагностике. Пер. с нем. – М.: Мед. лит., 2008. – 320 с.
8. Хегглин Р. Дифференциальная диагностика внутренних болезней. Пер. с нем. – М.: Инженер, 1993. – 795 с.
9. Цагарейшвили К.А. Частота кожных болезней у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом // Вестн. дерматологии и венерологии. – 1987; 11: 53–55.
10. Энциклопедический словарь медицинских терминов. Изд. 2-е. – М.: Медицина, 2001. – 960 с.
11. Curnier A., Choudhary S. Rhinophyma: dispelling the myths // Plast. Reconstr. Surg. – 2004; 114 (2): 351–354.
12. Dinis-Oliveira R.J., Magalhães T., Moreira R. et al. Clinical and forensic signs related to ethanol abuse: a mechanistic approach // Toxicol. Mech. Methods. – 2014; 24 (2): 81–110.
13. Furukawa M., Kanetou K., Hamada T. Rhinophyma in Japan // Int. J. Dermatol. – 1994; 33 (1): 35–37.
14. Pi-rard-Franchimont C., Henry F., Rakic L. et al. Differential diagnosis of a red nose // Rev. Med. Liege. – 2003; 58 (7–8): 515–518.
15. Wollina U. Rosacea and rhinophyma in the elderly // Clin. Dermatol. – 2011; 29 (1): 61–68.

RHINOPHYMA AND ALCOHOLISM

Professor A.V. Golenkov

I.N. Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary

Rhinophyma was observed in a total of 9 (0.85%) people and in only men (1.07%) from a representative sample of 1058 alcoholic patients. They were all aged over 50 years, had marked manifestations of alcohol addiction, which were characterized by personality degradation, alcoholic psychoses, a remission-free course, and multiple organ somatoneurological disorders. Doubts were expressed as to the diagnostic value of rhinophyma as a specific symptom of alcoholism in clinical practice.

Key words: rhinophyma, prevalence, alcoholic patients.