

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ



КЛИНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО
ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ,
РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА
У ЖЕНЩИН, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ
ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА

БИШКЕК-2017



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР НАРКОЛОГИИ
КЫРГЫЗСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИНСТИТУТ ПЕРЕПОДГОТОВКИ
И ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

**ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРО-
ДОВОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН, УПОТРЕБЛЯЮ-
ЩИХ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА**

Клиническое руководство

БИШКЕК - 2017

Клиническое руководство «Ведение беременности, родов и послеродового периода у женщин, употребляющих психоактивные вещества» принят Экспертным советом по оценке качества клинических руководств/протоколов и утвержден Приказом МЗ КР от «18» января 2017 г. №42.

Клиническая проблема

Особенности ведения беременности, родов и послеродового периода у женщин, употребляющих психоактивные вещества.

Уровни оказания помощи

Первичная медико-санитарная помощь, первичный, вторичный и третичный уровни организаций здравоохранения.

Цель создания Клинического руководства

Данное Клиническое руководство было разработано в ответ на запросы врачей акушер-гинекологов, врачей наркологов, представителей неправительственного сектора, работающих с женщинами, употребляющими ПАВ, организаторов акушерско-гинекологической и наркологической служб с целью обеспечить женщин соответствующими консультациями в течение всей беременности, родов и послеродовом периоде, а также избежать или минимизировать риски воздействия ПАВ на данную категорию женщин и их детей.

Целевые группы

Семейные врачи, акушеры-гинекологи, врачи наркологи, организаторы здравоохранения, эксперты ФОМС и др. заинтересованные специалисты государственного и негосударственного сектора.

Дата пересмотра

В случае появления новых научных рекомендаций и доказательств, клиническое руководство будет обновлено. Планируемая дата обновления 2020 год. Любые комментарии и пожелания по содержанию клинического руководства приветствуются.

Адрес и контактные данные с разработчиками рабочей группы:

1. Кыргызская Республика г. Бишкек ул. Московская, 148
e-mail: a_boobekova@mz.med.kg
2. Кыргызская Республика г. Бишкек ул. Боконбаева 144а
Кыргызский Государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации Тел./Факс: (312) 62-46-70;
e-mail: stakeeva@bk.ru
3. Кыргызская Республика г. Бишкек ул. Суеркулова, 1а
4. Республиканский центр наркологии Тел./Факс: +996(312)548694; e-mail: ajzada-u@yandex.ru
Кыргызская Республика г. Бишкек, Кыргызстан. Ахунбаева, 190
e-mail: maksutovaelmira@mail.ru
5. Кыргызская Республика г. Бишкек Общественный фонд «Астерия» ул.Абая 65
e-mail: asteria.pf@gmail.com

СОДЕРЖАНИЕ

СОДЕРЖАНИЕ	3
СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ	6
ДЕКЛАРАЦИЯ КОНФЛИКТОВ ИНТЕРЕСОВ	7
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	9
КЛАССИФИКАЦИЯ КЛАССОВ РЕКОМЕНДАЦИЙ (КР)	10
1. ВВЕДЕНИЕ	12
1.1. Актуальность и обоснование	12
1.2. Руководящие принципы	13
2. ПОНЯТИЕ О ПАВ	14
2.1. Классификация ПАВ	14
2.2. Способы (пути) употребления ПАВ	16
2.3. Общие признаки употребления ПАВ	16
2.4. АЛКОГОЛЬ	17
2.4.1. Признаки интоксикации алкоголем	17
2.4.2. Признаки синдрома отмены алкоголя	18
2.4.3. Вредные последствия алкоголя для плода	18
2.5. ТАБАК	19
2.6. ОПИОИДЫ	19
2.6.1. Признаки интоксикации опиоидами	19
2.6.2. Признаки синдрома отмены	20
2.6.3. Последствия и риски употребления опиоидов во время беременности для матери и плода	21
2.7. КАННАБИС	21
2.7.1. Признаки интоксикации	22
2.7.2. Признаки отмены	22
2.7.3. Последствия и риски употребления опиоидов во время беременности для матери и плода	22
2.8. СНОТВОРНО-СЕДАТИВНЫЕ СРЕДСТВА	23
2.8.1. Признаки интоксикации	24
2.8.2. Признаки синдрома отмены	24
2.8.3. Последствия и риски употребления снотворно-седативных средств во время беременности для матери и плода	25

