

I. В. Циба

**Теоретичні і практичні передумови використання детоксикаційних властивостей гіпохлориту натрію при невідкладних станах у наркології***Обласний наркологічний диспансер (м. Донецьк)*

Метод непрямого електрохімічного окислення з використанням натрію гіпохлориту базується на принципах моделювання мікросомально-монооксигеназної функції цитохрому P<sub>450</sub> печінки й активності ферменту мієлопероксидази нейтрофільних лейкоцитів.

У зв'язку з тим, що синдром алкогольної залежності формується в результаті тривалої і масивної інтоксикації етанолом і продуктами його розпаду, гіпохлорит натрію є не лише детоксикуючим агентом, але і засобом корекції механізмів регуляції, оскільки він впливає на біорегуляторні компоненти крові. Детоксикаційні властивості гіпохлориту натрію роблять його найперспективнішим лікувальним засобом в наркології під час купірування невідкладних станів інтоксикаційного та постінтоксикаційного походження.

Враховуючи, що патофізіологічну основу наркопатології складають метаболічні, гемодинамічні, гіпоксичні, нейромедіаторні та інші механізми, є доведеним фактом віднесення методу непрямої електрохімічної детоксикації в наркологічній практиці до арсеналу патогенетично обґрунтованих засобів і методів.

I. V. Tsyba

**Theoretical and practical pre-conditions of using detoxication effects of sodium hypochlorite in urgent states in narcology***Regional Narcological Dispensary (Donets'k)*

Method of indirect electrochemical oxidization with the use of sodium hypochlorite is based on principles of modeling of microsomal monoxygenizing function of P<sub>450</sub> liver cytochrome and activity of enzyme of neutrophil leucocytes mieloperoxidaze.

Due to the fact that alcohol dependency syndrome is formed as a result of protracted and massive intoxication by ethanol and products of his disintegration, sodium hypochlorite is not only a detoxication agent but also a means of correction of adjusting mechanisms, as it influences the bioregulated components of blood. Detoxication effects of sodium hypochlorite make it a progressive remedy in management of urgent states of intoxicational and post-intoxicational origin in narcology.

Taking into account that pathophysiological basis of narcopathology is made up by metabolic, hemodynamic, hypoxic, neuromediatoric and other mechanisms, referring to the method of indirect electrochemical detoxication in narcology as one of the major pathogenically based means and methods is well-grounded.

УДК: 616.89 – 008.441.33 – 008.444.9 – 001.8

**И. В. Шалашова**, аспирант отдела профилактики и лечения наркоманий  
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины»  
(г. Харьков)

**ИССЛЕДОВАНИЕ АГРЕССИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОСТИМУЛЯТОРОВ КУСТАРНОГО ИЗГОТОВЛЕНИЯ, НА МОМЕНТ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ**

На протяжении последних десятилетий в большинстве экономически развитых стран мира употребление психоактивных веществ (ПАВ) остается одной из главных медицинских, социальных, правовых и экономических проблем [1—4]. Психостимуляторы занимают всё больший удельный вес в общей массе психоактивных веществ, употребляемых больными с синдромом зависимости. В Украине преобладает употребление психостимуляторов, изготовленных кустарно [1—3, 5]. Они столь популярны благодаря своей дешевизне и доступности. Психостимуляторы легко изготавливают в домашних условиях из лекарственных веществ и других легальных компонентов [6]. Из лекарственных препаратов теофедрин, «Trifed», содержащий эфедрин или псевдоэфедрин, с помощью определенных компонентов, без особого труда синтезируют ПАВ — первитин или псевдоэфедрон. Из лекарственных препаратов «Эффект», «Колдакт», содержащих норэфедрин, путем окисления с помощью перманганата калия получают ПАВ — катинон [6, 7].

