

Рекомендовано
Экспертным советом
РГП на ПХВ «Республиканский
центр развития здравоохранения»
Министерства здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от «30» сентября 2015 года
Протокол № 10

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА,
ВЫЗВАННЫЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ОПИОИДОВ,
ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ АГОНИСТАМИ
ОПИАТОВ

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1. Название протокола: Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов, поддерживающая заместительная терапия агонистами опиатов.

2. Код протокола:

3. Код (ы) МКБ-10:

F11. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов
F11.2 Синдром зависимости
F11.22 В настоящее время под клиническим наблюдением на поддерживающей или заместительной терапии

4. Сокращения, используемые в протоколе:

АД – артериальное давление
АлТ – аланинаминотрансфераза
АсТ – аспаратаминотрансфераза
ВИЧ – вирус иммунодефицита человека
ПАВ – психоактивное вещество/психоактивные вещества
ПВ – патологическое влечение
ППР – психические и поведенческие расстройства
ПЗТ – поддерживающая заместительная терапия
УД – уровень доказательности
ЭКГ – электрокардиографическое исследование

5. Дата разработки/пересмотра протокола: 2015 год.

6. Категория пациентов: 400 пациентов, находящихся на поддерживающей заместительной терапии агонистами опиатов в областных и городских наркологических организациях Актюбинской, Восточно-Казахстанской, Жамбылской, Западно-Казахстанской, Карагандинской, Костанайской, Павлодарской областей.

7. Пользователи протокола: врачи – наркологи

II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Оценка на степень доказательности приводимых рекомендаций.

Шкала уровня доказательности:

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортных или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты, которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++) или (+), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.
GPP	Наилучшая фармацевтическая практика.

8. Определение:

ППР, вызванные употреблением опиоидов – комплекс физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление ПАВ/класса ПАВ из группы опиоидов начинает занимать более важное место в системе ценностей пациента, чем другие формы поведения, которые ранее были более важными для него [12,16].

ПЗТ называется метод длительной (более шести месяцев) медицинской помощи с использованием лекарственных средств относимых к агонистам опиатов, в сочетании с оказанием социально-психологической помощи лицам, страдающим зависимостью от опиоидов [3].

9. Клиническая классификация[9]:

По стадии заболевания:

- начальная (первая) стадия зависимости;
- средняя (вторая) стадия зависимости;
- конечная (третья) стадия зависимости.

По периодам зависимости:

Абстинентный период:

- I фаза абстинентного периода;
- II фаза абстинентного периода;
- III фаза абстинентного периода;
- IV фаза абстинентного периода;
- ранний постабстинентный период;
- поздний постабстинентный период;
- период устойчивой ремиссии.

10. Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации:

Показания для экстренной госпитализации: не проводится.

Показания для плановой госпитализации: не проводится.

11. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий.

11.1 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни;
- физикальное обследование;
- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- биохимический анализ крови (общий белок и его фракции, мочевины, креатинин, билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза крови);
- микрореакция на сифилис;
- анализ крови на ВИЧ;
- флюорография.

11.2 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- ЭКГ;
- определение опиатов в моче для контроля трезвости.

12. Диагностические критерии:

12.1. Жалобы и анамнез [1]:

Жалобы:

Синдром зависимости [12] (УД - С):

- выраженное влечение к употреблению наркотика, компульсивного либо обсессивного варианта;
- нарушения сна;
- тоскливое настроение;
- перепады настроения.

Синдром отмены [13,23,22] (УД – D):

- выраженные боли в мелких суставах и мышцах дистальных отделов конечностей поясничной и ишиокруральной областей, тазобедренных, коленных, плечевых, локтевых суставах, позвоночном столбе, длинных трубчатых костях, ощущения носят симметричный характер, не только топически, но и являются равномерными, по интенсивности их переживаний;
- выраженное влечение к употреблению наркотика, компульсивного либо обсессивного варианта;
- раздражительность, гневливость;
- тоскливое настроение;
- стойкие нарушения сна;
- озноб;
- чихание
- зевота,
- ринорея;
- диарея;
- тошнота;
- рвота.

Анамнез:

Синдром зависимости [16] (УД - C):

- повышение толерантности;
- изменение картины опьянения;
- симптомы отмены при прекращении либо снижении ежедневной дозы употребляемого наркотика опиоидной группы;
- наркоманические изменения личности;
- отрицательные соматические и социальные последствия наркомании.

Синдром отмены [13,24,23] (УД – D):

- сформированная зависимость к наркотику;
- резкий обрыв приема наркотика на фоне его регулярного потребления.