2.9. СТИМУЛЯТОРЫ	25
2.9.1. Признаки интоксикации	25
2.9.2. Признаки отмены	26
2.9.3. Последствия и риски употребления снотворно-седативных средств во время беременности для матери и плода	26
3. ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПАВ	26
3.1. Дородовый уход	26
3.1.1. Вовлечение пациентов	26
3.1.2. Общий скрининг на потребление алкоголя и других ПАВ и краткосрочные вмешательства	28
Скрининг на алкоголь и краткосрочные вмешательства	31
Скрининг на табак и кратковременные вмешательства	32
Скрининг на опиоиды и другие нелегальные ПАВ и краткосрочные вмешательства	34
Скрининг на каннабис и краткосрочные вмешательства	35
3.1.3. Психосоциальные вмешательства	35
3.1.4. Текущая оценка и планирование лечения при каждом визите беременной женщины	36
3.1.5. Доступ к лечению	37
АЛКОГОЛЬ	37
КАННАБИС	37
БЕНЗОДИАЗЕПИНЫ	38
СТИМУЛЯТОРЫ	38
ОПИОИДЫ	38
ПРЕИМУЩЕСТВА ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ	39
АЛГОРИТМ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ С ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В КР	41
3.2. СХВАТКИ И РОДОРАЗРЕШЕНИЕ	42
3.2.1. Мониторинг развития плода	43
3.2.2. Алгоритм действий при поступлении женщин в роды в состоянии отмены от опиоидов	43

3.2.3. Обезболивание в родах.....	45
3.3. ПОСЛЕРОДОВОЙ УХОД.....	46
3.3.1. Определение времени выписки.....	46
3.4. ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ.....	46
3.4.1. Кормление грудью и табак.....	47
3.4.2. Грудное вскармливание и алкоголь.....	47
3.4.3. Грудное вскармливание и опиоиды.....	48
3.4.4. Грудное вскармливание и бензодиазепины.....	49
3.4.5. Грудное вскармливание и психостимуляторы.....	50
3.4.6. Грудное вскармливание и каннабис.....	50
4. ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ.....	51
Таблица 1. Медицинские критерии допустимости применения методов контрацепции.....	52
Таблица 2. Применение методов контрацепции после родов согласно медицинским критериям приемлемости.....	54
Приложение 1. Перечень симптомов психических расстройств по МКБ-10: блок синдромов потребления психоактивных веществ.....	56
Приложение 2. Расположение и контакты сайтов ОЗТ и ПОШ в КР.....	57
Приложение 3. Расположение неправительственных организаций работающих с уязвимыми группами населения.....	59
Приложение 4. Информация для женщин, принимающих нелегальные психоактивные вещества.....	63
Приложение 5. Пример беседы врача первичного звена здравоохранения с беременной женщиной, употребляющей алкоголь и ПАВ.....	64
Приложение 6. ТЕСТ TWEAK ТЕСТ T-ACE.....	65
Приложение 7. Возможные варианты ответов на вопросы, возникающие у женщин в связи с употреблением алкоголя во время беременности и рекомендации врача.....	67
Приложение 8. Шкала Finnegan – для оценки неонатального синдрома отмены.....	69
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	71

Состав рабочей группы ¹

Бообекова А.	Председатель рабочей группы, заведующая отделом ЛПП УОМПиЛП МЗ КР
Усенакунова А.	Врач-нарколог РЦН МЗ КР
Стакеева Ч.	Акушер-гинеколог, заведующая отделом сексуального и репродуктивного здоровья, КГМИ-ПиПК
Максумова Э.	Акушер-гинеколог, заведующая отделением «Брак и семья» НЦОМид
Мусагалиева Т.	Координатор социальных служб Общественный фонд «Астерия»

Внутренние эксперты

Чиркина Г.	Исполнительный директор, ОО «Альянс по репродуктивному здоровью» (АРЗ)
Аскеров А.	Заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №2, КГМА, д.м.н., профессор
Борисова Т.	Заместитель директора РЦН, главный внештатный нарколог КР

Внешние эксперты

Малюта Р.	Специалист по проблемам ВИЧ/СПИД, Регионального представительства ЮНИСЕФ для стран Центральной/Восточной Европы и СНГ
------------------	---

Методологическая экспертная поддержка

Барыктабасова Б.	Консультант отдела доказательной медицины МЗ КР по разработке КР/КП, методолог - эксперт по оценке качества КР/КП, к.м.н.
-------------------------	---

¹ Утвержден Указанием Министерства здравоохранения КР от 20.07.2016 года №443

Декларация конфликта интересов

Перед началом работы по созданию данного клинического руководства все члены рабочей группы дали согласие сообщить в письменной форме о наличии финансовых взаимоотношений с фармацевтическими компаниями. Никто из членов авторского коллектива не имел коммерческой заинтересованности или другого конфликта интересов с фармацевтическими компаниями или другими организациями, осуществляющими производство лекарственных препаратов указанных в протоколе. Данный документ был утвержден Экспертным советом оценки качества КР/КП Министерства здравоохранения Кыргызской Республики.

