# **Введение**

Единой причины развития наркомании не существует. Имеют значение личностные особенности (инфантилизм, пассивность, зависимость, демонстративность, эмоциональная неустойчивость). Большую роль играют определенные социальные факторы: низкий уровень образования и профессиональной квалификации, сопровождающийся отсутствием интереса к учебе, работе, безыдейность и бездуховность; неумение занять свой досуг, влияние окружающей микросреды, неблагополучная обстановка в семье, недостатки в воспитательной работе; низкий уровень медико-просветительной работы.

Наркомания - это болезнь коллективная. Если наркоман попадает в компанию, он может «заразить» и других, т.к. наркоманы стремятся к тому, чтобы и окружающие попробовали наркотик, тоже приобщились к этому увлечению. Тяжело и покинуть компанию наркоманов, т.к. они не дают никому выбиться из их стада, преследуют, всячески стараются помочь вернуться к наркотизации. Наркомания - это болезнь молодых, т.к. до старости они просто не доживают. А начинают употреблять наркотики чаще в подростковом возрасте, больше всего подверженном отрицательному влиянию. Подростковый возраст - это период самоутверждения, отрицания общепринятых авторитетов, выбора собственных ценностей, когда особое влияние оказывает среда товарищей, авторитет лидера «своей группы».

Целью работы является изучение наркомании и токсикомании, клинические проявления основных типов, судебно - психиатрическая оценка.

Для достижения поставленной цели, в работе ставятся следующие задачи: 1. Рассмотреть наркоманию и токсикоманию;

. Изучить классификацию наркомании и токсикомании. Клинические проявления;

. Выявить судебно-психиатрическую оценку.

**1. Наркомания и токсикомания**

Наркомания - привыкание к наркотикам, вызывающим состояние эйфории, беспечности, меняющим психическое состояние наркомана. Токсикомания - пристрастие к некоторым лекарственным веществам, меняющим психическое состояние. Наркомания вызывается наркотиками, токсикомания - снотворными средствами, транквилизаторами, психостимуляторами.

Наркомании и токсикомании характерно формирование триады синдромов: синдрома лекарственной зависимости (зависимость психического и физического комфорта от приема препарата); изменение толерантности с повышением доз и изменением формы опьянения наркотиком или снотворным; наличие абстиненции и неукротимого влечения к наркотику, так как жизнедеятельность организма наркомана нормализуется лишь при определенном уровне наркотизации.

Злоупотребление наркотиками и снотворными ведет к деградации личности: наркоманы и токсикоманы идут на противозаконные ухищрении для добывания необходимого им препарата. У них падает активность, утрачиваются интересы к жизни, наступает физическое истощение с общей слабостью и бессилием. Снижается сопротивляемость к внешним неблагоприятным воздействиям. Смертность наркоманов и токсикоманов наступает раньше средней продолжительности жизни человека.

Клиническая картина и течение каждой формы наркомании или токсикомании имеют свои особенности, что связано с фармакологической активностью препарата, его наркогенной способностью.

Морфинизм - одна из форм наркомании. Заболеванию характерно быстрое привыкание и формирование синдрома зависимости, повышение толерантности, появление абстиненции происходит в течение 2 месяцев. Клиническая картина морфинного опьянения проявляется в быстром наступлении эйфории, которая сменяется благодушием, покоем, расслабленностью, чувством тяжести в конечностях, грезоподобными фантазиями при отрешенности от окружающего. Приблизительно через 4 ч это состояние переходит в сон, который длится до 3 ч. Морфинное опьянение сопровождается вегетативными нарушениями: сужением зрачков, бледностью и сухостью кожи, брадикардией, гипотонией.

Лечение морфинизма проводят в условиях наркологического отделения. В первое время лечебные мероприятия направлены на купирование абстиненции. Далее проводится лечение атропином. Рекомендуется лечебная гимнастика, трудотерапия. Проводят сеансы психотерапии. Влечение к наркотику у больных постепенно подавляется. Во избежание рецидива наркомании больные должны длительное время находиться в стационаре.