Оценка рискованного инъекционного и сексуального поведений, которая определяет уровень риска инфицирования вирусами, передающимися через кровь. (Приложение -1).

12.2 Физикальное обследование [15, 19, 21, 22]

Общий осмотр:

- следы инъекций в области магистральных венозных сосудов различного срока давности;
- признаки склерозирования сосудов (венозные дорожки, венозные колодцы);
- вторичные тромбофлебитические поражения;
- лимфостатические признаки;
- сухость кожи;
- суховатость слизистых, субиктеричность склер;
- распространённый кариозный процесс в полости рта;
- дефицит массы тела;
- увеличение печени;
- выраженная тахикардия при нормальном или пониженном АД.

Пальпация:

снижение «тургора кожи»;

Неврологический осмотр:

- оживление глубоких и брюшных рефлексов;
- повышение Ахилловых рефлексов (выявления клonusа стопы);
- местная пиломоторная реакция;
- постуральный тремор дистальных отделов конечностей;
- положительный симптом Маринеско-Радовичи;
- горизонтальный нистагм;
- нарушения конвергенции;
- длительное снижение реакции зрачков на свет;
- мидриаз;
- повышение температуры тела (субфебрильная).

12.3 Лабораторные исследования [4, 16] (УД - С):

- общий анализ крови – норма/лимфоцитоз, нейтропения, повышенная вязкость крови;
- биохимический анализ крови – гипергликемия, подъём АлТ, АсТ, показателя тимоловой пробы, рост коэффициента Де Ритиса (АсТ/АлТ), подъём кальция, холестерина, снижение калия.

12.4 Инструментальные исследования: не проводится

12.5 Показания для консультации узких специалистов [7]:

- консультация кардиолога при патологии сердечно-сосудистой системы;

- консультация эндокринолога при наличии сопутствующей эндокринной патологии;
- консультация невропатолога при выявлении патологии со стороны нервной системы;
- консультация психиатра при выявлении специфических жалоб;
- консультация хирурга (общего, сосудистого, кардиохирурга) при хирургических патологиях;
- консультация стоматолога при выявлении патологии зубов и ротовой полости;
- консультация акушер-гинеколога при наличии беременности/при выявлении патологии репродуктивных органов;
- консультация гастроэнтеролога при выявлении патологии желудочно-кишечного тракта;
- консультация инфекциониста при выявлении инфекционных заболеваний и при наличии сопутствующей ВИЧ-инфекции;
- консультация дерматолога при патологии кожных покровов;
- консультация уролога при выявлении патологии мочеполовой системы;
- консультация онколога при подозрении на онкопатологию;
- консультация оториноларинголога при выявлении патологии ЛОР органов.

12.6 Дифференциальный диагноз:

Таблица – 1. Дифференциальная диагностика ППР, вызванных употреблением опиоидов

Вариант ППР, вызванных употреблением опиоидов	Ведущий синдром при ППР, вызванных употреблением опиоидов	Круг дифференциальной диагностики	Дифференциально-диагностические критерии
ППР, вызванные употреблением опиоидов, синдром зависимости	Синдром ПВ по типу психопатоподобного	Расстройства зрелой личности (психопатии)	Психопатический синдром – триада Ганнушкина-Кербикова; Психопатоподобный синдром – возникает в комплексе с другими симптомами ПВ, имеет волнообразное течение, чаще всего развивается по истеро-возбудимому радикалу [10].
	Синдром ПВ по типу аффективного	Эндогенные депрессии	Эндогенные депрессии – чаще тоскливая форма, суточная и сезонная цикличность, акцент

			<p>на утренних часах, ангедония, триада Бека, идеи самоуничужения;</p> <p>Наркогенная депрессия – чаще дисфорическая форма, протекает в комплексе с иными симптомами ПВ, сопровождается демонстративно-шантажным поведением, психопатоподобными включениями, цикличность подчиняется глубине обсессивно-компульсивного влечения, акцент на вечернее время [10].</p>
	Синдром ПВ по типу вегетативного	<p>Нейроциркуляторная дистония.</p> <p>Артериальная гипертензия.</p> <p>Синдром раздраженного кишечника.</p> <p>Острые респираторные заболевания</p>	<p>Соматогенный вегетативный синдром – указания в анамнезе на соматические заболевания, наличие физикально, лабораторно и инструментально подтверждённых сдвигов, динамика, типичная для конкретной соматической нозологии;</p> <p>Наркогенный вегетативный синдром – цикличность, подчиняемая обсессивно-компульсивной наркотической доминанте, усиление в вечерние часы, подвижность, мозаичность симптомов, разрешение в виде психопатологических симптомов [25] (УД - С)</p>
ППР, вызванные употреблением опиоидов, абстинентно	Алгический синдром	Вертеброгенный болевой синдром	<p>Алгии соматического генеза – наличие вертебральной неврологической симптоматики, подтверждаемой в том числе физикально;</p>