По имеющимся литературным данным картина синдрома отмены первитина практически не отличается от синдрома отмены катинона. В основном, делается акцент на наличие неврологических изменений у больных, употребляющих катинон. Различия в психическом статусе не встречаются. Синдром отмены психостимуляторов характеризуется наличием трех групп расстройств — нарушениями сна, аффективными расстройствами и астеническими явлениями [6—8]. По нашим наблюдениям, у больных имеются некоторые отличия в психическом статусе синдрома

отмены психостимуляторов кустарного изготовления. Агрессивность является одним из отмеченных нами свойств личности, отличающимся у разных групп больных.

Поэтому целью нашей работы было изучение состояния агрессивности больных на момент их госпитализации, т. е. в начале лечения.

Всего было обследовано 111 мужчин с синдромом зависимости от ПАВ. В первую группу сравнения (F 15.2 по МКБ-10) вошли 75 лиц (средний возраст 28,07 ± 0,64 лет) с синдромом зависимости от кустарно изготовленного метамfetамина. Во второй группе сравнения (F 15.2 по МКБ-10) были 36 лиц (средний возраст 28,33 ± 0,8 лет) с синдромом зависимости от кустарно изготовленного катинона. Все пациенты обследовались во время пребывания на стационарном лечении в I-м наркологическом отделении городской клинической наркологической больницы № 9 г. Харькова (клинической базы отдела профилактики и лечения наркоманий ГУ «ИНПН АМН Украины») в течение 2003—2005 годов.

На момент обследования у всех пациентов обнаруживались облигатные признаки наркотической зависимости: патологическое влечение к психостимуляторам, рост толерантности, синдром отмены, многочисленные следы от внутривенных инъекций по ходу вен, обострение преморбидных личностных свойств, отрицательные социальные последствия употребления наркотиков.

Состояние агрессивности изучалось с помощью психодиагностического метода — опросника Басса — Дарки [9]. Полученные таким образом данные

оброблялись методами математическої статистики (дисперсійний, кореляційний і регресійний аналіз) [10].

Результати дослідження больних по опроснику Басса — Дарки, представлені в таблиці.

**Результаты исследования агрессивности у больных, зависимых от психостимуляторов, с помощью опросника Басса — Дарки на момент их госпитализации**

Показатели	Средние значения ( $M \pm t$ ), баллы	
	I группа ( $n = 75$ ), потребители метамфетамина	II группа ( $n = 36$ ), потребители катинона
Физическая агрессия	6,44 ± 0,11	4,81 ± 0,21 **
Косвенная агрессия	4,32 ± 0,15	5,06 ± 0,29 **
Раздражение	7,39 ± 0,15	4,14 ± 0,28 **
Негативизм	3,93 ± 0,12	2,75 ± 0,19 **
Обида	5,59 ± 0,12	5,25 ± 0,25
Подозрительность	7,76 ± 0,16	7,47 ± 0,23
Вербальная агрессия	9,75 ± 0,17	6,08 ± 0,35 **
Чувство вины	6,03 ± 0,13	6,44 ± 0,28
Индекс враждебности	13,35 ± 1,54	12,72 ± 0,35
Индекс агрессивности	23,57 ± 2,72	15,03 ± 2,50 *

Примечание: средние значения поданы в формате « $M \pm t$ ». \* — разница с зависимыми от метамфетамина по критерию Колмогорова — Смирнова « $\lambda$ » достоверна ( $p_\lambda < 0,05$ ). \*\* — разница с зависимыми от метамфетамина по критерию Колмогорова — Смирнова « $\lambda$ » достоверна ( $p_\lambda < 0,01$ ).

Уровень физической агрессии выше, ярче выражен в I группе, а во II группе агрессия также может быть, но она может быть и ни на кого не направлена. Среднее значение косвенной агрессии (агрессия, окольным

путем направленная на другое лицо или ни на кого не направленная) во II группе выше, чем в I-й (см. табл.).