Пример токсикомании - злоупотребление снотворным (барбитураты). Острая интоксикация барбитуратами вызывает эйфорию, болтливость, суетливость, быструю смену настроения, агрессивность. Снижается частота пульса и возникает гипотония, отмечается дизартрия, нарушение походки и координации движений. Через 3 ч наступает сон, после которого больной медлителен, испытывает слабость, головную боль, тошноту. Через 5-6 месяцев после начала злоупотребления снотворными образуется синдром зависимости, повышается толерантность, появляется абстиненция, которая возникает в течение суток после последнего приема снотворного. Ее клиническая картина характеризуется злобностью больного, дисфорией, подавленным настроением, бессонницей, отсутствием аппетита. На высоте абстиненции иногда возникают судорожные припадки и развивается делирий, напоминающий алкогольный. Отмечаются озноб, потливость, расширение зрачков, судорожное сведение мышц голеней, тремор конечностей, понос, рвота, учащенное сердцебиение и подъем артериального давления. Длительность абстиненции до 1 месяца.

При длительном злоупотреблении снотворными развивается интоксикационная энцефалопатия с органическими изменениями в неврологическом состоянии больного и его психике: замедленность психических процессов, падение работоспособности, истощение, нарушение памяти, обеднение мышления и речи, снижение интересов. Внешний вид барбитуромана также свидетельствует об интоксикации: бледное одутловатое лицо с землистым оттенком, мутные глаза, тусклые («неживые») волосы, долго незаживающие раны при сниженной сопротивляемости к гнойничковой инфекции. Барбитуромания плохо поддается лечению, несмотря на длительное пребывание больных в наркологических стационарах, рецидивы наступают быстро и часто. Для купирования абстиненции назначают дезинтоксикационную терапию, пирроксан. Далее применяют препараты из группы ноотропов.

Важно раннее выявление наркомании и токсикомании, госпитализация больных и активное лечение в стационаре. НЕВРОЗЫ. Сюда входит группа заболеваний, в основе которых лежат временные обратимые нарушения психики функционального характера, обусловленные перенапряжением основных нервных процессов - возбуждения и торможения. Неврозы возникают в условиях длительной травмирующей ситуации и относятся к психогениям.

Истерический невроз характеризуется повышенной аффективной лабильностью и внушаемостью, тенденцией к подражанию, склонностью к фантазированию, поведением с элементами театральности. Больные реагируют на неприятности истерическими припадками с истерическим сужением сознания, рыданиями, патетичностью. Истерические припадки не сопровождаются резким внезапным падением с ушибами и повреждениями, не возникают, когда больной находится один. Двигательные расстройства носят выразительный характер и соответствуют содержанию переживаний больного. Иногда характер бурных проявлений аффекта меняется. Больной падает, беспорядочно размахивает руками и ногами, бьет ими об пол, выгибается дугой, выкрикивает отдельные слова. Длительность истерического припадка составляет от нескольких минут до нескольких часов. Истерический припадок не сопровождается выраженным нарушением мышечного тонуса, спазмами сфинктеров с последующим их расслаблением и недержанием мочи и кала, у больных сохраняется реакция зрачков на свет, могут быть вызваны сухожильные рефлексы, а также реакция на болевое раздражение, больные воспринимают обращение к ним и реагируют на него. После припадка у больных остается смутное воспоминание.

Расстройство сознания - одно из проявлений истерии, также возникающее под влиянием психической травмы. Восприятие окружающего нарушено, искажено. Обстановка кажется мрачной, угрожающей, она отражает травмирующую больного ситуацию. Аффективные нарушения характеризуются тревогой, страхом. В поведении появляются черты детскости, беспомощности, элементы ложного слабоумия. У некоторых больных развиваются неврологические нарушения: снижение чувствительности по типу чулок и перчаток, дрожание рук и ног, истерическая глухота, афония. Появляются вегетативные расстройства - сердцебиение, одышка, выраженные сосудистые реакции. Истерический невроз заканчивается после исчезновения психически травмирующей ситуации.

Неврастения возникает в результате истощения нервной системы. Характеризуется астенией, раздражительностью, слабостью, снижением работоспособности, нарушением сна. Имеется субъективное ощущение расстройства памяти. Развиваются вегетативные нарушения: повышенная потливость, сердцебиение, одышка.

Невроз навязчивых состояний характеризуется навязчивыми страхами, сомнениями и действиями, склонностью к самоанализу, неуверенностью в себе, нерешительностью, повышенной чувствительностью и ранимостью. У больных могут развиваться навязчивые страхи ипохондрического содержания. Иногда развивается страх высоты, страх попасть под транспорт. Нередко навязчивые страхи сочетаются с навязчивыми действиями. Больные критически относятся к этим явлениям, пытаются их преодолеть. Течение этого невроза более длительное, чем при неврастении и истерическом неврозе.

