

Сучасні підходи до профілактики ризиків, спричинених вживанням психоактивних речовин вагітними в Україні

О.М. Борис

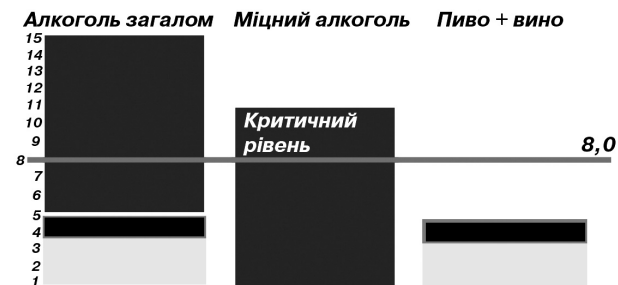
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Стаття присвячена актуальній державній та медико-соціальної проблемі – вживанню алкогольних, тютюнових та наркотичних психоактивних речовин (ПАР) вагітними, які представляють подвійний ризик: для здоров'я жінки та її дитини. ПАР навіть при несистемному вживанні спричиняють надзвичайно тяжкі наслідки, насамперед – фетальний алкогольний синдром (ФАС). ФАС об'єднує різні відхилення у психофізичному розвитку дитини, причиною яких є вживання жінкою алкоголю до і під час вагітності. Профілактика негативних впливів вживання ПАР на організм вагітної та плода основана на використанні профілактичного інструменту ВООЗ – опитувальника АССИСТ, який є першим скринінговим тестом у світі для роботи з усіма видами ПАР, створеним спеціально для вагітних. Розроблений вітчизняний комплекс практичної профілактичної роботи з вагітними щодо ПАР відповідає рівню передових світових фахових напрацювань у цьому напрямку.

Ключові слова: алкоголізм, тютюн, наркотики, вагітність, фетальний алкогольний синдром, профілактика, лікування, АССИСТ.

Вживання психоактивних речовин (ПАР) громадянами України (тютюну, алкоголю та нелегальних наркотиків) на сьогодні є дуже гострою державною та медико-соціальною проблемою, актуальність якої зумовлена значною частиною шкоди для здоров'я людей, що спостерігається також і в багатьох країнах світу (мал. 1) [1, 2, 4].

Шкідливе вживання ПАР також є фактором ризику для значної кількості соціальних, правових аспектів життя та стосунків окремих осіб і родин. Вживання ПАР із залежністю коморбідне до значного числа захворювань: на сьогодні доведено, що вживання без залежності (вживання зі шкодою) спричиняє ще більше навантаження на існуючу систему охорони здоров'я. За даними ВООЗ (2004) не менше 8,7%, 3,8% та 0,4% смертей є платою за вживання відповідно тютюну, алкоголю та нелегальних наркотиків, а 3,7%, 4,5% і 0,9% є частками загальної кількості років втрати працездатності, спричиненими їх вживанням (показник DALY – Disability Adjusted Life Years).



Мал. 1. Рівень споживання алкоголю в Україні (ВООЗ)



Мал. 2. Рівень алкогольних розладів у жінок України

Вживання ПАР знаходиться серед 20 головних факторів ризику летальності та інвалідності («Звіт щодо ризиків для здоров'я» – Global Health Risks Report, 2009) [4, 36, 37].

Алкоголь в середньому на 35% повільніше переробляється і виводиться організмом жінки, ніж чоловіка. Споживання алкогольних напоїв та тютюнової продукції жінками репродуктивного віку представляє подвійний ризик: для здоров'я жінки та її дитини – ризик мимовільного абортів, передчасних пологів, малої маси тіла новонародженого, раннього розвитку бронхіальної астми, синдрому раптової смерті новонародженого тощо [3, 7, 8, 34, 35].

У США кожна 8-ма жінка повідомляє про вживання алкоголю під час вагітності, при цьому 1 з 50 – вживала його надмірно. Від 17% до 25% вагітних у Канаді вживали алкоголь під час вагітності, 18% вагітних вживали алкоголь на ранніх етапах вагітності. В Україні протягом останнього місяця вагітності 46,3% жінок продовжували повідомляти про вживання алкоголю (Prevalence and predictors of maternal alcohol consumption in 2 regions of Ukraine, Chambers CD, et al., 2013). Близько 2,4 мільйона жінок (від 15 років і старших) курять промислові цигарки, і рівень тютюнопаління зростає з віком від 14,7% серед 15–24-річних до 19,8% серед 25–44-річних (Global Adult Tobacco Survey, Ukraine, 2010). Менше половини пацієнок-курців опитували, чи курять вони, протягом візиту до лікаря (Global Adult Tobacco Survey, Ukraine, 2010). Консультаційна допомога з питань зниження рівнів вживання алкоголю і тютюнопаління серед вагітних є недостатньою, за статистикою стандартний скринінг та консультування, спрямовані на профілактику вживання алкогольних напоїв та тютюну, отримують не всі вагітні: лише 17% щодо тютюну і 12% – відносно алкоголю (<http://www.ukraineworksltd.org/home/alcohol-ukraine-current-trends>) [13, 15, 19, 21–23, 29].