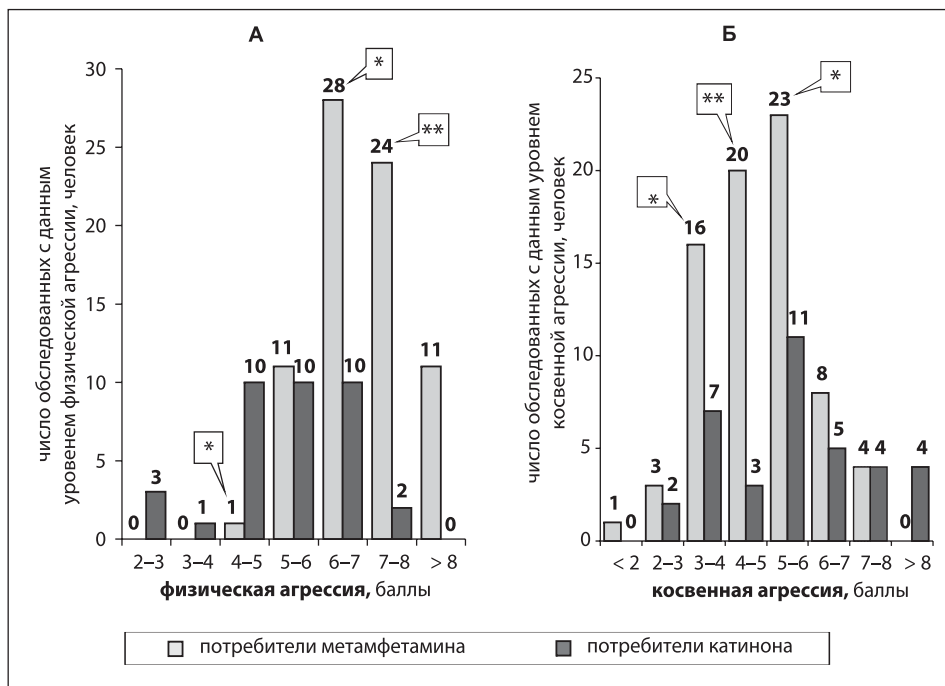
Рассматривая распределение потребителей метамфетамина и потребителей катинона по уровням физической агрессии (рис. 1,А), можно также сделать вывод, что физическая агрессия, т. е. использование физической силы против другого лица, сильнее выражена у потребителей метамфетамина (I группа) и высокий уровень агрессии (более 8 баллов) встречается только в I группе.

Что касается распределения потребителей метамфетамина и потребителей катинона по уровням косвенной агрессии (рис. 1,Б), более высокие баллы встречаются в большей степени у больных II группы.

Уровень раздражения и негативизма выше у больных I группы по сравнению с больными II группы (см. табл.).

При оценке распределения больных, употребляющих психостимуляторы, по уровню раздражения (рис. 2,А) установлено, что низкий уровень встречается чаще у потребителей катинона (II группа), а более высокий уровень раздражения — у потребителей метамфетамина (I группа). Раздражение 8 баллов и выше встречается только у пациентов I группы. Это свидетельствует о том, что в период отмены психостимуляторов готовность к проявлению негативных чувств при малейшем возбуждении (вспыльчивость, грубость) больше характерна для потребителей метамфетамина.

При оценке распределения больных, употребляющих психостимуляторы, по уровню негативизма (рис. 2,Б) выявлено, что он также чаще выражен у потребителей метамфетамина (I группа). Более высокие баллы чаще встречаются именно у больных этой группы. Это означает, что у пациентов I группы оппозиционная манера



Примечание. Здесь и далее: \* — различия с группой потребителей катинона достоверны ( $p < 0,05$ ); \*\* — различия с группой потребителей катинона достоверны ( $p < 0,01$ )

Рис. 1. Распределение потребителей метамфетамина и потребителей катинона по уровням физической (А) и косвенной (Б) агрессии, оцененной при поступлении по опроснику Басса — Дарки