Невротическая депрессия проявляется подавленным настроением с некоторой замедленностью психомоторных реакций и мышления, однообразными депрессивными воспоминаниями, пессимизмом, фиксированностью на травмирующей ситуации. Сопровождается склонностью к слезам, раздражительностью, снижением аппетита и нарушением сна. Бредовых идей самообвинения, витальных нарушений, выраженной психомоторной заторможенности или ажитации, а также суточных колебаний состояния не отмечается. Невротическая депрессия не достигает глубины психоза, носит обратимый характер, проходит при разрешении травмирующей ситуации или под влиянием лечения.

Ипохондрический невроз характеризуется повышенным вниманием к своему здоровью, своим ощущениям, опасением в наличии неизлечимого недуга. Иногда возникает вследствие неосторожного замечания врача или медицинского персонала по поводу состояния здоровья пациента. Сопровождается тревогой, нарушением сна и вегетативными проявлениями, сердцебиением, учащением дыхания, дисфункцией кишечника. Носит обратимый характер, как и все неврозы.

# **2. Классификация наркомании и токсикомании**

Клинические проявления

Клинические формы рассматриваемых заболеваний выделяют по активному веществу, которым злоупотребляет больной:. Опийная наркомания.. Наркомания, обусловленная злоупотреблением препаратами конопли. Злоупотребление седативно-снотворными средствами:

· наркомании, вызванные снотворными;

· токсикомании, обусловленные злоупотреблением транквилизаторами. Злоупотребление психостимуляторами:

· амфетаминовая наркомания;

· злоупотребление кустарными препаратами эфедрина и эфедринсодержащих смесей;

· кокаиновая наркомания;

· злоупотребление кофеином.. Злоупотребление галлюциногенами:

· действие мескалина и псилоцибина;

· злоупотребление ЛСД;

· злоупотребление фенциклидином;

· злоупотребление холинолитиками:

o токсикомания, вызванная атропиноподобными средствами;

o токсикомания при использовании антигистаминных препаратов;

o циклодоловая токсикомания.. Токсикомания, обусловленная вдыханием летучих органических растворителей.. Полинаркомании, осложненные наркомании, политоксикомании.

Основой формирования наркомании и токсикоманий является эйфория - субъективный положительный эффект от действия употребляемого вещества. Термин "эйфория", употребляемый в наркологии, не совсем соответствует психопатологическому понятию эйфории, которое определяется как повышенное благодушное настроение, сочетающееся с беспечностью и недостаточной критической оценкой своего состояния. Эйфория при употреблении наркотических веществ характеризуется не только подъемом эмоционального фона, безмятежным, благодушным настроением, но и определенными психическими и соматическими ощущениями; иногда сопровождается изменениями мышления, расстройствами восприятия, а также нарушениями сознания различной степени. Причем каждому наркотику свойственна своя эйфория. В этом случае правильнее говорить о наркотическом опьянении или интоксикации (Flx.O по МКБ-10). Однако термин "эйфория" принят в отечественной наркологической литературе.

При первых приемах наркотиков могут наблюдаться защитные реакции организма - зуд, тошнота, рвота, головокружение, профузный пот. При последующих приемах наркотиков эти реакции исчезают.

В процессе наркотизации изменяются качество и выраженность эйфории. На определенном этапе даже повышение доз наркотика уже не вызывает желаемого эффекта и эйфории как таковой не возникает. Наркотик употребляется только для того, чтобы предотвратить развитие абстинентного синдрома и восстановить работоспособность и жизнедеятельность. В связи с этим выделяют "позитивную" и "негативную" эйфорию. Позитивная эйфория - состояние, которое наблюдается на начальных этапах наркотизации. Негативная эйфория наблюдается у "старых" наркоманов. Это состояние интоксикации, когда наркотики лишь снимают субъективно тягостные ощущения и выравнивают явления дискомфорта, при этом приятных ощущений не возникает.

Качество эйфории зависит и от способа введения наркотика (она более выражена при внутривенном введении препарата), внешнего вмешательства, соматического и психического состояния лиц, употребивших наркотик, эмоционального фона, при некоторых формах зависимости - от установки на получаемый эффект.