В процессе апробации и рецензирования клинического руководства были получены комментарии и рекомендации, учтенные при его доработке. После апробирования, получения комментариев и рецензий данный документ утвержден Экспертным советом оценки качества КР/КП МЗ КР.

Содержание клинического руководства соответствует имеющимся на момент разработки данным доказательной медицины и данным смежных клинических руководств и клинических протоколов, действующих в стране:

1. Клиническое руководство по заместительной поддерживающей терапии метадонот при синдроме зависимости от опиоидов, МЗ КР №497 от 11.10.2010г.
2. Клиническое руководство по диагностике и лечению психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением опиоидов, МЗ КР № 703 от 25.12.2012г.
3. Клиническое руководство «Передозировка опиоидами», МЗ КР №342 от 14.06.2013г.
4. Клинический протокол «Лечение опиоидной зависимости на основе поддерживающей терапии метадонот в Кыргызской Республике» МЗ КР №372 от 30.06.2015г.

5. Клинический протокол «Клиническое ведение неонатального абстинентного синдрома у новорожденных, рожденных от матерей, принимающих психоактивные вещества», МЗ КР № 379 от 04.07.2014г.
6. Клинический протокол «Скрининг беременных на потребление психоактивных веществ с применением теста ASSIST», МЗ КР № 379 от 04.07.2014г.
7. Национальные клинические протоколы для провайдеров услуг по антенатальному уходу «Физиологическая беременность» «Многоплодная беременность» «Самопроизвольный выкидыш» «Преждевременная родовая деятельность» «Инфекции во время беременности» для первичного уровня организаций здравоохранения, МЗ КР №660 от 20.11.2013г.
8. Клинический протокол «Табачная зависимость» МЗ КР №126 №127 от 10.03.2010г.
9. Клинические протоколы по ВИЧ-инфекции для 1-3 уровней здравоохранения, МЗ КР №29 от 22.01.2015г.
10. Клинический протокол «Комбинированные оральные контрацептивы», МЗ КР № 54 от 29.01.2014 г.
11. Клинический протокол «Внутриматочные средства», МЗ КР № 54 от 29.01.2014 г.
12. Клинический протокол «Контрацептивы прогестинового ряда», МЗ КР № 379 от 04.07.2014г.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АРТ	Антиретровирусная терапия
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВМС Cu	Медьсодержащая внутриматочная спираль
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГСВ	Группа семейных врачей
ДЛО и МТ	Департамент лекарственного обеспечения и Медицинской техники Министерства здравоохранения Кыргызской Республики
МЗ КР	Министерство здравоохранения Кыргызской Республики
ИКПР	Инъекционные контрацептивы прогестинового ряда
ИППП	Инфекции передаваемые половым путем
КГМА	Кыргызская Государственная Медицинская Академия
КИК	Комбинированные инъекционные контрацептивы
КОК	Комбинированные оральные контрацептивы
КПР	Контрацептивы прогестинового ряда
КР/КП	Клиническое руководство/Клинический протокол
ЛЖВ	Лица живущие с ВИЧ
ЛУИН	Лица, употребляющие инъекционные наркотики
ЛНГ ВМС	Гормон содержащая внутриматочная спираль
МЗ КР	Министерство здравоохранения Кыргызской Республики
МКБ 10	Международная классификация болезней 10 - го пересмотра
НАС	Неонатальный абстинентный синдром
НПО	Неправительственная организация
ОЗ	Организация здравоохранения
ОЗТ	Опиоидная заместительная терапия
ПАВ	Психоактивное вещество
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ПТМ	Поддерживающая терапия метадон
ПТПР	Противозачаточные таблетки прогестинового ряда
СВДС	Синдром внезапной детской смерти
ТБ	Туберкулез
ЦСМ	Центр семейной медицины

Классификация классов рекомендаций (КР)

В данном Клиническом руководстве приведены доказательства, сформулированные и представленные с использованием профилей фактических данных и таблицы GRADE (1), а также окончательные рекомендации ВОЗ, сила которых оценивалась следующим образом:

«СИЛЬНАЯ»: означает согласие группы по составлению руководства с тем, что качество доказательств в совокупности с определенностью ценностей и предпочтений, положительных эффектов и степени реализуемости рекомендации являются основанием для использования этой рекомендации в большинстве случаев, или **«УСЛОВНАЯ»:** означает меньшую определенность относительно качества доказательств, ценностей, предпочтений, положительных эффектов и степени реализуемости рекомендации в совокупности и, следовательно, подразумевает, что в некоторых обстоятельствах эта рекомендация будет не применима.

