

ле, изначальной личностной патологией и складывается из психопатологических нарушений самосознания и сознания (Zhang L. и др., 1997, 1998, 2000). На клиническую картину опьянения влияют индивидуально-конституциональные свойства (функциональная асимметрия мозга) и факторы цереброорганической недостаточности.

По мнению Н.В. Канторовича (1967), отмечавшим, что резкое противопоставление патологического опьянения другим видам выраженного опьянения является условностью, неоправданной реальным положением вещей. Каждое выраженное опьянение похоже на какой-то психопатологический синдром. Атипично протекающие картины опьянения изучались преимущественно у лиц с органической патологией головного мозга. Как считает Н.Ю. Олифиренко (1995, 2002) криминальные действия, совершаемые в состоянии опьянения, не являлись прямым следствием самого факта употребления алкоголя, а опосредовались, наряду с социально - личностными особенностями индивида, органической почвой через атипичный характер картины АО и порождаемые ею психопатологические феномены. По мнению Н.Ю. Олифиренко, возникновение различных форм атипичного алкогольного опьянения представляет собой континуум – от психопатоподобных вариантов, как наименее патологичных, через аффективные состояния к психотическим и, далее, двигательным расстройствам в структуре АО.

В этом свете изучение факторов, способствующих атипизации АО, имеет важное значение для клинической и судебной психиатрии.

Нами изучается в числе других такой конституциональный фактор как функциональная мозговая асимметрия (ФМА). Ранее некоторыми авторами отмечалось значение этого фактора в реализации девиантного сексуального поведения (Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., 1997; Введенский Г.Е., 2000).

Одним из наших предположений является мнение о том, что различные варианты левополушарных профилей ФМА способствуют атипизации алкогольного опьянения у лиц с расстройствами личности. Для изучения функциональной мозговой асимметрии мы использовали методики Н.Н. Брагиной, Т.А. Доброхотовой (1981, 1988, 1993), методику дихотического прослушивания вербального материала (Котик Б.С., 1975), пробы на определение скрытых факторов моторного левшества (Лурия А.Р., 1969).

Нами исследованы профили ФМА у 50 испытуемых с диагнозом «расстройство личности».

Все выявленные к настоящему времени (8 испытуемых из 50 совершивших деликты с установленным диагнозом «расстройство личности») случаи левополушарных профилей ФМА сочетались с психопатоподобным вариантом атипичного простого алкогольного опьянения, у четверых испытуемых устанавливался диагноз «расстройство личности органической этиологии», у троих «эмоционально-неустойчивое расстройство личности», одному устанавливался диагноз «смешанное расстройство личности». У остальных 42 испытуемых с правополушарными и смешанными профилями ФМА в 28 случаях

устанавливался диагноз «расстройство личности органической этиологии», а в 14 случаях «специфические расстройства личности». У них, также как и у «левой» наблюдалась атипизация простого алкогольного АО (во всех случаях психопатоподобный и аффективный варианты) - 25 случаев из 42. Сопоставление величин в двух группах позволяет нам думать, что левые профили ФМА способствуют атипизации картины АО. В некоторых случаях АО при расстройствах личности нами выносились экспертные решения об «ограниченной вменяемости» в соответствии со ст. 22 УК РФ, в том числе при левых профилях ФМА в 3 из 8 случаев, а при смешанных и правых профилях ФМА в 6 случаях из 42, что может указывать и на то, что левые профили ФМА способствуют снижению контрольно - регуляторных механизмов в состоянии АО.

ЗАВИСИМОСТЬ ОТ УПОТРЕБЛЕНИЯ КАННАБИНОИДОВ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ШИЗОФРЕНИИ

И.Ю. Климова, Д.А. Старичков

Новосибирский ГМУ, г. Новосибирск, Россия

Е-mail авторов: iri2795052@yandex.ru

Шизофрения как заболевание известно давно. Не одно столетие светила медицины описывают те или иные симптомы, синдромы шизофрении. Распространенность заболевания составляет в среднем 1% на все население планеты (Кошкина Е.А., 2008; Потапов А.В., 2010).

Генезис заболевания до конца остается неясным. Предлагается множество этиологических моделей для объяснения причины развития шизофрении, в том числе и наркологические заболевания (Аведисова А.С., Бородин В.И., 2005; Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2004; Вербенко Н.В. 2002).

На протяжении многих лет был отмечен тот факт, что лица, страдающие шизофренией склонны к аддиктивному поведению, в частности к употреблению наркотиков, больше чем здоровое население в целом. В среднем 25 процентов больных постоянно употребляют каннабиноиды, которые могут ускорить развитие психотической симптоматики у лиц как имеющих наследственную предрасположенность, так и не имеющих отягощенность наследственности по психическим заболеваниям (Андреев Б.В., 2006; Arendt M. и др., 2007).

При обзоре литературы, как Российских, так и зарубежных авторов выявлен ряд сообщений о том, что марихуана может приводить к развитию ряда психотических симптомов, которые клинически проявляются симптомами дереализации, деперсонализации, паранойей, идеями отношения, величия, бредом преследования, слуховыми и зрительными галлюцинациями, нарушением памяти и внимания. В более тяжелых случаях – нарушением сознания. Кроме того, эти симптомы сопровождаются паникой, тревогой, возбуждением. В связи с этим множество авто-

ров дискуссионно предлагали ввести понятие «каннабиноидный психоз» в качестве самостоятельной диагностической единицы (Ежов, А.В., 2004; Skosnik P.D., et al., 2008; Leweke F.M., et al., 2007; Sevy S. et al., 2008).