В клинической картине наркомании и токсикоманий представлены три основных синдрома: психическая зависимость, физическая зависимость, толерантность.

Психическая зависимость - это болезненное стремление непрерывно или периодически принимать наркотический или другой психоактивный препарат с тем, чтобы испытать определенные ощущения либо снять явления психического дискомфорта. Она возникает во всех случаях систематического употребления наркотиков, но может быть и после однократного их приема; является самым сильным психологическим фактором, способствующим регулярному приему наркотиков или других психоактивных средств, препятствует прекращению наркотизации, обусловливает появление рецидивов заболевания.

Психопатологически психическая зависимость представлена патологическим влечением к изменению своего состояния посредством наркотизации. Выделяют психическое (психологическое, обсессивное) и компульсивное влечение.

Психическое влечение характеризуется постоянными мыслями о наркотике, которые сопровождаются подъемом настроения, оживлением в предвкушении его приема, подавленностью, неудовлетворенностью в отсутствии такового. Поскольку мысли о наркотике часто носят навязчивый характер, это дало основание некоторым авторам [Пятницкая И.Н., 1975, 1994] обозначить психическое влечение как обсессивное. Психическое влечение может сопровождаться борьбой мотивов и частичной критикой, но может быть и неосознанным, проявляться в изменении настроения и поведении больных. В зависимости от препарата, которым злоупотребляет пациент, психическое влечение может быть постоянным, периодическим или циклическим. Оно может актуализироваться под влиянием различных ситуационных или психогенных факторов.

Компульсивное влечение характеризуется неодолимым стремлением к наркотизации с тотальной охваченностью больного в его стремлении получить наркотик, может сопровождаться суженным сознанием, полным отсутствием критики, определяет поведение, поступки больных, мотивацию их действий. В апогее компульсивное влечение может характеризоваться психомоторным возбуждением. Специфичность симптоматики утрачивается. Клиническая картина оказывается общей для всех форм наркомании. Утрачиваются индивидуальные личностные особенности больного. Поведение наркоманов становится сходным независимо от индивидуальных преморбидных особенностей личности и социальных установок. Для компульсивного влечения характерны не только психические, но и соматоневрологические нарушения: расширение зрачков, гипергидроз, сухость во рту, гиперрефлексия, тремор.

Компульсивное влечение может проявляться как в отсутствие интоксикации - в структуре абстинентного синдрома или в периоде ремиссии, когда оно неизбежно ведет к рецидиву, так и в состоянии интоксикации, когда на высоте опьянения у больных возникает неодолимое желание "добавить" наркотик ("догнаться" - на жаргоне наркоманов). В последнем случае компульсивное влечение нередко сопровождается утратой контроля и ведет к передозировке наркотика. И.Н.Пятницкая (1994) относит компульсивное влечение к проявлениям физической зависимости. Это не лишено оснований, поскольку оно наиболее ярко выражено в период отмены наркотика, когда сформирован абстинентный синдром.

Физическая зависимость - это состояние перестройки всех функций организма в ответ на хроническое употребление психоактивных препаратов. Проявляется выраженными психическими и соматическими нарушениями при прекращении приема наркотика или при нейтрализации его действия специфическими антагонистами. Эти нарушения обозначаются как абстинентный синдром, синдром отмены или синдром лишения (англ, withdrawal syndrom). Они облегчаются или полностью купируются новым введением того же наркотика либо вещества со сходным фармакологическим действием. Физическая зависимость подкрепляет влияние психической зависимости и является сильным фактором, определяющим непрерывное использование наркотических препаратов или возврат к их употреблению после попытки прекращения приема.

Клинические проявления абстинентного синдрома при разных видах наркомании и токсикоманий различны. Сроки формирования физической зависимости (абстинентного синдрома), как и его продолжительность при разных видах наркомании и токсикоманий, также различны и зависят от темпа наркотизации, употребляемых доз, способа введения наркотика. Абстинентный синдром развивается на протяжении определенного отрезка времени. При этом наблюдается последовательность появления той или иной симптоматики, характерной для отдельных видов наркомании. Выделяют "острый" период абстинентного синдрома, когда в наибольшей степени выражена и развернута вся симптоматика, характерная для данного вида наркомании (токсикоманий) и "отставленный" период абстинентного синдрома или так называемый период неустойчивого равновесия [Пятницкая И.Н., 1994], когда на первый план выступают астенические, аффективные нарушения и расстройства поведения.