В ряде случаев рекомендации классифицировались как «сильная», несмотря на то, что согласно оценке имеющихся доказательств по системе GRADE их качество было «низким» или «крайне низким». Это происходило в следующих случаях:

- наблюдался безусловный баланс положительных и отрицательных эффектов,
- ожидаемые ценности и предпочтения подтверждали целесообразность рекомендации,
- наблюдался безусловный баланс между положительными эффектами и потребляемыми ресурсами. (1)

Также в Клиническом руководстве приведены рекомендации с указанием «уровня источников данных» для каждого положения.

I - Данные, полученные в ходе систематического анализа результатов всех релевантных рандомизированных контролируемых испытаний.

II - Данные, полученные по результатам, как минимум, одного надлежащим образом

подготовленного рандомизированного контролируемого испытания.

III-1 - Данные, полученные по результатам хорошо разработанных псевдорандомизированных контролируемых испытаний (альтернативное распределение или какой-нибудь другой метод).

III-2 - Данные, полученные по результатам сравнительных исследований (включая систематический анализ таких исследований) с одновременным изучением контрольных групп и распределением нерандомизированных (когортных исследований), исследований типа «случай-контроль», или серии исследований в контрольных группах с перерывами во времени.

III-3 - Данные, полученные по результатам сравнительных исследований с контрольными группами во времени, двух или более однонаправленных исследований или серии исследований с перерывами во времени без параллельного наблюдения за контрольной группой.

IV - Данные, полученные по результатам серии изучения конкретных случаев, как после проведения тестов, так и до и после проведения тестов.

КОНСЕНСУС - Данные, полученные из опубликованных детальных обзоров научной литературы, не являющихся систематическим обзором или мета-анализом (2, 3).

ВВЕДЕНИЕ

1.1. Актуальность и обоснование

Каждая женщина имеет право на доступ к медицинской помощи и право на наивысший достижимый уровень здоровья.

Употребление алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ во время беременности связано с опасностью для здоровья матери и будущего ребенка и может привести к таким последствиям, как выкидыши, мертворождения, низкий вес при рождении, недоношенность, физические и неврологические пороки развития. При этом беременные женщины употребляющие алкоголь, наркотики и другие ПАВ зачастую не обращаются за медицинской помощью в силу таких причин как: страх быть осужденной со стороны общества, членов своей семьи, медицинского персонала; нарушенные коммуникативные и социальные навыки; сложная социально-экономическая ситуация, включающая отсутствие постоянного жилья, документов, бедность, наличие маленьких детей и др.

В результате частой стигмы и дискриминации, плохой осведомленности, отсутствия доступа к точной информации многие женщины избегают контактов с работниками медицинских учреждений, рожают вне больницы или попадают к врачу только после начала предродовых схваток, что создает угрозы и риски осложнений беременности, родов, послеродового периода у женщин-потребителей наркотиков и их детей.

В то же время отсутствуют клинические рекомендации и стандарты по преемственности и оказанию помощи для этой категории женщин, отмечается непонимание поведенческих особенностей пациенток со стороны врачей, недисциплинированность родовых посещений, поздняя обращаемость женщин, и др. факторы, ухудшающие эффективность предоставления акушерско-гинекологической помощи для беременных женщин, употребляющих и имеющих зависимость ПАВ.

При беременности у женщин, употребляющих наркотики, очень часто появляется сильнейшая мотивация на заботу о здоровье своего будущего ребенка, уменьшение проблемного потребления

наркотиков и сопутствующих ему рисков, и с этой целью женщины часто готовы предпринимать шаги для заботы о собственном здоровье и здоровье своего будущего ребенка. При этом медработники имеют возможность предложить женщинам услуги, которые могут способствовать изменениям в потреблении наркотиков и образе жизни, тем самым, сохраняя женщинам здоровье на долгие годы после рождения ребенка.