За даними медико-демографічного дослідження (Ukrainian Center for Social Reforms (UCSR), State Statistical

Committee of Ukraine and Macro International. 2008. Ukraine Demographic and Health Survey 2007: Key Findings. Calverton, Maryland, USA: UCSR and Macro International) 62% жінок репродуктивного віку вживали алкоголь принаймні 1 раз на місяць; 9% – випивають 1 чи 2 рази на тиждень; 50% з тих, хто вживає алкоголь, не використовують методи контрацепції; середній обсяг алкоголю для жінок, старших за 15 років, в Україні – 17,7 л на рік (дані 2003–2005) (мал. 2).

Дані доказової медицини (вагітність і куріння / алкоголь)

- Ризик безпліддя і хронічного невиношування вагітності.
- Мала маса і розміри тіла при народженні – відставання гестаційного віку плода.
- Ризик передчасних пологів.
- Уроджені дефекти серця і судин.
- Ризик синдрому раптової смерті немовлят.
- Підвищений довгочасний ризик респіраторних захворювань та інфекцій.
- Потовщення стінок сонних артерій.
- Фетальний алкогольний синдром (ФАС) [6, 10, 12, 27].

Особливо гострим для акушерів-гінекологів є питання впливу ПАР на перебіг вагітності та здоров'я майбутньої дитини, тому що вони навіть при несистемному вживанні спричиняють надзвичайно тяжкі наслідки, насамперед – ФАС. У США ФАС виявляється у 0,5–2,0 на 1000 дітей («Fetal Alcohol Syndrome: Problem and Solution», 2011). У Росії – у 5,3–14,5% дітей в дитячих будинках та інтернатах (Prevent FAS in Russia Research Group «Preventing FAS/FASD in Russian Children»). Єдине дослідження поширеності алкогольних розладів плода в Україні проведено групою **ОМНІ** (Запобігання Вродженим Вадам Розвитку) в Рівненській та Хмельницькій областях в 2005–2010 роках. Результати свідчать про найвищий рівень в Європі поширеності алкогольного синдрому плода (АСП) – 5,1 на 10 000 народжених (джерело: <http://ibis-birthdefects.org/start/ukrainian/index.html>, Матеріали конференції: 2nd EUROPEAN CONFERENCE ON FASD, October 21–24, 2012, Barcelona) [9, 16, 18, 25, 26].

Симптоми неонатального абстинентного синдрому залежать від:

- типу наркотика, вживаного матір'ю;
- особливостей виведення наркотика організмом матері;
- кількості вживаного наркотика;
- тривалості вживання наркотика матір'ю;
- своєчасності пологів [3, 6, 9, 20, 28].

Основні ознаки синдрому відміни новонародженого: шлунково-кишкові розлади; підвищена дратівливість; гіперактивність; порушення сну і годування; підвищена активність вегетативної нервової системи; судомні напади (мал. 3).

ФАС (синоніми: АСП, алкогольна ембріофетопатія, ембріональний алкогольний синдром, фетальні алкогольні ефекти) – об'єднує різні як за поєднанням, так і за ступенем вираженості відхилення у психофізичному розвитку дитини, причиною яких є вживання жінкою алкоголю до і під час вагітності [6, 9, 33].

Перший науковий опис ФАС – французька робота Р. Lemoine і співавторів (1968), результат обстеження 127 дітей з різними аномаліями від батьків-алкоголиків. Найбільш детально ФАС був описаний K.L. Jones і співавторами (1973) у двох публікаціях у журналі Lancet. ФАС – це поєднання вроджених психічних і фізичних дефектів, які вперше проявляються при народженні дитини і залишаються на все життя. ФАС – довічне захворювання, яке є головною причиною порушень розумового розвитку, та включає аномалії в трьох різних областях:

1. Мозкові аномалії і розлади, пов'язані з діяльністю ЦНС, включаючи неврологічні аномалії, розумову відста-



Мал. 3. Неонатальний абстинентний синдром

лість, порушення поведінки, порушення інтелекту та/або аномалії структури мозку.

2. Пренатальний і/або постнатальний дефіцит зросту і маси тіла.