Иногда через несколько недель или даже месяцев после прекращения наркотизации у больных опийной наркоманией может появиться симптоматика, характерная для острого абстинентного синдрома. Это состояние обозначается как псевдоабстиненция, или сухая абстиненция. Псевдоабстиненция обычно приводит к возобновлению патологического влечения к наркотикам и способствует возникновению рецидивов.

Физическая зависимость (абстинентный синдром) развивается в процессе хронического употребления не всех наркотических препаратов.

Толерантность. Под толерантностью подразумевается состояние адаптации к наркотическим или другим психоактивным веществам, характеризующееся уменьшенной реакцией на введение того же количества наркотика, когда для достижения прежнего эффекта требуется более высокая доза препарата.

Через определенное время после начала систематического употребления наркотиков первоначальная доза перестает оказывать желаемое действие, и больной вынужден повышать дозу. В дальнейшем и эта доза становится недостаточной и возникает потребность в еще большем ее увеличении. Происходит рост толерантности. При этом организм наркомана может переносить дозы наркотика, значительно превышающие терапевтические, а в отдельных случаях и смертельные для здорового человека. У опиоманов, например, толерантность может превышать физиологическую в 100-200 раз. Рост толерантности сопровождается подавлением защитных реакций организма (исчезновение рвоты, кашля и пр.). Повышение толерантности может проявляться как в увеличении разовых доз, так и в увеличении частоты приема наркотиков.

Плато толерантности. На определенном этапе развития наркомании толерантность достигает максимума и длительное время остается постоянной. Больной в этот период принимает наивысшие для него дозы наркотика. Дальнейшее увеличение доз уже не вызывает эйфории и может привести к передозировке.

Снижение толерантности. У больных с большой длительностью заболевания наступает период, когда они не могут переносить прежние высокие дозы наркотика и вынуждены их снижать; увеличение дозы вызывает передозировку. В ряде случаев, когда больные решили прервать наркотизацию, они искусственно снижают дозу наркотика, чтобы легче перенести состояние абстиненции. После периода воздержания от наркотиков эйфорию вызывают более низкие дозы наркотических веществ (на жаргоне наркоманов это называется "омолодиться").

Перекрестная толерантность - толерантность, возникающая при приеме одного вещества, распространяющаяся на другие препараты, которые больной ранее не принимал. Это наблюдается при сочетанном приеме двух психоактивных веществ.

Наиболее ярким примером перекрестной толерантности являются случаи, когда больные хроническим алкоголизмом начинают злоупотреблять седативными препаратами (в частности, барбитуратами или транквилизаторами).

наркомания токсический психический зависимость

# **3. Наркомания и токсикомания. Судебно-психиатрическая оценка**

Наркомания считается самостоятельным хроническим заболеванием, для которого характерны психическая и физическая зависимости от употребления психоактивных наркотических веществ с формированием нарушений психической деятельности. В крайне неблагоприятном варианте наступает полная деградация личности.

Наркотические вещества по воздействию на человека подразделяют на три категории:

) Наркотические вещества седативного (успокаивающего) действия;

) Возбуждающего действия;

) Которые создают в сознании больного фантастические иллюзии с искажением реальной действительности.

Действие наркотиков на организм человека, в особенности на нервную систему, во многом схоже с действием алкогольных веществ.

Основные факторы возникновения и развития наркомании:

Ш Стремление к максимально радостному и беззаботному состоянию - эйфории;

Ш Преобладание в применении одного наркотика;

Ш Систематичность в приеме наркотических средств;

Ш Снижение первоначального эффекта наркотика и соответственно, увеличение дозы употребления вещества.

Основной симптомокомплекс:

- возникает синдром привыкания к дозе наркотических и токсических средств, требующий увеличения объема принимаемого вещества, происходит отключение защитных механизмов организма на передозировку; формируется синдром патологического влечения больного к психоактивному или наркотическому веществам. Больной может достичь комфортного психического состояния только при условии их употребелния;

- появляется симптомокомплекс физической зависимости человека, который характеризуется абстинентным синдромом, достижением комфортного физического состояния лишь при интоксикации;

- постепенно образуется синдром патологического изменения личности человека, формируются симптомы социальной дезадаптации и ярко выраженной деградации и другие, специфические для каждой группы препаратов признаки.