Данное Клиническое руководство было разработано в ответ на запросы врачей акушер-гинекологов, представителей неправительственного сектора, работающих с женщинами, врачей наркологов, организаторов акушерско-гинекологической и наркологической служб. С целью обеспечить женщин соответствующими консультациями в течение всей беременности, родов и послеродовом периоде, а также избежать или минимизировать риски ПАВ на данную категорию женщин и их детей.

1.2. Руководящие принципы

Основными руководящими принципами данного Клинического руководства являются создание прочных терапевтических отношений с женщиной, основанных на уважении, недискриминации и непредвзятости взглядов, вовлечение женщины в адекватную дородовую помощь через эти отношения, сохранение непрерывности ухода на протяжении всей беременности, родов и послеродового периода.

Руководящие принципы должны быть сосредоточены на шести областях (1):

1. Скрининг и краткосрочное вмешательство
2. Психосоциальные вмешательства
3. Детоксикация
4. Лечение зависимости
5. Кормление младенцев
6. Ведение новорожденных

Эти принципы разработаны и построены на доказательных данных, которые были сформулированы и представлены с использованием профилей фактических данных и таблицы GRADE (1)

2. Понятие о ПАВ

Психоактивные вещества (далее ПАВ)— любое химическое вещество (или смесь) естественного или искусственного происхождения, которое влияет на функционирование центральной нервной системы, приводя к изменению психического состояния. Эти изменения могут носить как положительный (лечебный) характер, так и отрицательный.

“...Любое химическое вещество, вызывающее физические и/или психологические изменения при попадании в организм...”(Всемирная организация здравоохранения, 1989г.)

2.1. Классификация ПАВ

В соответствии с МКБ-10 к психоактивным средствам, вызывающим психические и поведенческие расстройства, относятся:

F10 психические и поведенческие расстройства связанные с употреблением алкоголя

F11... опиатов и опиоидов.

F12... каннабиноидов.

F13... седативных и снотворных веществ.

F14... кокаина.

F15... стимуляторов, включая кофеин.

F16... галлюциногенов.

F17... табака

Степень тяжести последствий употребления варьирует от «Неоднократное употребление или злоупотребление конкретно ПАВ с вредными последствиями» до «Синдром зависимости от конкретного ПАВ». Основными последствиями употребления ПАВ является развитие синдрома зависимости.

Синдром зависимости развивается после периода регулярно употребления ПАВ. Время, необходимое для ее формирования, варьируется в зависимости от количества, частоты и способа введения веществ, а также от факторов индивидуальной уязвимости и условий, в которых употребляются наркотики.

Критерии синдрома зависимости (МКБ-10)

1. Сильное желание принимать ПАВ и/или непреодолимое влечение к ним.
2. Трудности с контролем поведения, связанного с приемом ПАВ, в отношении начала, прекращения или уровня потребления.
3. Состояние отмены или абстинентный синдром - это группа варьируемых по сочетанию и тяжести симптомов, возникающих при полном прекращении или уменьшении употребления ПАВ, принимаемого многократно, обычно на протяжении длительного периода или в больших дозах. Состояние отмены может сопровождаться признаками физиологических нарушений. Это один из показателей синдрома зависимости и определяющая характеристика психофармакологического определения зависимости. Наступление и течение синдрома отмены ограничены во времени и связаны с видом вещества и дозой, которая была принята непосредственно перед прекращением или уменьшением употребления. Обычно признаки синдрома отмены являются противоположностью острой интоксикации.
4. Толерантность - это состояние, в котором человек уже не реагирует на ПАВ так, как раньше, и требуется более высокая доза для достижения этого же эффекта.
5. Прогрессирующее игнорирование альтернативных удовольствий или интересов вследствие употребления ПАВ.
6. Продолжение потребления ПАВ, несмотря на очевидные отрицательные последствия на состояние здоровья.

Предварительный диагноз синдрома зависимости может поставить любой медицинский работник, однако перед предоставлением лечения этот диагноз должен быть подтвержден врачом наркологом.

Простую и быструю первичную оценку синдрома зависимости могут проводить неспециалисты, используя 10 вопросов, адаптированных из «Перечня симптомов психических расстройств», Международной статистической классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) (Приложение 1).

2.2. Способы (пути) употребления ПАВ

- Глотание (перорально);
- Вдыхание через нос (интраназально);
- Курение;
- Вдыхание паров/дыма;
- Внутримышечные (ВМ) инъекции;
- Подкожные (ПК) инъекции;
- Внутривенные (ВВ) инъекции;
- Втирание (нанесение вещества на поверхность кожи);
- Под язык (растворение вещества под языком и впитывание его через ткани ротовой полости).

