

ПОНЯТИЕ И ВИДЫ СИЛЬНОДЕЙСТВУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ

Хайриддинова Элмира Жалил кизи

преподаватель кафедры Криминологии Академии МВД Республики Узбекистан

Аннотация: В статье исследуются понятие и виды сильнодействующих препаратов в контексте действующего законодательства. Рассматриваются нормативно-правовые акты, регулирующие порядок их оборота, хранения, учета и использования. Анализируются критерии отнесения лекарственных средств к категории сильнодействующих, а также особенности правового регулирования ответственности за незаконный оборот таких препаратов. Особое внимание уделяется проблемам правоприменительной практики и вопросам совершенствования законодательства в данной сфере. По результатам исследования сформулированы выводы о необходимости повышения эффективности правового контроля за обращением сильнодействующих препаратов.

Ключевые слова: сильнодействующие препараты, правовое регулирование, оборот лекарственных средств, уголовная ответственность, фармацевтическое законодательство, правоприменительная практика, контролируемые вещества.

Abstract: The article examines the concept and types of potent drugs within the framework of current legislation. It analyzes the regulatory legal acts governing the circulation, storage, accounting, and use of such substances. The criteria for classifying medicinal products as potent drugs are considered, as well as the legal aspects of liability for their illegal trafficking. Particular attention is paid to issues of law enforcement practice and the improvement of legal regulation in this area. Based on the results of the study, conclusions are drawn regarding the need to enhance the effectiveness of legal control over the circulation of potent drugs.

Keywords: potent drugs, legal regulation, drug circulation, criminal liability, pharmaceutical legislation, law enforcement practice, controlled substances.

Сильнодействующие препараты, также известные как мощные или наркотические средства, используются в медицине для лечения различных состояний и заболеваний, часто связанных с сильной болью или тяжелыми психическими расстройствами. Рассмотрим виды таких препаратов [11].

1. Опиоиды. Эти препараты используются для лечения сильной боли. Примеры включают морфин, оксикодон, фентанил, кодеин и гидрокодон. Опиоиды представляют собой вещества, которые при попадании в организм обретают связь с

опиоидными рецепторами, которые в свою очередь находятся в центральной нервной системе, а также в желудочно-кишечном тракте. Структура опиоидов имеет схожесть со структурной составляющей морфина (рисунок 1).

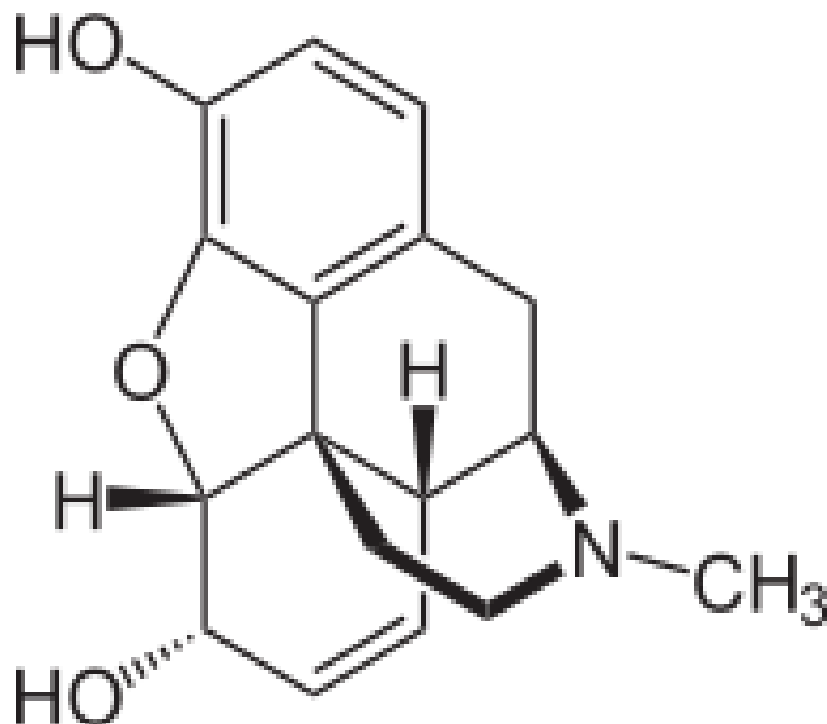


Рисунок 1 – Структурная формула морфина

Практика употребления психоактивных веществ применялась еще с древних времен. В произведениях литературы можно встретить случаи употребления опиоидов. Так, Михаил Булгаков в рассказе «Морфий» описывал, что его герой работал врачом в селе и в момент работы увлекся употреблением данного наркотика, что повлекло за собой последствия, являющиеся необратимыми.