3. Специфічні особливості будови обличчя і черепа:

- коротка і вузька очна щілина;
- широке пласке перенісся;
- згладжений губний жолобок;
- тонка верхня губа;
- мікроцефалія;
- епікантус;
- гіпоплазія верхньої або нижньої щелепи;
- розщеплення піднебіння;
- мікрогнатія [2, 11, 14, 15, 17, 24, 32].

Спостерігаються також аномалії суглобів, зміни малюнка долонних складок, вроджені вади серця, аномалії зовнішніх статевих органів, капілярні гемангіоми, порушення тонкої моторики. Ступінь вираженості корелює з тяжкістю алкоголізму матері.

Діти з ФАС:

- відстають у зрості і масі тіла;
- мають характерні особливості особи – лицьові аномалії;
- можуть мати проблеми зі слухом і зором;
- гірше навчаються елементарним речам;
- мають проблеми з пам'яттю і увагою і труднощі у навчанні в школі;
- гірше контролюють свої емоції і свою поведінку;
- можуть потребувати спеціальних педагогів та навчання в спеціальних школах;
- часто недостатньо усвідомлюють наслідки своїх вчинків;
- можуть здійснювати асоціальні вчинки і вступати в конфлікт із законом;
- все життя потребують соціального захисту і медичного супроводу [3, 6, 9, 31].

Невідомо, що впливає більшою мірою на порушення: кількість, частота або час вживання алкоголю. Навіть якщо допологовий вплив алкоголю не призведе до ФАС, лікарі рекомендують повністю утриматися від спиртних напоїв під час вагітності. При нижчих дозах алкоголю дитина може не проявляти всі симптоми ФАС, але страждати від порушень (таблиця, мал. 4).

Під час I триместру вагітності, за даними Drs. Clarren and Streissguth, алкоголь перешкоджає міграції та організації клітин мозку [Journal of Pediatrics, 92 (1): 64–67] (мал. 5) [11, 30].

Таким чином, йдеться про забезпечення впровадження передових міжнародних профілактичних технологій, які можуть убезпечити батьків і суспільство від необхідності в по-

Прояви та симптоми АСП

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Проблеми з навчанням, становленням мовлення і мови ✓ Складнощі із соціальною взаємодією у групі ✓ Недостатньо розвинуте соціальне сприйняття (надмірно дружнє ставлення до сторонніх людей) ✓ Погана короткострокова пам'ять ✓ Дратівливість, егоцентричність ✓ Нездатність сприймати інструкції ✓ Нездатність робити висновки з результатів діяльності ✓ Змішування реальності з фантазією ✓ Складнощі із вирішенням проблем і плануванням ✓ Низькі здібності до осмислювання та судження ✓ Розумова відсталість або низький IQ 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Проблеми зі сном та смоктанням ✓ Зниження прибавки маси тіла ✓ Погана координація рухів тіла, рук та пальців ✓ Маленький розмір голови ✓ Аномалії розвитку обличчя: згладжений губний жолобок, короткі очні щілини, навислі повіки та ін. ✓ Зріст – нижче середнього ✓ Низька маса тіла ✓ Проблеми з кістками, деформація ребер та грудної клітки ✓ Проблеми із зором: короткозорість, косоокість ✓ Дефекти нирок та сечовивідних шляхів ✓ Проблеми зі слухом ✓ Пороки серця або шуми в серці
--	--

дальшому боротися з важкими хронічними наслідками ризикового, навіть випадкового вживання ПАР вагітною. Саме тому серед пріоритетних напрямків роботи є необхідність посилення профілактичної діяльності серед населення та в цільових групах з метою забезпечення вітчизняних медичних працівників (акушерів-гінекологів, наркологів, лікарів загальної практики/сімейної медицини та низки інших фахівців, науковців) передовими світовими профілактичними технологіями щодо перешкодження ризикованому вживанню ПАР вагітними та розвитку подальших негативних наслідків такого вживання [2, 4].

Існуюча законодавча підтримка для вдосконалення практики:

- Наказ № 746 від 26.09.2012 «Про затвердження Методичних рекомендацій для медичних працівників закладів охорони здоров'я з надання лікувально-профілактичної допомоги особам, які бажають позбутися залежності від тютюну».
- Наказ № 417 від 15.07.2011 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні».
- Закон № 4844 «Про повну заборону куріння в громадських та на робочих місцях, включаючи приміщення закладів ресторанного господарства».

МКХ-10:

- F 10. Психічні і поведінкові розлади, викликані вживанням алкоголю (10.0 Гостра інтоксикація; 10.1 Згубне вживання; 10.2 Синдром залежності; 10.3 Абстинентний стан).
- F17. Психічні і поведінкові розлади, викликані вживанням тютюну (17.0 Гостра інтоксикація; 17.1 Згубне вживання; 17.2 Синдром залежності; 17.3 Абстинентний стан) [2, 4, 5].