2.3. Общие признаки употребления ПАВ

При обращении женщин в организации здравоохранения по внешнему виду и/или поведению можно предположить, что она находится под воздействием алкоголя или других нелегальных ПАВ, например, внешний вид, запах алкоголя, поведенческие особенности (суетлива, малоактивна, раздражена). Важно также определить, находится ли женщина в состоянии опьянения или в состоянии отмены, от этого будет зависеть тактика ведения при обращении к врачу. Имеются как общие признаки употребления, характерные для всех наркотиков, так и специфичные для отдельных видов. Симптомы опьянения и состояния отмены в зависимости от конкретного вида употребляемого нелегального ПАВ, описаны ниже.

Хотя в большинстве случаев внешне трудно определить, употребляет ли женщина какие-либо ПАВ. По следующим общим признакам, возможно, предположить длительное употребление наркотиков:

- одутловатое, бледное или гиперемированное лицо,
- отечность кистей рук,
- дряблость кожных покровов,
- дистрофические изменения в коже, подкожно жировой клетчатке и мышцах,
- дефицит массы тела,
- ломкость и сухость ногтей и волос, наличие следов инъекций по ходу венозных сосудов,

- склерозирование или облитерация вен. рубцы,
- абцессы и трофические язвы конечностей, замедленность движений или гиперактивность,
- нервозность,
- рассеянность,
- забывчивость,
- потеря интереса к работе, учебе, семье,
- потребность в деньгах,
- просьбы выдать снотворные, болеутоляющие средства.

Наиболее часто принимаемые нелегальные психоактивные вещества женщинами, в том числе во время беременности:

- алкоголь,
- табак,
- опиоиды (опий, героин, промедол, кодеин, и т.д.),
- каннабис (маришуана, гашиш,
- снотворно-седативные средства (барбитураты, сомнол, диазепам, и т.д.),
- стимуляторы (амфетамины, кокаин, метамфетамин, экстази, и т.д.).

2.4. Алкоголь

2.4.1. Признаки интоксикации:

- чрезмерная разговорчивость,
- излишняя уверенность в себе,
- неустойчивое эмоциональное состояние,
- нарушение концентрации и внимания,
- неврологические нарушения в виде плохой координации движения,
- вегетативные проявления в виде покраснения лица или бледности, частого пульса и дыхания, обильного слюнотечения,
- смазанность речи,
- отсутствие внимания,
- нарушение ориентировки во времени и пространстве.

При тяжелой степени алкогольной интоксикации:

- потеря сознания с пассивным положением тела,

- отсутствие реакции на болевые раздражители,
- сужение зрачков.

2.4.2. Признаки отмены:

- сильная головная боль, головокружение,
- тошнота, рвота,
- дрожь в руках и ногах,
- сильная жажда,
- вздутие и боли в животе,
- потливость,
- сердцебиение,
- разбитость и/или возбуждение,
- тремор,
- нарушения сна,
- тахикардия, повышение артериального давления,
- судорожные припадки.

2.4.3. Вредные последствия алкоголя для плода

Алкоголь оказывает тератогенное воздействие. Употребление алкоголя во время беременности повышает риск самопроизвольных абортов, возникновения проблем с развитием плода, однако уровень алкоголя, приводящий к серьезным проблемам для развития плода, неизвестен. Вызванные воздействием алкоголя на плод расстройства, обозначаются как термин «фетальный алкогольный синдром» (ФАС).

Признаки ФАС:

- микроцефалия,
- нарушения со стороны ЦНС, включая задержку психического развития и поведенческие нарушения,
- задержка роста,
- черепно-лицевые аномалии (срастание век в углах глаз, гипоплазия верхней губы, гипоплазия верхней челюсти).

Употребление алкоголя значительно повышает риски, связанные с внутриутробным развитием, включая риск невынашивания

беременности, низкую массу тела новорожденного ребенка, когнитивные нарушения и врожденные пороки развития. Злоупотребление алкоголем делает эти риски максимальными. (2,3)

2.5. Табак

Воздействие табачного дыма влечет за собой серьезные последствия для всех без исключения этапов репродукции человека. Табакокурение негативно отражается на мужской и женской фертильности. Курящие матери подвергаются повышенному риску возникновения эктопической беременности, преждевременного разрыва плодных оболочек, отслойки плаценты, предлежания плаценты, самопроизвольных абортов, мертворождения, преждевременных родов, низкой массы тела новорожденного, низкой массы тела для срока гестации и врожденных аномалий плода (например, расщепление губы) (4).