Употребление снотворного мака изначально было с целью лечения определенных расстройств психики человека:

- истерии;
- мании;
- ипохондрии и т.д. [25]

В дальнейшем были выявлены побочные эффекты данного вещества – зависимость, а также синдром отмены.

Опийная наркомания – один из самых распространенных видов зависимости. Став зависимым от данных веществ, у человека начинают происходить необратимые последствия – разрушение личности. Зависимые люди часто совершают преступления

тяжелого характера, доставляют страдания свои близким, а также имеют опасность заражения ВИЧ-инфекцией, так как используют грязные иглы в момент принятия наркотиков.

Рассмотрим различия между опиоидом и опиатом. Опиоид представляет собой любое вещество, связываемое с опиоидными рецепторами в головном мозге человека, а также оказывают на него опиатоподобное воздействие. Такие вещества могут быть как природными, так и синтетическими, а также частично синтетическими [8].

Опиат представляет собой наркотик, который получился из природных соединений, которые содержит в себе мак, данные наркотики содержат:

- морфин;
- кодеин;
- опиум.

Перечислим, какие вещества входят в список опиоидов:

1. Омнопон.
2. Грамадол.
3. Героин.
4. Метадон.
5. Гидроморфин.
6. Промедол и др. [16]

У всех живых существ, будь это человек или животное, в головном мозге имеются опиоидные рецепторы, посредством которых осуществляется регулирование болевых ощущений. В момент, когда опиаты и опиоиды вступают в связь с данными рецепторами, человек получает прилив радости и удовольствия.

Важно отметить, что опиаты являются такими же опасными, как и опиоиды, несмотря на их природное происхождение. От каждого из них есть риск получить зависимость и передозировку.

Рассмотрим, какие эффекты вызывают опиоидные наркотики:

1. Чувство эйфории.
2. Расслабленность всего тела.
3. Обезболивание.
4. Седацию [37].

В том числе, стоит отметить, что опиоиды влияют на различные системы организма человека.

Действие в первую очередь осуществляется на центральную нервную систему. Происходит следующее: перепады настроения, спутанность сознания, появление

чувства тревоги, появление галлюцинаций, появление паранойи, сужаются зрачки, появляется нервное возбуждение.

В том числе действие осуществляется на:

1. Дыхательную систему (замедляется ритм дыхания, появляется кашель).
2. Желудочно-кишечный тракт (выделяется желчь, появляются запоры).
3. Сердечно-сосудистую систему (снижается артериальное давление, осуществляется снижение ритма сердца) [30].

Опиоиды подразделяются на сильные и слабые. К сильным относят метадон, морфин, гидроморфон, фентанил. К слабым относят кодеин и трамадол.

Опиоиды опасны тем, что они активируют и перегружают центры удовольствия мозга. Человек чувствует радость, обретает счастье, получает удовольствие, но стоит действию вещества прекратиться, как человек становится раздражительным и беспокойным, происходит синдром отмены.

При этом, человек не может контролировать употребление данных веществ, так как появляется зависимость. Даже если он уже чувствует разрушающее воздействие на свой организм, все равно не имеет возможности отказаться от употребления.

Из всех наркотических зависимостей, опиоидная – одна из самых сложных. Для эффективных результатов лечения и снижения риска срыва важно устранить:

1. Психологический вред.
2. Физический вред.
3. Социальные причины [18].

Самый эффективный метод лечения опиоидной зависимости – медикаментозная терапия. В случае, если заболевание имеет начальную стадию, она используется амбулаторно. При этом, если имеется уже вторая и третья стадии, то лечение происходит только при стационарном наблюдении.

В стационарных условиях больному легче переносить синдром отмены. Его контроль является очень важным, так как при желании повторного употребления и при отсутствии такой возможности больной испытывает мучительные состояния ломки, что может стать последствием срыва, а также передозировки. Врачи имеют возможность облегчить мучительные состояния, заменив наркотическое вещество иными препаратами, которые по своему действию похожи на опиоиды [6].