е состояние			Наркогенные алгии – боли подвижные, выраженный сенестопатический компонент, положительный симптом Пятницкой, сопровождаются другими симптомами абстиненции [19].
	Вегетативный синдром	Гастродуоденит Энтериты Колиты, Панкреатит Острые респираторные заболевания	См. выше пункт «Синдром ПВ по типу вегетативного» [7]

13. Цели лечения:

- снижение частоты и объема употребления нелегальных наркотических веществ;
- снижение риска передачи ВИЧ-инфекции и других сопутствующих заболеваний среди потребителей инъекционных наркотиков;
- повышение качества жизни и социальной адаптации пациентов с опиоидной зависимостью.

14. Тактика лечения:

ПЗТ и объем терапии, зависит от спецификации диагноза и соответствует 3 этапам:

Начальный этап ПЗТ:

- подбор дозы лекарственного препарата метадона гидрохлорида*.

Этап поддержания ПЗТ:

- стабилизация состояния пациента, с активным применением психосоциального сопровождения.

Этап завершения ПЗТ

- происходит по желанию пациента, согласованному с лечащим врачом.

Противопоказания и предосторожности при назначении метадона гидрохлорид:

- признаки интоксикации/седации;
- почечно-печеночная недостаточность;
- респираторная недостаточность;
- активный психоз (учитывать риски и выгоды применения метадона гидрохлорид).

Побочные эффекты при назначении метадона гидрохлорид:

- тошнота и рвота;
- запоры;
- повышенное потоотделение;

- прибавка веса;
- снижение либидо;
- у женщины нарушение менструального цикла.

Правила прием препарата метадона гидрохлорид:

- в случае нарушения прием пациентом одной или двух суточных доз, возможен прием прежней дозы препарата;
- в случае трехдневного пропуска приема препарата, принимаемую пациентом дозу необходимо уменьшить на 25%, чтобы внести поправку на возможное снижение толерантности. В случае хорошей переносимости препарата, следует вернуться к прежнему уровню дозы препарата;
- в случае четырехдневного пропуска приема препарата, следующую дозу необходимо уменьшить на 50%. При хорошей переносимости препарата, в течении нескольких дней возможен возврат к прежним дозам;
- если пропуск препарата, превышал четырехдневный показатель, назначается вводная схема препарата, с первоначальной дозы.

Контроль трезвости пациента осуществляется в следующих случаях:

- в начале ПЗТ с целью уточнения вида употребляемого вещества при наличии признаком сформированной зависимости от опиоидов;
- в стадии подбора дозы при подозрении на употребление нелегальных наркотиков с целью профилактики передозировки метадонном;
- в стадии поддерживающего лечения при подозрении на употребление нелегальных опиоидов с целью коррекции доз метадона гидрохлорид;
- при подозрении на употребление нелегальных наркотиков с целью контроля соблюдения условий контракта.

Симптомы абстиненции могут возникнуть, по причине:

- низкие дозировки препарата;
- прием антибактериальных препаратов;
- прием антиретровирусной терапии;
- нарушения приема препарата;
- прием алкоголя.

14.1. Немедикаментозное лечение:

Режим III.

Диета - стол №15.

Психосоциальная поддержка пациентов ПЗТ включает в себя:

Мотивационное интервьюирование:

Цель: формирование мотивации на окончательный и полный отказ от употребления опиоидов в процессе мотивационного интервью, индивидуального (или группового) мотивационного консультирования [14, 17] (УД - А);

Когнитивно-поведенческая психотерапия

Цель:

- ограниченное по времени, структурированное целеориентированное психологическое вмешательство, направленное на решение проблем потребителей наркотиков, проходящих лечение [14, 17] (УД- А);

Сочетание психосоциальной и фармакологической помощи приводит к более высоким показателям прохождения лечения до конца и к более низкой частоте рецидивов в период катamnестического наблюдения [11] (УД- А).

14.2. Медикаментозное лечение:

Начальный этап ПЗТ:

- доза метадона гидрохлорида назначается на фоне абстинентных проявлений;
- начальная суточная доза метадона гидрохлорида определяться уровнем нейроадаптации к опиоидам;
- при толерантности к опиатам, показана начальная доза 10 мг;
- при установленной физической зависимости, начальная доза составляет в 20-30 мг, [2] (УД-С);

Поддерживающий этап ПЗТ:

- продолжительность пребывания пациента на данном этапе составляет 6 месяцев и более [11] (УД-А);
- оптимальная доза метадона гидрохлорида составляет 60-120 мг в сутки.