Лица, совершившие преступления в состоянии наркотического и токсического опьянения, должны отвечать за свои деяния, так как наркоманы часто причиняют ущерб окружающим им людям. Законодательством предусмотрена по необходимости возможность устанавливать ограниченную дееспособность таких граждан. Таким лицам на основании решении суда могут быть назначены попечители. После прекращения употребления наркотических и психоактивных средств, и также в судебном порядке, ограничение дееспособности может быть отменено. Помимо ограничения дееспособности возможно применение к наркоманам иных мер, к примеру, ограничение родительских прав. Если у наркомана ярко выражены психопатические нарушения, произошла очевидная деградация личности, полностью исключающая способность больного осознавать значение своих поступков и руководить ими, то такой человек может быть в судебном порядке признан недееспособным. Решением суда ему назначается опекун. Все правовые действия, совершенные наркоманами в состоянии расстройства психики, признаются судом недействительными.

# **Заключение**

Наркомания. Состояние периодической или хронической интоксикации, вызванной употреблением натуральных или синтетических наркотических веществ. К наркомании относится употребление только тех наркотических веществ и медицинских препаратов, которые включены в список наркотических лекарственных форм, утвержденный Министерством Здравоохранения. Это имеет не только медицинское, но и юридическое значение.

Токсикомания - злоупотребление теми веществами, которые не входят в список наркотиков**.**

Это различные химические, биологические и лекарственные вещества, вызывающие привыкание и зависимость.

Выделяют следующие группы наркотических и токсических веществ:

· Морфин, опий и их полусинтетические и синтетические аналоги (героин, кодеин, промедол).

· Кокаин и препараты из него ("крэк").

· Вещества, добываемые из индийской конопли (гашиш, анаша, план, марихуана).

· Снотворные (барбитураты, ноксирон, бромурал).

· Стимуляторы (кофеин, эфедрин, допинги).

· Транквилизаторы.

· Атропин и атропинсодержащие препараты (астматол, белладонна).

· Ненаркотические анальгетики (анальгин, амидопирин, аспирин, парацетамол и др.).

· Органические растворители и средства бытовой химии.

· Никотин.

# **Список источников и литературы**

Нормативно-правовые акты

. Конституция РФ от 12.12.1993г. Российская газета, № 237, 25.12.1993.

2. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" <http://www.admhmao.ru/committe/service/slug\_kontzdrav/zakon/kont\_kach/7.rtf>;

. Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ "Об обращении лекарственных средств" <http://www.admhmao.ru/committe/service/slug\_kontzdrav/zakon/kont\_kach/7.rtf>;

. Федеральный закон от 02.05.2006 № 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации" <http://www.admhmao.ru/committe/service/slug\_kontzdrav/zakon/kont\_kach/9.rtf>;

. Указ Президента Российской Федерации от 11.10.2004 г. № 1304 "О Федеральном медико-биологическом агентстве"

. Приказ Федерального медико-биологического агентства от 30 марта 2007 г. № 88 "О добровольном информированном согласии на медицинское вмешательство"

. Постановление Правительства Российской Федерации от 22.01.2007 № 30 "Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности" <http://www.admhmao.ru/committe/service/slug\_kontzdrav/zakon/kont\_kach/16.rtf>;

Литература

8. Акопов В.И. Медицинское право в вопросах и ответах. - М.: Приор, 2010.-221 с.

. Мохов А.А. Медицинское право как самостоятельная отрасль национального права России / Современное право, 2012, № 1, с. 45-56.

. Рерихт А.А. Понятие медицинского права и его особенности / Право и государство: теория и практика, 2011, № 8, с. 13-27.

. Сергеев Ю.Д. Милушин М.И. О теоретических основах и концепции национального медицинского права / Медицинское право, 2010, № 3, с.34-54

. Соловьев В.Н. Медицина и гражданское право. - В сб.: Медицина, этика, религия и право // Материалы конференции. М. 2010. с. 35-43.

. Стеценко С.Г. Медицинское право: Учебник. - СПб.: Юридический центр «Пресс», 2010, с. 21-27.

. Стеценко С.Г. Медицинское право: Учебник. - СПб.: Юридический центр «Пресс», 2010, с. 22-29.

. Горшков А. В., Колоколов Г. Р. - М. : Издательство «Окей-книга», 2009. - 128с.

. Федорова М.Ю. Медицинское право. - М.: ВЛАДОС, 2010.-278 с.