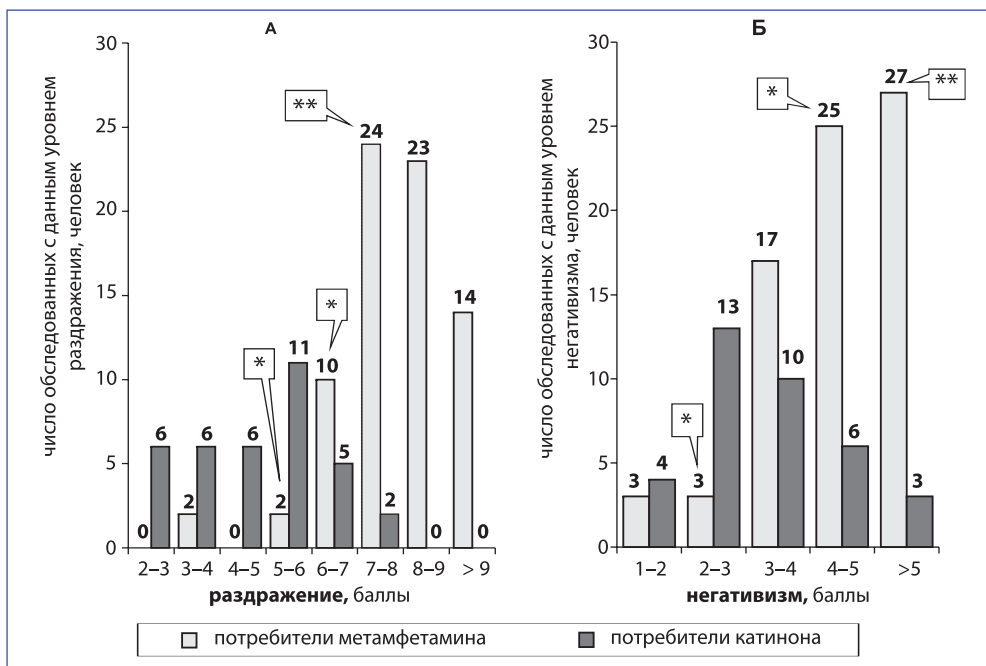


Рис. 2. Распределение потребителей метамфетамина и потребителей катинона по уровням раздражения (А) и негативизма (Б), оцененных при поступлении по опроснику Басса — Дарки

в поведении, которая может проявляться от пассивного сопротивления до активной борьбы против установившихся обычаев и законов, выражена и проявляется сильнее, чем у потребителей катинона (II группа).

Такие показатели как обида (зависть и ненависть к окружающим за любые действия), подозрительность (от недоверия по отношению к людям до убеждения в том, что другие люди приносят вред), чувство вины (возможное убеждение субъекта в том, что он является плохим человеком, а также ощущаемые им угрызения совести), оказались недостоверными (см. табл. 1).

Что касается распределения больных, употребляющих психостимуляторы, по уровню обиды, то она встречается чаще у больных, употребляющих метамфетамин (рис. 3,А), по сравнению с больными, употребляющими катинон. В клинике это проявляется завистью и ненавистью к окружающим за действительные или вымышленные действия.

При рассмотрении распределения больных, употребляющих психостимуляторы, по уровню подозрительности (рис. 3,Б) отмечено, что она чаще встречается у больных I группы по сравнению с пациентами II группы.