Не исключено что условно называемый «каннабиноидный психоз» является ранним признаком шизофрении, а возможно и вариантом ее переходного процесса.

Исходя из собственных наблюдений, проведенных на базе ГБУЗ НСО Новосибирской клинической психиатрической больницы №3 установлено, что около 25 процентов опрошенных с установленным диагнозом «шизофрения» курили марихуану до развития заболевания на протяжении не менее года. Около 12 процентов опрошенных продолжают курить марихуану в среднем 1-2 раза в месяц. При продолжительном употреблении каннабиноидов пациенты отмечают снижение концентрации внимания, апатию, быструю истощаемость, снижение памяти, неспособность абстрактно мыслить. Мышление становится как правило конкретным, утрачивается логический компонент, речь становится бессвязной. Это похоже на когнитивный эндотип шизофрении (Elsohly M.A., Slade D., 2007).

Таким образом, употребление каннабиноидов не только провоцирует развитие шизофрении, но и отягощает ее клиническую картину, усугубляет формирование когнитивного дефицита и апатоабулического дефекта.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ НАРКОТИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

С.А. Серкова, Е.Н. Бычков,
Л.А. Арсентьева, В.Б. Бородулин

Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского

E-mail авторов: serkova-1982@bk.ru

Острое отравление наркотическими веществами и хроническая наркотическая интоксикация при других видах смерти все чаще встречаются в практике наркологов, патологов, терапевтов и врачей других специальностей, в том числе судебно-медицинских экспертов. В странах Запада наркотизируется до 15% населения, больные наркоманией составляют до 5-7%. В последнее десятилетие резко вырос уровень наркотизации населения России; прогноз ситуации – самый неблагоприятный. Рост наркотизации повлек за собой повышение уровня заболеваемости и смертности среди наркоманов, при этом в 51% случаев ее причинами послужили какие-либо соматические заболевания, включая инфекционные. Смерть от отравления наркотическими веществами главным образом диагностируется на основании судебно-медицинского (судебно-химического) исследований.

Морфологические данные, характеризующие хроническую наркотическую интоксикацию, обнаруживаемые при внутреннем судебно-медицинском

исследовании трупа, целесообразно разделить на 4 группы:

1) поражения, специфические для данного вида интоксикации;

2) патологические изменения, связанные с фактом регулярного введения в организм различных чужеродных веществ, которые нередко входят в состав употребляемых субстанций в качестве наполнителей или растворителей;

3) связанные с ХНИ инфекционные заболевания;

4) поражения, ассоциированные со стилем жизни наркоманов.

В 1-ой группе поражений нет каких-либо достаточно очевидных проявлений специфических для хронической наркотической интоксикации. Наиболее характерные признаки регулярного введения в организм наркотических веществ характерны для 2-й и 3-й групп поражений.

Из инъекционных повреждений наиболее характерны: гангренозный кожный зигомикоз, васкулиты – как регионарные по отношению к месту внутривенных инъекций наркотиков, так и на протяжении; диффузный стафилококковый тромбофлебит поверхностных вен всего тела у наркомана с ВИЧ-инфекцией; перифлебит с формированием периваскулярных абсцессов. Помимо сосудов и кожи, могут поражаться и мягкие ткани. Описана повышенная частота развития некротизирующих фасциитов при внутривенной хронической наркотической интоксикации. При секционном исследовании ЦНС могут обнаруживаться инфаркты головного мозга и кровоизлияния в его вещество или под оболочки, описана клиника и морфология ВИЧ-энцефалопатии. Из поражений органов дыхания наиболее характерны хронические воспалительные процессы слизистой оболочки полости носа и придаточных пазух. Отмечено развитие серозно-гнойной пневмонии при остром отравлении эфедрином. Поражения сердечно-сосудистой системы выражены при любой форме хронической наркотической интоксикации. Наиболее часто встречается бактериальный эндокардит, связанный с внутривенным введением наркотических веществ, с характерным для него тромбоэмболическим синдромом. Характерно развитие артритов, остеомиелитов, поражения глаз в ходе течения ангиогенного сепсиса. У наркоманов описаны случаи дилатационной кардиомиопатии с характерными клиническими и морфологическими признаками. Хроническая наркотическая интоксикация сопровождается значительными поражениями органов пищеварения. Описаны характерные признаки изменений верхних отделов желудочно-кишечного тракта, связанные с пероральным введением наркотиков. Из аноректальной патологии для ВИЧ-инфицированных наркоманов характерны: саркома Капоши, неходжкинские лимфомы, карциномы, папилломы, цитомегаловирусные язвы прямой кишки. Наиболее характерны для наркоманов признаки хронического гепатита вирусной этиологии. Серологически в 47% случаев определяется наличие вирусного гепатита типа D и в 35% – 3-й серотип вируса гепатита C. Описано наблюдение амилоидоза