Также, важно отметить, что определенные типы опиоидов имеют свои антидоты, с помощью которых можно купировать синдром отмены. К примеру, синдром отмены после злоупотребления морфином или трамаделом можно купировать антагонистом опиоидных рецепторов налоксоном.

Для детоксикации и снятия симптомов абстиненции также могут быть использованы:

- антипсихотики (нейролептики);
- антиконвульсанты;
- седативные средства;
- снотворные препараты;
- транквилизаторы [3].

К основным мерам профилактики зависимости от опиоидов относятся:

- ведение просветительской деятельности, касающейся вреда наркотиков среди молодежи;
- полный отказ от употребления наркотических веществ и алкогольных напитков;
- отказ от вредных привычек членами семьи;
- избегание компаний, для которых употребление психоактивных веществ является нормой;
- ведение здорового образа жизни (занятие спортом, полноценный сон, правильное питание);
- поиск альтернативных способов получения удовольствия (путешествия, хобби, спорт) [29].

Антидепрессанты – это группа лекарственных препаратов с тимоаналептическим эффектом, нормализующих активность нейромедиаторов (например, серотонина, норадреналина, дофамина) за счет прямого или опосредованного воздействия на уровень моноаминов. В международной Анатомо-терапевтической-химической классификации лекарственных средств (АТС) им присвоен код N06Ax, являющийся подразделом с препаратами для лечения заболеваний нервной системы. Иными словами, клиническое применение антидепрессантов не ограничивается расстройствами настроения – их назначают, например, для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта, нейровегетативных заболеваний, болевых синдромов, ревматоидного артрита, иных неврологических заболеваний. Примеры включают флуоксетин (Прозак), сертралин (Золофт), венлафаксин (Эффексор) и амитриптилин [11].

Тимолептический эффект (Paul Kielholz, 1985) антидепрессантов выражается в улучшении настроения, восстановлении когнитивных функций, повышении психической активности, нормализации сна. Препараты данной группы эффективно справляются с эмоциональным перенапряжением, тревожными состояниями, состояниями тоски и вялости, беспокойством. Некоторые из них обладают

выраженным стимулирующим эффектом, другие – анксиолитическим. Антидепрессант подбирается в зависимости от заболевания и особенностей его течения. В том числе подбирается его оптимальная дозировка, способная варьировать терапевтический эффект некоторых антидепрессантов. Именно поэтому антидепрессант должен подбираться доктором, а прием – строго соответствовать его рекомендациям [15].

Выделение антидепрессантов в самостоятельную фармакологическую группу произошло в середине XX века с появлением первых синтетических препаратов (ипрониазид, имипрамин). Они пришли на смену токсичным препаратам на основе опиатов, амфетаминов, бромидов, барбитуратов и природных алкалоидов. Современные антидепрессанты имеют сравнительно низкую токсичность с препаратами первой половины XX века, а генерация препаратов последнего поколения – практически лишена их, при условии соблюдения терапевтических указаний и курирования пациента лечащим врачом до момента достижения желаемого результата (выздоровления, достижения ремиссии).

Антидепрессанты делятся на пять поколений. В зависимости от поколения, отличается их биохимический механизм терапевтического действия, а также степень редукции непрофильных эффектов. Однако общепринятой классификации поколений антидепрессантов не существует.

- ТЦА, ИМАО;
- 1-й СИОЗС, ОИМАО, ЧЦА;
- СИОЗС, ССОЗС, ОИМАО;
- СИОЗСН;
- ИМР [28].

Профиль побочных эффектов антидепрессантов зависит от их химической структуры, механизма действия, длительности лечения и применяемых дозировок. К общим побочным эффектам антидепрессантов при условии применения в терапевтических дозировках относятся:

- возбуждение или вялость;
- бессонница или сонливость;
- развитие маниакальных состояний;
- снижение концентрации внимания;
- галлюцинации [37].