После рождения дети женщин, куривших во время или после беременности, чаще подвергаются риску СВДС (синдром внезапной детской смерти) (2,3,4)

Некоторые из этих медицинских проблем, например, низкая масса тела при рождении и преждевременные роды, могут отрицательно влиять на здоровье человека на протяжении всей его жизни, повышая, в частности, риск развития хронических заболеваний во взрослом возрасте. (2,3,4)

2.6. Опиоиды

Опиоиды (т.е. подобные опию) – вещества растительного и/или синтетического и/или полусинтетического происхождения, имеющие сродство с находящимися в клетках центральной нервной системы опиатными рецепторами. (7)

Наиболее широко известные опиоиды: опий-сырец, морфин, героин, гидроморфин, кодеин, метадон, петидин, промедол, фентанил, трамадол

2.6.1. Признаки опиоидной интоксикации:

- снижение перистальтики пищеварительного тракта, запоры,

- повышение, а затем понижение артериального давления, брадикардия,
- благодушное настроение, эйфория,
- анальгезия,
- тошнота, рвота в начале или при высоких дозах,
- снижение способности к концентрации внимания и запоминанию,
- дремотное состояние,
- психомоторная заторможенность,
- расслабление мускулатуры (внешне проявляется в замедленности движений, подгибании коленей, оцепенении, пребывании в неподвижном состоянии в определенной позе, т.н. «зависания»).

При осмотре могут обращать на себя внимание следующие признаки:

- миоз (сужение зрачка);
- брадипное;
- дряблость кожных покровов, дистрофические изменения в коже, подкожно-жировой клетчатке и мышцах, дефицит массы тела;
- женщины, употребляющие опиоиды, выглядят старше своего возраста;
- разрушение и выпадение зубов, ломкость и сухость ногтей и волос;
- наличие следов инъекций по ходу венозных сосудов, склерозирование или облитерация вен;
- симметричные «круги» вокруг глаз в сочетании с добавочными складками в верхней части щек и заостренными скулами;

К признакам «наркологической настороженности» следует отнести увеличение печени, наличие вирусного гепатита, ВИЧ-инфекции, увеличение лимфатических узлов, ожоги и травмы на руках.

2.6.2.Признаки синдрома отмены:

- сильное влечение к веществу,
- ринорея, чихание,
- слезотечение,

- мышечные, суставные боли или подергивания,
- колики и боли в животе,
- анорексия, тошнота или рвота,
- диарея,
- расширение зрачков,
- образование «гусиной» кожи, периодический озноб, потливость,
- тахикардия, гипертензия,
- зевота,
- беспокойный сон.

2.6.3. Последствия и риски употребления опиоидов во время беременности для матери и плода (5,8):

- выкидыш, преждевременные роды;
- задержка роста плода, рождение ребенка с малым сроком гестации, низкая масса тела при рождении;
- дистресс плода, внутриутробная смерть плода, мертворождение;
- НАС (неонатальный абстинентный синдром);
- другие (в результате перечисленных выше проблем, например, асфиксия, внутрижелудочное кровоизлияние, гипогликемия, септицемия, гипербилирубинемия).

Риски для матери включают:

- передозировку, ко-инфекции, ВИЧ ,
- осложнения после инъекций наркотиков (тромбоэмболия, сепсис),
- нарушение приверженности к лечению (ВИЧ, ТБ),
- инфекции, передающиеся перинатальным путем (гепатиты В, С, ВИЧ).

2.7. Каннабис

Психоактивные средства, получаемые из конопли. Вещества из этой группы известны под такими названиями как, гашиш, марихуана. Воздействие на организм человека связано с содержащимися в конопле психоактивными веществами (каннабиноидами), самый

действенный из которых — дельта-9-тетрагидроканнабинол.

2.7.1. Признаки интоксикации:

- повышенная болтливость, навязчивость,
- неадекватно веселое настроение,
- покраснение склер,
- выраженное чувство голода и жажды,
- обострение восприятия внешних раздражителей, светобоязнь.

При увеличении дозы:

- заторможенность,
- вялость,
- невнятная речь,
- нарушение координации.
- иногда – паника, страх, галлюцинации.

Постоянное применение приводит к выраженной депрессии, нарушению процессов запоминания и других видов мыслительной деятельности, у подростков отмечается замедление полового созревания, у взрослых людей – снижение сперматогенеза и нарушения менструального цикла.

2.7.2. Признаки отмены:

- нарушения сна,
- частые просыпания и бессонница,
- кошмарные сновидения,
- депрессия,
- повышенная раздражительность,
- неустойчивое эмоциональное состояние,
- нарушение концентрации и внимания,
- головная боль, хронический кашель.