Особливе місце серед профілактичних опитувальників посідає цільовий профілактичний інструмент АССИСТ (The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening

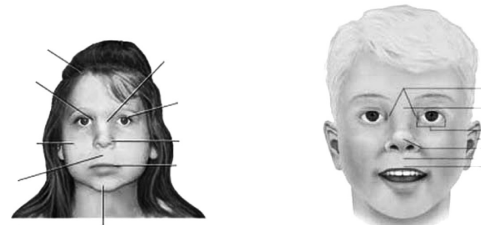


Мал. 5. Мозок нормальної 6-місячної дитини і мозок дитини цього самого віку, уражений ФАС

Ознаки АСП

Невеликий розмір голови
Згладжене перенісся
Маленькі зніці
Тонка верхня губа

Тонка верхня губа
Короткий ніс
Згладжена носогубна складка



Мал. 4. Лицьові ознаки АСП, за даними National Library of Medicine, NIH

Test), що був розроблений ВООЗ (WHO, T.Babor et al., 2002) спеціально для роботи з низкою цільових контингентів, у тому числі і з вагітними та став першим скринінговим тестом у світі для роботи з усіма видами ПАР. У 2012 році АССИСТ офіційно перекладений на українську мову (станом на вересень 2013 р. здійснено переклад на 8 мов). На сьогодні Всеукраїнською наркологічною Асоціацією і ГО «Асоціація акушерів-гінекологів України» завершена робота над методичними рекомендаціями щодо впровадження АССИСТ в практику роботи лікувально-профілактичних закладів України. Завершується робота над відповідним клінічним протоколом [2, 4, 34–36].

Крім соматичних і психічних наслідків, опитувальник концентрується на впливах ризикового і шкідливого вживання ПАР на формування соціальної дезадаптації вживача: проблеми з сім'єю, оточенням, фінансами, роботою і навчанням, порушення законів тощо. АССИСТ дозволяє визначати проблеми, пов'язані з різноманітними варіантами алкогольної або наркотичної поведінки, а саме:

✓ **З гострою інтоксикацією ПАР (сп'янінням)**, що може виникнути як наслідок лише *одного окремого епізоду вживання ПАР* і включає: атаксію, нудоту, гарячку або втрату свідомості; передозування та отруєння; нещасні випадки і травми; агресію, небезпечний секс і сексуальне насильство та інші.

✓ **З систематичним вживанням ПАР**: специфічні фізичні і психічні розлади; тривога, дратівливість, депресія та інші розлади настрою; розлади сну, пам'яті або уваги; фінансові складнощі; асоціальні вчинки; проблеми у стосунках; складнощі на роботі і у навчанні.

✓ **З залежністю від ПАР** (проблеми, спричинені залежністю від ПАР, є дуже близькими до наслідків систематичного вживання, але помітно важчими, тому що ПАР вживають частіше і у вищих дозах): патологічна толерантність до ПАР; важкі фізичні і психічні розлади; зростаюча дисфункціональність щоденного життя; потяг до вживання ПАР;

кримінальна поведінка; руйнування стосунків; вживання ПАР всупереч їхній очевидній шкоді; можливі прояви похмілля та абстиненції, що супроводжуються тривожністю, дратівливістю, гастроентерологічними проблемами, розладами сну та інш.

✓ **З ризиками, що виникають при ін'єкційному вживанні ПАР:** залежність; передозування; захворювання судин; інфекції і сепсис; виразки і абсцеси; ВІЛ/СНІД і гепатит С.

Наркологічний ризик за підсумками балів класифікується як «низький», «помірний» та «високий», що визначає обсяг і зміст адекватного втручання. Опитувальник АССИСТ використовують саме для оцінювання вживання ПАР і визначення рівня ризику, а також для початку дискусії з пацієнтками щодо вживання ПАР – **короткої профілактичної інтервенції**. Відповіді на запитання АССИСТ потребують у пацієнок 5–10 хв в процесі лікарської консультації під керівництвом середнього медичного персоналу, соціального працівника тощо. ВООЗ висловив сподівання, що скринінг вживання ПАР за допомогою АССИСТ як частина програм популяризації громадського здоров'я стане повсякденною практикою закладів первинної медичної ланки для всіх без винятку пацієнтів [2, 4, 34–36].