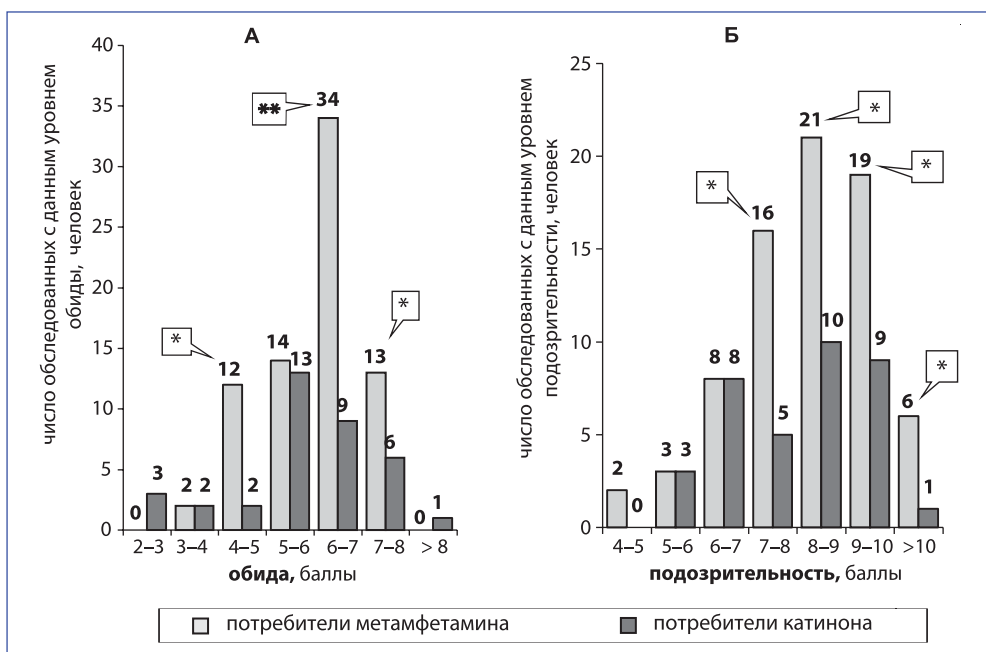


Рис. 3. Распределение потребителей метамфетамина и потребителей катинона по уровням обиды (А) и подозрительности (Б), оцененных при поступлении по опроснику Басса — Дарки

И если низкие баллы с одинаковой частотой встречаются в обеих группах, то высокие баллы подозрительности (7 баллов и выше) чаще встречаются в I группе. Это проявляется в диапазоне от недоверия и осторожности по отношению к людям до убеждения в том, что другие люди планируют и приносят вред.

Анализируя распределение больных, употребляющих психостимуляторы, по уровню вербальной агрессии (рис. 4,А) можно отметить, что низкий уровень встречается чаще у больных, употребляющих катинон (до 10 баллов), а с 10 баллов и выше — чаще встречается у больных, употребляющих метамфетамин. Это может означать, что пациенты обеих групп выражают

негативные чувства как через крик, так и через проклятия, угрозы, но уровень выражения и проявления разный, и в I группе (потребители метамfetамина) он более высокий.

Рассматривая распределение потребителей метамfetамина и катинона по уровням чувства вины, оцененной по опроснику Басса — Дарки (рис. 4,Б), можно увидеть, что наиболее высокий уровень (более 9 баллов) чаще встречается у потребителей катинона. Это может означать, что возможное убеждение субъекта в том, что он поступает зло и неверно, а также ощущаемые им угрызения совести ярче выражены у потребителей катинона (II группа).