Побочные эффекты антидепрессантов успешно купируются назначением нормотимиков, нейролептиков, бензодиазепинов и иных лекарственных препаратов. Чтобы избежать непрофильного действия антидепрессантов, необходимо следовать

рекомендациям врача по приему препаратов, а также своевременно консультироваться с ним при возникновении первых признаков побочных эффектов. Так как смена антидепрессанта при его подборе занимает некоторое время (как правило, 1-2 недели), нельзя оставлять без внимания даже малейшие признаки ухудшения самочувствия [1].

Нейролептики – это лекарственные препараты, восстанавливающие дисбаланс дофамина в мезокортикальном, мезолимбическом, нигростриарном и тубероинфундибулярном путях головного мозга, вызывающий психотические состояния. По этой причине препараты данной группы также называют антипсихотиками. Нейролептики воздействуют на дофаминергическую систему таким образом, что устраняют психотическую симптоматику – в первую очередь, обманы восприятия (слуховые, зрительные, тактильные галлюцинации), бред и психомоторное возбуждение. Примеры включают рисперидон (Риспердал), оланзапин (Зипрекса), кветиапин (Сероквель) и арипипразол (Абилифай) [14].

Лечение нейролептиками назначается при психотических состояниях, возникающих на фоне заболеваний, например: шизофрении, шизоаффективного расстройства, биполярного аффективного расстройства, маний различной этиологии, депрессий, поражений головного мозга (например, ЧМТ, инсульт), неврологических заболеваний (например, эпилепсия, болезнь Паркинсона), деменции. Лечение антипсихотиками, как правило, длительное. В зависимости от заболевания, курс приема нейролептиков может длиться от 3 лет, при наличии хронического заболевания – принимаются пожизненно [3].

Психостимуляторы – это класс психотропных препаратов, оказывающих возбуждающее действие на центральную нервную систему человека и активизирующих психическую активность [9].

Прием психостимуляторов повышает работоспособность и скорость реакции, улучшает мозговую деятельность, ускоряет мыслительные процессы, позволяет достичь стопроцентной концентрации внимания, облегчает восприятие информации.

На протяжении долгого времени использование психостимуляторов в медицинских целях считалось безопасными. Однако, когда стало очевидно, что данные препараты вызывают серьезные побочные эффекты, показания к их применению существенно сократились [21].

На сегодняшний день нейрометаболические психостимуляторы используются для лечения только нескольких видов расстройств, включая синдром гиперактивности, а также нарколепсию (хроническое расстройство сна, при котором больной испытывает сильную сонливость и может заснуть в любое время дня). Еще реже они применяются в терапии ожирения, атипичной депрессии и расстройств шизофренического спектра.

Примеры включают метилфенидат (Риталин), амфетамины (Аддералл) и модафинил (Провигил).

Нейрометаболические стимуляторы – это тип психоактивных веществ, воздействующих на центральную нервную систему человека и вызывающих усиление мозговой активности.

Некоторые из психостимуляторов (например, кофеин или никотин) являются относительно «мягкими» при использовании в небольших количествах. В то время как другие вызывают тяжелые побочные эффекты, привыкание и зависимость (например, кокаин).

Стимуляторы вызывают эйфорический эффект, который является результатом повышенной активности центральной и периферической нервной системы. Он может длиться от нескольких минут до нескольких часов в зависимости от типа принимаемого стимулятора, его количества и других факторов.

К наиболее распространенным эффектам психостимуляторов относятся:

- чувство эйфории;
- повышение энергичности;
- улучшение настроения;
- снижение потребности во сне (бодрствование в течение длительных периодов времени);
- повышение физической выносливости и мышечного тонуса;
- улучшение производительности;
- учащение сердцебиения, повышение артериального давления;
- повышение интеллектуальной работоспособности;
- снижение аппетита;
- обострение слуха и зрения, повышение бдительности;
- ускорение ответной реакции;
- улучшение координаций движения [23].

Длительное употребление стимуляторов или их употребление в больших количествах приводит к повышенной тревожности, паранойе, нарушениям работы сердца.

Стимулирующие препараты можно условно разделить на законные и нелегальные. Незаконные виды психостимуляторов продаются на улицах, являются сильнодействующими веществами и быстро вызывают привыкание. Легальные препараты продаются в магазинах или аптеках (чаще всего по рецепту врача) и тоже могут вызывать зависимость [16].