У закладах охорони здоров'я України основою для проведення профілактичної роботи з вагітними щодо вживання ПАР є наказ МОЗ України від 15.07.2011 № 417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні», яким передбачено, що під час 1-го візиту до лікаря акушера-гінеколога від вагітної необхідно отримати інформацію щодо вживання нею ПАР. Для цього у п. 6 «Соціальний анамнез» Індивідуальної карти вагітної та породіллі (форма № 111/о) містяться відповідні запитання і передбачено місце для відповідей та заповнення профілактичного опитувальника АССИСТ, при цьому жоден екземпляр опитувальника АССИСТ не містить персональних даних про особу вагітної (ПІБ, адреси тощо) чи інформації про її близьких, що забезпечує необхідний рівень конфіденційності проведеної профілактичної інтервенції. Результати роботи з АССИСТ (в балах) відображаються у Повідомленні щодо профілактичного наркологічного скринінгу вагітної, яке відсилають до визначеного для цього закладу з метою подальшого фахового опрацювання [2, 4].

За підсумками підрахунку балів щодо наркологічних ризиків опитувальника АССИСТ виділяють три категорії ризиків: «низький», «помірний» та «високий». До категорії з **«низьким»** наркологічним ризиком відносять пацієнок, які набрали **≤3** балів за вживання будь-яких ПАР, крім алкоголю (для алкоголю – **≤10** балів). Вживаючи ПАР лише епізодично, ці люди не мають ризиків, пов'язаних з ПАР, і потребують лише профілактичного інформування. Вагітні, які під час заповнення опитувальника АССИСТ набирають **4–26** балів (для алкоголю – **11–26** балів), мають **«помірний»** рівень наркологічних ризиків і на практиці вже стикаються з реальними негативними наслідками ПАР та потребують наркологічного профілактичного огляду та короткої профілактичної інтервенції відповідно до чинних Стандартів діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги, затверджених наказом МОЗ України від 27.09.1998 р. № 226, Нормативів надання медичної допомоги дорослому населенню в амбулаторно-поліклінічних закладах за спеціальністю «наркологія», затверджених наказом МОЗ України від 28.12.2002 р. № 507 «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги» і Протоколів надання наркологічної допомоги, затверджених наказом МОЗ України № 681 від 21.09.2009 р. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності «наркологія». Набрана кількість **≤27** балів свідчить про **«високі»** наркологічні ризики залежності, або про вже наявну залежність,

що практично гарантує наявність соціальних, фінансових, юридичних негарантів та проблем зі здоров'ям. Таким вагітним згідно з наведеними вище нормативними документами призначають консультацію закріпленого за акушерсько-гінекологічним закладом лікаря-нарколога.

Наркологічний профілактичний огляд вагітної є методологічно близьким до наркологічного профілактичного (скринінгового) огляду, що широко використовують в Україні, і є передбаченим наказом МОЗ України від 28.11.1997 № 339 «Про вдосконалення системи профілактичних протиалкогольних та протинаркотичних заходів та обов'язкових профілактичних наркологічних оглядів». Інші складові елементи наркопрофогляду (ГТТ, оцінювання клінічних ознак, отримання інформації про попередні випадки наркологічного лікування, гострі та кризові наркологічні випадки тощо) залишаються незмінними і проводяться за тими самими технологіями, що і наркологічні профілактичні огляди загальних контингентів населення у зв'язку із завданнями, передбаченими постановою Кабінету Міністрів України від 06.11.1997 р. № 1238 «Про обов'язковий профілактичний наркологічний огляд і порядок його проведення» та наказом МОЗ України від 28.11.1997 р. № 339 «Про вдосконалення системи профілактичних протиалкогольних та протинаркотичних заходів та обов'язкових профілактичних наркологічних оглядів». Обов'язковий обсяг обстеження включає наркологічний огляд, психологічне профілактичне тестування з використанням опитувальника АССИСТ та Тест клінічного скринінгу за програмою ВООЗ. Наявність наркологічного захворювання після додаткового наркологічного огляду засвідчує лікувально-консультативна комісія (далі – ЛКК) територіального наркологічного закладу у формі висновку ЛКК. Результати наркопрофогляду вносять до Індивідуальної карти вагітної і породіллі та у Повідомлення щодо профілактичного наркологічного скринінгу вагітної [2, 4].