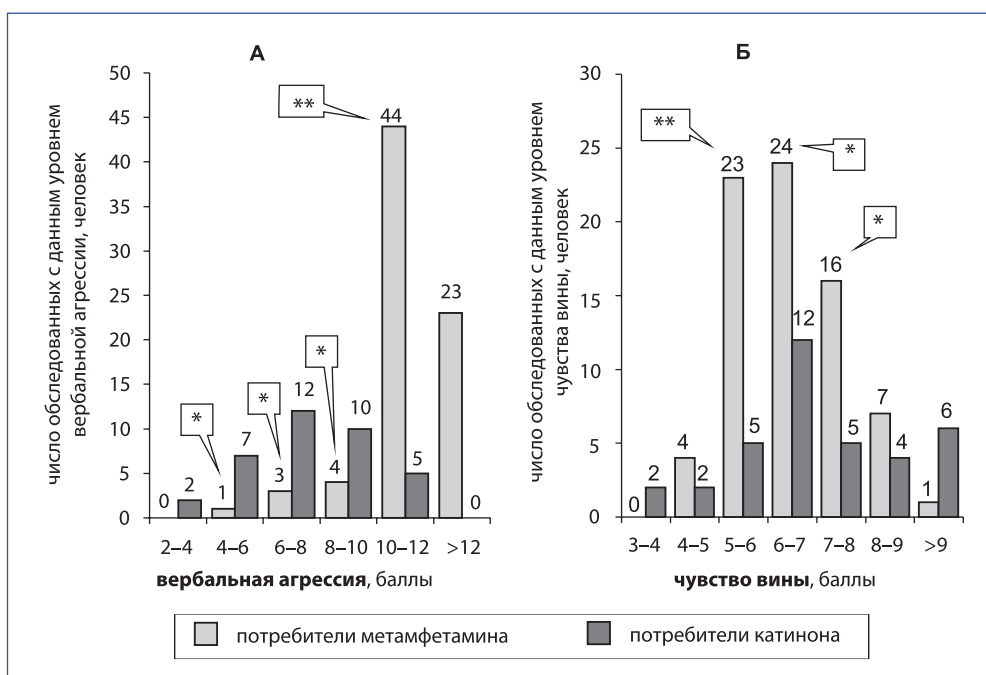


Рис. 4. Распределение потребителей метамfetамина и потребителей катинона по уровням вербальной агрессии (А) и чувства вины (Б), оцененных при поступлении по опроснику Басса — Дарки

Индекс агрессивности, определяющийся по шкалам физической агрессии, раздражения и вербальной агрессии, достоверен в обеих группах и выше в I группе по сравнению со II группой (см. табл.). В группе потребителей метамfetамина (I группа) средняя величина составляет  $23,57 \pm 2,72$  балла, что в основном находится в пределах нормы. В группе потребителей катинона (II группа) средняя величина ниже, чем в I группе, и находится в пределах нормы или несколько ниже нормы —  $15,03 \pm 2,50$  балла.

Индекс агрессивности характеризуется формой поведения, нацеленного на оскорбление или причинение вреда другому живому существу, не желающему подобного обращения. В обеих группах индекс не вышел за пределы нормы на момент госпитализации. Но в сравнении в группах он выше в I группе, чем во II-й, что может свидетельствовать о склонности больных, употребляющих метамfetамин, к дисфории, характеризующейся напряженным, злобно-тоскливым аффектом с выраженной раздражительностью, доходящей до взрывов гнева с агрессивностью.

Индекс враждебности, определяющийся по шкалам обиды и подозрительности, не достоверен в обеих группах (см. табл.). Но в обеих группах он выше нормы ( $7,0 \pm 3,0$  балла) и составляет  $13,35 \pm 1,54$  балла и  $12,72 \pm 0,35$  балла соответственно.

Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют сделать следующие выводы.

Уровень физической агрессии выше у больных I группы по сравнению с таковым у обследованных II группы; уровень раздражения, негативизма и вербальной агрессии также выше у больных, употребляющих метамfetамин. Это может свидетельствовать о том, что вследствие употребления больными метамfetамина, в период синдрома отмены формируются расстройства, проявляющиеся эмоциональными проявлениями в виде вспыльчивости, грубости, крика, угроз с использованием физической силы, а также сопротивление нормам и законам.

Высокие баллы по уровню косвенной агрессии встречаются чаще у больных, употребляющих катинон. У больных данной группы агрессивность может

не имеют направленности и не имеют эмоциональных составляющих.

Индекс агрессивности выше у больных, употребляющих метамфетамин, но находится в пределах нормы. Можно предположить, что данное расстройство сформировалось вследствие употребления ПАВ. Сама по себе агрессивность не делает субъекта сознательно опасным, однако важна степень проявления агрессивности. В период синдрома отмены психостимуляторов необходима коррекция эмоционального состояния больного.