К основным типам психостимуляторов относятся:

– Ноотропные стимуляторы. Ноотропы улучшают творческие способности, память, мотивацию и исполнительность. Они поддерживают выработку энергии в нейронах головного мозга, влияют на уровень дофамина, ацетилхолина, серотонина и других химических веществ в головном мозге, нейтрализуют свободные радикалы, уменьшая окислительный стресс в головном мозге. Наиболее распространенными ноотропами являются: «Пантогам», «Глицин», «Фенотропил», «Пирацетам», «Ноотропил», «Фенибут», «Анвифен», «Ноофен», «Аминалон», «Мексидол», «Винпоцетин», «Пикамилон», «Семакс», «Гопантенная кислота», «Селанк», «Энцефабол», «Ницерголин», «Ноопепт», «Винпотропил», «Ладастен», «Нооклерин», «Идебенон», «Биотредин», «Кортексин», «Церебролизин», «Церебрин», «Циннаризин», «Энерион» [20].

– Кофеин и никотин. Самые распространенные легальные психостимуляторы. Кофеин относится к тем типам стимуляторов, которые блокируют аденозиновые рецепторы, расположенные в головном мозге, повышая бдительность, внимание и заставляя человека чувствовать себя менее уставшим. Никотин содержится в табаке и вызывает привыкание к сигаретам. Этот тип химического вещества улучшает внимание, бдительность и двигательную функцию [7].

– Амфетамины (амфетамин, МДМА, метамфетамин, эфедрин, фенилпропаноламин, пара-Метоксиамфетамин и др). Повышают уровень норадреналина и дофамина в префронтальной коре - области мозга, которая контролирует внимание, рабочую память и поведение. У здоровых взрослых амфетамин улучшает кратковременную память, умственную работоспособность, заставляет чувствовать себя более бодрым, оптимистичным и внимательным [4].

На сегодняшний день достаточно хорошо изучен механизм действия транквилизаторов производных бензодиазепаина. Бензодиазепиновые рецепторы участвуют в биохимических процессах, связанных с ГАМКергическим торможением на всех уровнях ЦНС. Разносторонняя активность транквилизаторов определяется воздействием на различные типы бензодиазепиновых рецепторов, позволяющим, таким образом, оказывать анксиолитический, седативный, гипнотический, миорелаксантный и противосудорожный эффекты.

Противоэпилептические препараты применяются для контроля эпилептических припадков. Развитие нейрофармакологии в последние десятилетия, синтез новых высокоэффективных антиэпилептических препаратов (АЭП), кардинальный пересмотр многих принципов ее лечения – все это позволило в настоящее время отнести эпилепсию к заболеваниям, которые поддаются лечению. АЭП выбирают в зависимости от формы эпилепсии и характера приступов [34].

Препараты вальпроевой кислоты (Конвульсофин, Депакин и др.) – одна из наиболее эффективных групп АЭП.

Конвульсофин – кальциевая соль вальпроевой кислоты. Это современный препарат широкого спектра действия; он высоко эффективен практически при всех формах эпилепсии и типах эпилептических приступов. В настоящее время более чем 20-летний опыт применения вальпроатов свидетельствует, что они являются препаратами абсолютного выбора в лечении большинства форм генерализованной и идиопатической парциальной эпилепсии. В настоящее время доказано, что Конвульсофин обладает широким спектром антиэпилептической активности, как в отношении первично – генерализованных приступов (генерализованные судорожные, миоклонические, абсансы), так и парциальных (простых и сложных) и вторично – генерализованных пароксизмов. При этом Конвульсофин применяется как базовый препарат в качестве монотерапии, так и в комбинации с другими АЭП у детей и взрослых всех возрастов [18].

Дозировки Конвульсофина подбираются индивидуально и варьируют в широком диапазоне. Средняя доза может составлять 600-1500 мг/сут (20-40 мг/кг/сут). При необходимости и при тяжелых формах применяются значительно более высокие дозы. Среди побочных эффектов (ПЭ) вальпроатов наиболее значимы следующие: повышение аппетита и веса (редко – отказ от еды), изжога, тошнота, боли в животе, незначительно выраженное выпадение волос, дрожание рук. Необходимо контролировать уровень тромбоцитов в крови (возможно их снижение). При появлении ПЭ нужно проконсультироваться с лечащим врачом; при этом далеко не всегда возникает необходимость в отмене препарата [11].