Короткі (профілактичні) інтервенції (КІ) – це важливий, маловитратний і ефективний шлях до зменшення шкоди, спричиненої вживанням ПАР, на первинній медичній ланці (Kaner et al., 2007, 2009), що включають скринінг та оцінювання, доводять до клієнта інформацію і рекомендації щодо зменшення ризикового вживання ПАР та пов'язаних із цим проблем. КІ є складовою філософії громадського здоров'я (в сучасній світовій літературі – public health approach). Кожен фахівець з громадського здоров'я або лікар з відповідною підготовкою може виконувати короткі інтервенції. Курс тематичного вдосконалення з оволодіння цими навичками не є громіздким і надто довготривалим (Field et al., 2005). Мета-аналіз доведено демонструє, що КІ ефективно працюють в напрямку рівня вживання алкоголю в порівнянні з відсутністю таких втручань і є ефективними у зменшенні споживання алкоголю серед людей з ризиковими проявами алкогольної поведінки і у тих вживачів алкоголю, які вже відчули шкоду від вживання, але поки не мають залежності від ПАР (Kaner et al., 2007). Існує високий рівень наукової доказовості довготривалих впливів профілактичної роботи (9–10 років) на зменшення кількостей вживаного алкоголю серед тих, хто надмірно вживає алкоголь, має високий ризик розвитку алкогольних розладів, але не є націленим на отримання наркологічної допомоги. Моніторинг впровадження коротких інтервенцій довів, що в стаціонарах закладів охорони здоров'я і підрозділах сімейної медицини завдяки їм вдається досягти зниження вживання алкоголю на 30% (Kaner et al., 2007; Kaner et al., 2009). КІ не бажано призначати людям з більш важкими проблемами зі вживанням ПАР або залежністю. КІ повинна включати п'ять компонентів, що об'єднуються у світовій фаховій літературі поширеним акронімом FLAGS (забезпечення зворотного зв'язку – Feedback, вислуховування – Listen, надання інформації та

рекомендації – Advice, визначення цілей – Goals, розуміння стратегій і напрямків руху – Strategies), серед яких двома вирішальними є забезпечення зворотного зв'язку і надання інформації [2, 4, 34–36].

Напрацьована система дій дозволяє об'єктивізувати інформацію, що передбачена п. 6 Індивідуальної карти вагітної та породіллі (форма № 111/о), і озброїти вагітну і лікаря акушера-гінеколога доказовими даними щодо особливостей наркологічного здоров'я вагітної, визначити для неї і майбутньої дитини реальні рівні ризиків, пов'язаних зі

вживанням ПАР. Усе зазначене вище розширює можливості лікарів акушерсько-гінекологічних закладів у системній взаємодії з лікарями-наркологами щодо забезпечення значної кількості родин від можливих негативних наслідків випадкового і ризикового вживання психоактивних речовин та дозволяють підвищити рівень захисту здоров'я майбутньої дитини. Розроблений вітчизняний комплекс практичної профілактичної роботи з вагітними щодо ПАР перебуває на рівні передових світових фахових напрацювань в цьому напрямку.

Современные подходы к профилактике рисков, вызванных употреблением психоактивных веществ беременными в Украине

Е.Н. Борис

Статья посвящена актуальной государственной и медико-социальной проблеме – потреблению алкогольных, табачных и наркотических психоактивных веществ (ПАВ) беременными, представляющих двойной риск: для здоровья женщины и ее ребенка. ПАВ даже при несистемном употреблении вызывают тяжелейшие последствия, в первую очередь – фетальный алкогольный синдром (ФАС). ФАС объединяет различные отклонения в психофизическом развитии ребенка, причиной которых является употребление женщиной алкоголя до и во время беременности.

Профилактика негативных воздействий употребления ПАВ на организм беременной и плода основана на использовании профилактического инструмента ВОЗ – опросника АССИСТ, который является первым в мире скрининговым тестом для работы со всеми видами ПАВ, созданным специально для беременных. Разработанный отечественный комплекс профилактической работы с беременными соответствует уровню передовых мировых профессиональных достижений в этом направлении.

Ключевые слова: алкоголизм, табак, наркотики, беременность, фетальный алкогольный синдром, профилактика, лечение, АССИСТ.

New approaches to prevention risks posed by substance use in pregnant Ukraine

E.N. Boris

The article is devoted to the public and the medical and social problem – consumption of alcohol, tobacco and drug substance pregnant representing a double risk: health woman and her child. The alcohol, tobacco and drug, even with the use of non-system cause, extremely serious consequences, especially – fetal alcohol syndrome (FAS). Fetal alcohol syndrome combines various deviations in psychophysical development of a child caused by the use of female alcohol before and during pregnancy.

Prevention of adverse effects of psychoactive substances on the pregnant and the fetus based on the use of preventive tools WHO – ASSIST – the questionnaire, the first screening test in the world to work with all types of surfactants, created specifically for pregnant women. Designed native complex practical preventive work with pregnant is in line with the best international professional developments in this area.

Key words: alcohol, tobacco, drugs, pregnancy, fetal alcohol syndrome, prevention, treatment, ASSIST.