Медикаментозное лечение на этапе завершения ПЗТ:

Основания для завершения ПЗТ:

- плановое завершения лечения;
- досрочный отказ от дальнейшего лечения;
- исключение пациента из терапии.

В случае планового завершения/досрочного отказа от лечения, суточная доза препарата может уменьшаться в среднем на 2,5-5 мг в неделю, без тяжелых симптомов отмены опиоидов. Во время снижения необходимо регулярно обследовать пациента, и в соответствии с клинической необходимостью, вносить корректировки в дозировки.

В случае исключения пациента рекомендуется ежедневное снижение дозы препарата на 5 мг до достижения 30 мг. Далее ежедневное снижение дозы препарата должно составлять 2 мг до полной отмены.

Во всех указанных случаях не исключена возможность выработки схемы снижения дозы препарата лечащим врачом совместно с пациентом индивидуально.

Медикаментозное лечение ПЗТ у особых групп населения

Пациенты с диагнозом туберкулез:

- первоначальным приоритетом службы является лечение активного туберкулеза.

Пациенты с вирусным гепатитом:

- лечение вирусных гепатитов проводится в комплексе с другой фармакотерапией, не дожидаясь начала абстиненции от опиоидов.

Пациенты с ВИЧ:

- пациент стабилизируется посредством ПЗТ, после назначается антиретровирусная терапия.

Беременность и кормление ребенка грудью

- поддерживающее лечение опиоидными агонистами с применением метадона является наиболее подходящим видом лечения.

14.3. Другие виды лечения: нет

14.4. Хирургическое вмешательство: нет

14.5. Профилактические мероприятия:

- медицинская реабилитация;
- психолого-социальная реабилитация;
- духовная реабилитация.

14.6. Дальнейшее ведение: постепенное снижение дозировки получаемого препарата с последующей полной отменой.

15. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе:

- снижение частоты и кратности употребления нелегальных наркотических веществ;
- стабилизация соматического и психического статусов пациента;
- повышение качества жизни и социального функционирования пациентов ПЗТ.

III. Организационные аспекты внедрения протокола:

16. Список разработчиков протокола:

- 1) Мусабеева Жаннат Камельхановна – кандидат медицинских наук, заместитель директора Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании.
- 2) Гафарова Нурия Вильдановна – руководитель организационно-методического отдела Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании.
- 3) Кисина Маржан Шамшиденовна – врач-методист организационно-методического отдела Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании.

- 4) Кусаинов Алмас Абихасович – кандидат медицинских наук, специалист по программам профилактики ВИЧ в Республике Казахстан, проект «Содействие /ICAP» при Колумбийском университете (США).
- 5) Смагулова Гульнара Серикхановна – заместитель главного врача Павлодарского областного наркологического диспансера.
- 6) Бектаева Гаухар Темиржановна. - заместитель главного врача Центра медико-социальной реабилитации г. Астана.
- 7) Гурцкая Гульнара Марсовна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей фармакологии АО «Медицинский университет Астаны», клинический фармаколог.

17. Указание на отсутствие конфликта интересов: нет

18. Рецензенты:

Каражанова Анара Серикказиевна – доктор медицинских наук, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии АО «Медицинский университет Астана».

19. Указание условий пересмотра протокола:

Пересмотр протокола через 3 года после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с высоким уровнем доказательности.

20. Список использованной литературы (необходимы ссылки валидные исследования на перечисленные источники в тексте протокола):

- 1) Благов Л. Н., Найденова Н. Г., Власова И. Б., Найденова И. Н. Клинические аспекты и фармакотерапия опиоидной зависимости. // Наркология, 2002; 5: 41-43
- 2) Ережепов Н.Б., Каражанова А.С. «Применение поддерживающей терапии агонистами опиатных рецепторов в наркологической практике Республики Казахстан» -методические рекомендации – 48 с.
- 3) Клиническое руководство для организаций осуществляющих лечебно-профилактическую деятельность в Кыргызской Республике «Заместительная поддерживающая терапия метадоном при синдроме зависимости от опиоидов», Бишкек, 2010.- 58 стр.
- 4) Москаленко В. Д., Агибалова Т. В., Лабораторная диагностика острого и хронического употребления психоактивных веществ.
- 5) Руководство по наркологии под ред Н. Н. Иванца. – М. «Медпрактика – М» - 2002. Т.2 – с. 405-415.
- 6) Надеждин А. Н. Эффекты преднизолон у опийных наркоманов в период отмены наркотика.// Вопросы наркологии. 1993. № 2. С. 23-25.
- 7) Национальное руководство по наркологии. Под ред. Н. Н. Иванца. – М. Геотар–Мед – 2008.
- 8) Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 декабря 2014 года № 367 «О внесении изменения и дополнении в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 января 2011 года №

2 «Об утверждении Положения о наркологических организациях (больницах, диспансерах)»».