Препараты группы карбамазепина (Финлепсин, Финлепсин – ретард, Тегретол) – также современные высокоэффективные АЭП. Финлепсин – препарат выбора в лечении симптоматических парциальных форм эпилепсии; при парциальных, первично – и вторично – генерализованных судорожных приступах. Применяется, как в монотерапии, так и в качестве добавочного препарата. Следует помнить, что препараты карбамазепина противопоказаны при абсансах и миоклонических приступах. Средняя суточная доза составляет 400-800 мг (около 20 мг/кг/сут). Предпочтение в лечении отдается пролонгированным формам, таким как Финлепсин – ретард. Основные ПЭ: двоение в глазах, сонливость, кожная сыпь, головная боль, снижение уровня лейкоцитов в крови [6].

Этосуксимид (Суксилеп). Суксилеп – препарат узкого спектра. Он высоко эффективен при абсансных и миоклонических приступах как в монотерапии, так и в комбинации с вальпроатами (Конвульсофином). При некоторых формах эпилепсии,

например, синдроме Леннокса – Гасто, Суксилеп может применяться только в сочетании с другими АЭП. Средние дозы: 500-750 мг/сут (около 20 мг/кг/сут). ПЭ: тошнота, кишечные расстройства, сонливость. Примечательно, что препарат в большом количестве поступает в грудное молоко. Женщины, принимающие суксилеп в периоде лактации, должны отказаться от грудного вскармливания [25].

Топирамат (Топамакс) – препарат широкого спектра действия. Эффективен при всех типах парциальных приступов, а также при генерализованных судорожных. Применяется в лечении парциальных и генерализованных форм эпилепсии с наличием судорожных приступов. Средние дозы: 5-7 мг/кг/сут (200-400 мг/сут). Необходимо медленное наращивание дозы при введении препарата (обычно в течение 6-10 нед). ПЭ зависят, главным образом, от дозы топирамата и связаны с нарушением функции ЦНС: головокружение, утомляемость, сонливость, раздражительность, снижение концентрации внимания. Эти проявления обычно проходят вскоре после очередного повышения дозы. Возможно также появление парестезий (чувство ползания мурашек). Для предотвращения появления конкрементов в почках пациенты должны увеличить ежедневное потребление жидкости (щелочные минеральные воды). Препарат противопоказан больным с нарушением функции почек и при почечно-каменной болезни [28].

Бензодиазепины (клоназепам, антелепсин, клобазам, седуксен, радедорм, лорафен и др.). Бензодиазепины применяются только в качестве добавочных АЭП при резистентных формах эпилепсии. Особенно эффективны при миоклонических и фотосенситивных формах эпилепсии. Также назначаются при серийном учащении приступов, как препараты первой помощи. Обладают широким спектром ПЭ, прежде всего, в отношении ЦНС: выраженный седативный эффект, нарушение концентрации внимания, угнетение или возбуждение, шаткость, расстройство речи, слюнотечение, расстройства дыхания у детей раннего возраста. Категорически запрещено резко отменять бензодиазепины у больных эпилепсией – угроза учащения приступов и развития эпилептического статуса.

«Старые» АЭП: барбитураты (фенобарбитал, гексамидин, бензонал) и гидантоины (дифенин, фенитоин, дифантоин). Эффективны в лечении генерализованных судорожных и парциальных приступов. Фенобарбитал применяется в дозе 100-300 мг/сут (2-5 мг/кг/сут), а Дифенин – в дозе 100-400 мг/сут (3-8 мг/кг/сут). Европейская комиссия по антиэпилептическим препаратам в 1998 году рекомендовала врачам значительно сузить показания к применению данных препаратов у больных эпилепсией. Основанием для этого является негативное воздействие этих препаратов на ЦНС: вялость, сонливость, расстройство концентрации внимания, гиперактивность,

снижение способности к обучению и др. Дифенин – тератогенный препарат, который нередко вызывает пороки развития у новорожденных. Он противопоказан для применения во время беременности [11].

К новым антиэпилептическим препаратам относятся топирамат, ламотриджин, тиагабин, вигабатрин, фелбамат, леветирацетам [5].