Сведения об авторе

Борис Елена Николаевна – Кафедра акушерства, гинекологии и репродуктологии Национальной медицинской академии последилового образования имени П.Л. Шупика, 04210, г. Киев, пр. Героев Сталинграда, 16. E-mail: elena_boris@bk.ru

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Алкогольная политика и общественное благо. Под. ред. Г. Эдвардса; ред. рус. текста А. Виевский, К. Красовский. – Всемирная Организация Здравоохранения, 1998. – 316 с.
2. Вівський А.М., Борис О.М. та ін. Удосконалення взаємодії акушерсько-гінекологічної і наркологічної служб в роботі з попередження негативних наслідків вживання психоактивних речовин вагітними: Інформ. лист про нововведення в сфері охорони здоров'я. – К., 2013. – 3 с.
3. Заблудовский А.П., Майзелс М.Я., Шихов С.Н. // Последствия алкогольной интоксикации для потомства. – М.: Наука, 1989. – С. 90.
4. Запорожан В.М., Вівський А.М., Борис О.М. та ін. Організація та проведення роботи з профілактики ризиків, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин у вагітних: метод. рекомендації. – К., 2013. – 38 с.
5. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр (МКБ-10): Мн.: ООО «Асар», 2001. – 400 с.
6. Разводовский Ю.Е. (Гродненский государственный медицинский университет) Алкогольный синдром плода // Журнал «Медицинские новости», № 11, 2004. – С. 31–34.
7. Разводовский Ю.Е. Медико-социальные аспекты алкоголизма: монография. – Гродно, 2005. – 128 с.
8. Руководство по аддиктологии / Под ред. проф. В.Д. Менделевича. – СПб.: Речь, 2007. – 768 с.
9. A child with fetal alcohol syndrome: monograph / S. Clarren [et al.]. – Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co, 2000. – 198 p.
10. Astley S.J. Diagnostic Guide for Fetal Alcohol Spectrum Disorders: The 4-Digit Diagnostic Code: monograph. – Seattle WA: University of Washington Publication Services; 2004. – 139 p.
11. Astley S.J. Measuring the facial phenotype of individuals with prenatal alcohol exposure: correlations with brain dysfunction / S.J. Astley, S.K. Clarren // Alcohol Alcohol. – 2001. – V. 36. – P. 147–159.
12. Astley S.J. Prenatal Alcohol Use and FASD: Diagnosis, Assessment and New Directions in Research and Multimodal Treatment [Text]: monograph. – Seattle WA: University of Washington Publication Services, 2011. – 129 p.
13. Babor T.F. and Higgins-Biddle J. Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. 2000. – Addiction 95 (5): 677–686.
14. Can Fetal alcohol syndrome related knowledge assessment and comparison in New Jersey health professional groups / M. Brimacombe [et al.] // J Clin Pharmacol. – 2008. – V. 15. – P. 57–65.
15. Chudley A. Fetal alcohol spectrum disorder: Canadian guidelines for diagnosis / A. Chudley, J. Conry, J. Cook // CMAJ. – 2005. – V. 172. – P. 1–21.
16. Clarren S.K. Damaged Angels: An Adoptive Mother Discovers the Tragic Toll of Alcohol in Pregnancy: monograph. – New York: Carroll & Graf. ISBN 0-7867-1550-2, 2005. – 102 p.
17. Clinical use of meconium fatty acid ethyl esters for identifying children at risk for alcohol-related disabilities: the first reported case / I. Zelner [et al.] // Popular Ther Clinical Pharmacology. – 2012a. – V. 19. – P. 26–31.
18. Fetal alcohol spectrum disorders: gene-environment interactions, predictive biomarkers, and the relationship between structural alterations in the brain and functional outcomes / J.N. Reynolds [et al.] // Semin Pediatr Neurol. – 2011. – V. 18. – P. 49–55.
19. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risk. WHO, 2009.
20. Hoyme H.E. A practical clinical approach to diagnosis of fetal alcohol