9) Руководство по наркологии. Под ред. Н. Н.Иванца. М., Медпрактика – М, 2002.– т.2 с.67-68

10) Руководство по психиатрии. Под ред. А. С. Тиганова - М. Медицина – 1999 г - Т.2. – с. 414-415.

11) Руководство по фармакологическому лечению опиоидной зависимости с психосоциальным сопровождением, ВОЗ, 2010. – 148 с.

12) Словарь терминов, относящихся к алкоголю, наркотикам и другим психоактивным средствам: ВОЗ. Женева – перевод с английского В. Е. Пелипаса. – 1994. – 90 с.

13) Beswick T, Best D, Bearn J, et al. The effectiveness of combined naloxone/lofexidine in opiate detoxification: Results from a double-blind randomized and placebo-controlled trial. *Am J Addict.*2003;12:295–305.

14) Drug misuse – psychosocial interventions NICE clinical guideline 51 – July 2007 – 36 p.

15) Classifying Skin Lesions of Injection Drug Users: A Method for Corroborating Disease Risk, NCADI Order No. AVD 154, DHHS Publication No. (SMA) 02-3753, Printed 2002.

16) Handford C, Kahan M, Srivastava A, Cirone S, Sanghera S, Palda V, Lester MD, Janecek E, Franklyn M, Cord M, Selby P, Ordean A. Buprenorphine/naloxone for opioid dependence: clinical practice guideline. Toronto (ON): Centre for Addiction and Mental Health (CAMH); 2011. 145 p.

17) Kirchmayer U, Davoli M, Verster AD, Amato L, Ferri A, Perucci CA. A systematic review on the efficacy of naltrexone maintenance treatment in opioid dependence. // *Addiction.* 2002 Oct;97(10):1241-9.

18) Kobayashi, T., Ikeda, K. and Kumanishi, T. (1998), Effects of clozapine on the μ - and κ -opioid receptors and the G-protein-activated K^+ (GIRK) channel expressed in *Xenopus* oocytes. *British Journal of Pharmacology*, 123: 421–426.

19) Krupitsky E, Nunes EV, Ling W, Gastfriend DR, Memisoglu A, Silverman BL. Injectable extended-release naltrexone (XR-NTX) for opioid dependence: long-term safety and effectiveness. // *Addiction.* 2013 Sep;108(9):1628-37.

20) Laroche F, Rostaing S, Aubrun F, Perrot S. Pain management in heroin and cocaine users.// *Joint Bone Spine.* 2012 Oct;79(5):446-50.

21) McNicholas L., M.D., Ph.D. Consensus Panel Chair Clinical Guidelines for the Use of Buprenorphine in the Treatment of Opioid Addiction, A Treatment Improvement Protocol TIP 40 - DHHS Publication No. (SMA) 04-3939 Printed 2004

22) Merrill JO, Duncan MH. Addiction disorders. // *Med Clin North Am.* 2014 Sep;98(5):1097-122

23) Ohlsson T. Effects of Transactional Analysis Psychotherapy in Therapeutic Community Treatment of Drug Addicts.

24) Pinkofsky HB, Hahn AM, Campbell FA, Rueda J, Daley DC, Douaihy AB. J Reduction of opioid-withdrawal symptoms with quetiapine.// *ClinPsychiatry.* 2005 Oct;66(10):1285-8.

25) Primary care addiction toolkit. Opioid misuse and addiction. Electronic copies:
Available from the Centre for Addiction and Mental Health Web site

Приложение – 1

Оценка рискованного инъекционного и сексуального поведений

	Дата	Дата	Дата	Дата
Были ли случаи незащищенного полового контакта	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню
Были ли у Вас случаи инъекционного употребления наркотиков за последние 3 месяца	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню
Были ли случаи использования чужого шприца	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню
Были ли случаи использования общей посуды для забора р-ранаркотика	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню
Были ли случаи использования наркотика, заправленного в шприц кем-то другим	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню
Были ли случаи использования общей воды для промывания шприца и иглы	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню	<input type="checkbox"/> 1-Да, <input type="checkbox"/> 2-Нет, <input type="checkbox"/> 3 – Не помню