Итак, сильнодействующие препараты занимают важное место в современной медицине, предлагая эффективные решения для лечения ряда сложных заболеваний и состояний. Эти средства обладают мощным терапевтическим воздействием, что делает их незаменимыми в клинической практике. Однако, ввиду их высокой активности и потенциала для развития зависимости, применение таких препаратов требует тщательного контроля и профессионального наблюдения.

Среди основных видов сильнодействующих препаратов можно выделить опиоиды, антидепрессанты, антипсихотики, стимуляторы, седативные средства, анксиолитики и противоэпилептические препараты. Опиоиды, такие как морфин и оксикодон, используются для купирования сильной боли, однако их высокая аддиктивность требует осторожного дозирования. Антидепрессанты, включая флуоксетин и сертралин, помогают справиться с депрессивными и тревожными расстройствами, улучшая качество жизни пациентов.

Антипсихотики, к примеру, рисперидон и оланзапин, предназначены для лечения шизофрении и других психотических состояний, обеспечивая контроль симптомов и улучшая когнитивные функции. Стимуляторы, такие как метилфенидат и амфетамины, используются для лечения синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) и нарколепсии, повышая концентрацию и бодрствование. Седативные средства и анксиолитики, включая бензодиазепины, играют важную роль в терапии тревожных расстройств и нарушений сна.

Противоэпилептические препараты, такие как фенитоин и вальпроат натрия, необходимы для контроля эпилептических припадков, предотвращая их частоту и тяжесть. Химиотерапевтические средства, применяемые для лечения рака, такие как доксорубин и метотрексат, борются с онкологическими заболеваниями, уничтожая раковые клетки и замедляя прогрессирование болезни.

Таким образом, сильнодействующие препараты представляют собой ключевые инструменты в арсенале современной медицины. Они позволяют эффективно управлять различными тяжелыми состояниями, улучшая качество жизни пациентов. Однако их использование должно сопровождаться строгим медицинским контролем, чтобы минимизировать риски побочных эффектов и зависимости.

Список использованных источников и литературы

1. Барановский, Н. А. Концепция антинаркотической политики: сущность и основные направления / Николай Барановский // Юстиция Беларуси. – 2017. – № 8. – С. 20–24.
2. Барановский, Н. А. Социально-правовые проблемы предупреждения и противодействия наркомании / Николай Барановский // Юстиция. – 2013. – № 9. – С. 61–63.
3. Барковская, Е. Н. Ток-шоу «Большая перемена»: проблема наркомании: профилактика употребления психоактивных веществ подростками / Е. Н. Барковская // Народная асвета. – 2016. – № 12. – С. 46–49.
4. Брайен, Д. Наркотики / Д. Брайен. – Москва: Махаон, 1998. – 32 с.
5. Бабаян Э.А., Гонопольский М.Х. Учебное пособие по наркологии. — М.: Медицина, 1981– 304 с.
6. Белогуров, С.Б. Популярно о наркотиках и наркоманиях / С.Б. Белогуров. – СПб. БИНОМ. – 1998. – 128 с.
7. Богданов, С.И. Ключевые характеристики активных потребителей наркотических средств в отношении потребления основного наркотического средства / С.И. Богданов, Е.А. Чадова, Л.В. Винс и др. // Наркология. – 2012. – №5. – С. 46–52.
8. Гофман А.Г. Клиническая наркология. - М.: «МИКЛОШ», 2003– 215с.
9. Данилов, Д. В. Противодействие незаконному обороту препаратов, содержащих наркотические средства, психотропные или сильнодействующие вещества / Д. В. Данилов // Вестник Московского университета МВД России. – 2022. – № 4. – С. 91-94. Федоров, А. Ф. К вопросу о профилактике сильнодействующих препаратов в подростковой среде / А. Ф. Федоров // Глобальный научный потенциал. – 2023. – № 9(90). – С. 19-21.
10. Зенцова Н.И., Сирота Н.А. Модель исследования когнитивных факторов психосоциальной адаптации. Вопросы наркологии 2008; 1:61–67.
11. Ильин Е.П. Психомоторная организация человека. СПб, 2003. 384 с.
12. Исмуков Н.Н. Без наркотиков: Программа предупреждения и преодаления наркотической и алкогольной зависимости. – М.: ФАИР-ПРЕСС, 2001– 384 с.