- spectrum disorders: clarification of the 1996 Institute of Medicine criteria / H.E. Hoyme, P.A. May, W.O. Kalberg // Pediatrics. – 2005. – V. 115. – P. 39–47.
21. Humeniuk R.E., Ali R.A., Babor T.F., Farrell M., Formigoni M.L., Jittiwutikarn J., Boerngen de Larcera R., Ling W., Marsden J., Monteiro M., Nihwathiwa S., Pal H., Poznyak V. & Simon S. Validation of the Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). – 2008. – Addiction 103(6): 1039–1047.
22. Kaner E., Beyer F., Dickinson H. et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. – 2007. – Cochrane Database Syst Rev.
23. Kaner E., Dickinson H., Beyer F. et al. The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: A systematic review. Drug Alcohol Rev. – 2009. – 28 (3): 301–323.
24. Lang J. Ten Brain Domains: A Proposal for Functional Central Nervous System Parameters for Fetal Alcohol Spectrum Disorder Diagnosis and Follow-up [Text] / J. Lang // Journal of the FAS Institute. – 2006. – V. 4. – P. 11–14.
25. Mitchell K.T. Fetal alcohol syndrome: Practical suggestions and support for families and caregivers: monograph. – Washington, DC: National organization on Fetal Alcohol Syndrome, 2002. – 154 p.
26. National Task Force on FAS/FAE Fetal Alcohol Syndrome: Guidelines for Referral and Diagnosis: monograph / J. Bertrand [et al.]. – Atlanta GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2004. – 179 p.
27. Neonatal screening for prenatal alcohol exposure: assessment of voluntary maternal participation in an open meconium screening program / I. Zelnor [et al.] // Alcohol. – 2012. – V. 46. – P. 269–276.
28. Paintner A. Fetal alcohol spectrum disorders-implications for child neurology, part 2: diagnosis and management / A. Paintner, A.D. Williams, L.J. Burd // Child Neurol. – 2012. – V. 27. – P. 355–362.
29. Public Health Agency of Canada's National Advisory Committee on Fetal Alcohol Spectrum Disorder Fetal alcohol spectrum disorder: Canadian guidelines for diagnosis / A.E. Chudley [et al.] // Can Med Assoc J. – 2005. – V. 172. – P. 1–21.
30. Ratey J.J. A User's Guide to the Brain: Perception, Attention, and the Four Theaters of the Brain: monograph. – New York: Vintage Books, 2001. – 157 p.
31. Recent developments in meconium and hair testing methods for the confirmation of gestational exposures to alcohol and tobacco smoke / D. Chan [et al.] // Clin. Biochem. – 2004. – V. 37. – P. 429–438.
32. Riley E.P. Fetal alcohol spectrum disorders: an overview / E.P. Riley, M.A. Infante, K.R. Warren // Neuropsychology Rev. – 2011. – V. 21. – P. 73–80.
33. Stratton K. Fetal Alcohol Syndrome: Diagnosis Epidemiology Prevention and Treatment: monograph / K. Stratton, C. Howe, F. Battaglia. – Institute of Medicine. Washington DC National Academy Press, 1996. – 243 p.
34. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care. 2 books / prepared by R. Humeniuk [etal], WHO, 2010.
35. The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: manual for use in primary care / prepared by R. Humeniuk [etal], WHO, 2010.
36. WHO ASSIST Working Group. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. – 2002. – Addiction, 97 (9): 1183–1194.
37. WHO. The World Health Report 2004: Changing history. Geneva, World Health Organization.

Статья поступила в редакцию 08.12.2014

СТАТЬИ В ЖУРНАЛЕ «ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ»
ТЕПЕРЬ ИМЕЮТ ВОЗМОЖНОСТЬ ПОЛУЧАТЬ

УНИВЕРСАЛЬНЫЙ ИДЕНТИФИКАТОР ЦИФРОВОГО ОБЪЕКТА
DIGITAL OBJECT IDENTIFIER (DOI)
СИСТЕМЫ БИБЛИОГРАФИЧЕСКИХ ССЫЛОК CROSSREF

CrossRef объединяет издательские организации со всего мира, представляющие 20 тыс. научных изданий и 1500 библиотек, обеспечивая перекрестную связь между публикациями в научных журналах более чем 2800 издательств с помощью цифровой идентификации объектов.

Использование DOI позволит представить отечественные научные достижения мировой науке, улучшит обмен научной информацией между учеными, будет способствовать повышению рейтинга и индекса цитирования ученых Украины за рубежом, позволит вывести отечественные журналы в международное информационное поле.

Внедрение системы DOI в издательскую деятельность повышает публикационную активность изданий, увеличивает доступность научных публикаций за пределами Украины и дает возможность авторам быть представленными в известных наукометрических базах данных. Ценность идентификатора DOI для авторов заключается в том, что его использование в любое время обеспечивает быстрый поиск научной статьи, книги и другой печатной продукции без необходимости проведения поиска на сайтах журналов или поисковых систем.

Идентификатор цифровых объектов DOI является необходимым звеном доступности для анализа научной продукции, который осуществляется информационно-аналитическими системами наукометрических баз данных.

Адрес для переписки: ООО «Эксперт ЛТД», а/я 32, г. Киев 210, 04210, Украина;
контактный телефон редакции +38 044 2302719; +38 044 4637019
сайт www.medexpert.com.ua
email: pediatr@medexpert.com.ua
контактное лицо: Шейко Ирина Александровна