#### Список литературы

1. Волошин П. В., Мінко О.І., Лінський І. В. та співавт. Епідеміологічна ситуація, що склалася внаслідок залежності від психоактивних речовин в Україні // Український вісник психоневрології. — 2001. — Т. 9, вип. 3 (28). — С. 7—9.
2. Кузьминов В. Н. Эпидемиологическая ситуация распространения наркоманий в Украине и Харьковском регионе. В кн.: Молодежь и наркотики (социология наркотизма) / Под ред. В. А. Соболева и И. П. Рущенко. — Харьков: Торсинг, 2000. — С. 159—193.
3. Лінський І. В., Голубчиков М. В., Мінко О. І. та співавт. Актуальні тенденції поширення залежності від психоактивних речовин в Україні // Щорічний аналітичний огляд. Вип. II. Ін-т неврології, психіатрії та наркології АМН України. — Х., 2005. — 31 с.
4. Wu LT, Schlenger WE. Psychostimulant dependence in a community sample // Substance Use & Misuse. — 2003 Jan; 38(2): 221—48.

5. Сосін І. К. Епідеміологічна ситуація з наркоманіями в Україні. Нові форми патологічної залежності у клінічній наркології // Матеріали міської наук.-практ. конф. «Питання профілактики розповсюдження наркоманії у м. Харкові» 5 жовтня 2001 р. — Х., 2001. — С. 10—11.

6. Кузьминов В. Н., Линский И. В., Назарчук А. Г. Особенности психических и поведенческих расстройств при злоупотреблении различными психостимуляторами кустарного изготовления // Український вісник психоневрології. — 2002. — Т. 10, вип. 1 (30). — С. 190—192.

7. Сосин И. К., Линский И. В., Чуев Ю. Ф. и др. Клиника, патогенез и лечение зависимости от психостимуляторов, получаемых путем кустарной химической модификации некоторых официальных препаратов, содержащих прекурсоры // Архив психіатрії. — 2001. — № 4 (27). — С. 117—121.

8. Лінський І. В., Мінко О.І., Самойлова О. С. Структура афективних розладів у хворих із залежністю від опіоїдів та хворих із залежністю від психостимуляторів за результатами багатовимірного психодіагностичного дослідження // Там само. — 2004. — Т. 10, № 4 (39). — С. 89—91.

9. Крылов А. А., Маничев С. А. Практикум по общей экспериментальной и прикладной психологии: Учеб. пособие. — СПб.: Питер, 2000. — 560 с.

10. Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич Н. П. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. — Киев: Морион, 2000. — 319 с.

Надійшла до редакції 22.02.2008 р.

**I. В. Шалашова**

#### Дослідження агресивності у хворих, залежних від психостимуляторів кустарного виготовлення, на момент госпіталізації

ДУ «Інститут неврології, психіатрії і наркології АМН України»  
(м. Харків)

Було досліджено 111 хворих, залежних від кустарних психостимуляторів, за допомогою опитувальника Басса — Даркі. У двох групах порівняння хворих (75 осіб з залежністю від метамфетаміну та 36 осіб з залежністю від катінону) відмічені відмінності у агресії й за індексом агресивності. А саме, рівень фізичної агресії та індекс агресивності вище у залежних від метамфетаміну, рівень непрямой агресії вище у залежних від катінону. У період синдрому відміни психостимуляторів необхідна корекція емоційного стану хворих.

**I. V. Shalashova**

#### Research of aggression at the patients dependent from handicraft psychostimulants at the moment of hospitalization

State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the AMS of Ukraine" (Kharkiv)

It has been investigated 111 patients dependent from handicraft psychostimulants, by Bass — Dark's questionnaire. In two groups of comparison of patients — 75 patients depended on methamphetamine and 36 patients depended on katinone have been noted the distinctions in aggression and an index of aggression. A level of physical aggression and an index of aggression above at dependent from methamphetamine, a level of indirect aggression above at dependent from katinone. The correction of an emotional condition of patients is necessary during a syndrome of withdrawal of psychostimulants.