2.7.3. Последствия и риски употребления каннабиса во время беременности для матери и плода (2,9):

Риски для здоровья, связанные с потреблением конопли во время беременности четко не установлены. У женщин это может

быть риск респираторных заболеваний, изменения настроения и прочих психологических проблем, а также финансовых и других социальных проблем.

Каннабис часто принимают в смеси с табаком, а табак во время беременности приносит значительный вред.

Нет данных о развитии синдрома абстиненции новорожденного только от потребления каннабиса. Мало данных о легкой форме синдрома отмены от потребления только каннабиса. Он обычно становится очевидным только лишь на второй неделе после родов. Маловероятно, что потребуется уход в отделении для новорожденных или отделение от матери.

Хотя риск для здоровья, связанный с потреблением каннабиса во время беременности, четко не установлен, некоторые исследования свидетельствуют о том, что дети, рожденные от родителей с зависимостью от конопли, могут иметь некоторые проблемы с развитием, как то:

- небольшие отличия в высших когнитивных процессах (но меньше тех, которые вызваны потреблением никотина или других психоактивных веществ во время беременности),
- нарушения сна у детей,
- ухудшение памяти и вербальных процессов ребенка,
- отставание в росте до 6 лет,
- повышенная гиперактивность, импульсивность и невнимательность до 10 лет.

Уровень источников данных: III-2

Хотя и были сообщения о случаях повышенного риска, связанного с внутриутробным воздействием конопли, современные данные не указывают на то, что она является тератогеном. (2,3)

2.8. Снотворно-седативные средства

Зависимость от препаратов данной группы может развиваться в случаях приема средств в терапевтических дозах по назначению врача длительное время. Зачастую женщины могут даже не осознавать,

что они зависимы от лекарств.

С не медицинской целью, часто препараты этой группы принимают для смягчения синдрома отмены алкоголя и опиоидов, что приводит к ускоренному формированию сочетанной зависимости.

2.8.1. Признаки интоксикации:

Грубая неврологическая симптоматика отличает это опьянение от алкогольного. Поэтому внимание врача должны привлечь:

- дизартрия,
- атаксия,
- нарушение согласованности движений,
- крупный латеральный нистагм,
- резкое расширение зрачков с вялой их реакцией на свет,
- гиперсаливация,
- гипергидроз,
- склонность к гневливости и агрессии.

В отличие от опиоидов опьянение снотворно-седативными средствами отличается нарушением сознания, вышеперечисленной неврологической симптоматикой, величиной зрачков, окраской кожных покровов, гиперсаливацией, гипергидрозом, неспособностью к диссимуляции, отсутствием легкости эмоций.

2.8.2. Признаки синдрома отмены

Абстинентный синдром при злоупотреблении снотворными тяжелый. Он возникает в течение первых 24 ч после отнятия препарата, достигает пика выраженности на 3—4-е сутки и медленно редуцируется. Настроение тревожно-тоскливое, причем тревога находится на первом плане. Выражены раздражительность, обидчивость, вспыльчивость, слезливость, расстраивается сон. Нередки суицидальные тенденции, демонстративные самопорезы. В дальнейшем наблюдаются прогрессирующая слабость, головокружение, искажение зрительного восприятия. АД неустойчиво, может наблюдаться резкое его падение вплоть до коллапса и летального исхода. Неприятные ощущения в разных частях тела, боли в крупных суставах (коленных, плечевых, локтевых), ноющие боли под ложечкой,

тошнота, рвота, потеря массы тела. У всех больных отмечается тремор век, пальцев вытянутых рук, языка. Очень характерны непроизвольные мышечные подергивания, главным образом в икроножных мышцах.

Абстинентный синдром при злоупотреблении снотворными опасен возникновением судорожных припадков и психозов. Они наблюдаются при приеме больших доз препаратов и могут сменять друг друга.

2.8.3. Последствия и риски употребления снотворно-седативных средств во время беременности для матери и плода:

Риски для здоровья, связанные с приемом бензодиазепинов во время беременности четко не установлены. Были непоследовательные сообщения о морфологических проблемах, связанных с воздействием бензодиазепинов на плод.

Регулярное потребление бензодиазепинов во время беременности может быть связано с абстинентным синдромом новорожденного, который может начать развиваться не сразу (2,3).

2.9. Стимуляторы

Стимуляторы- это вид наркотических веществ, возбуждающих центральную нервную систему человека. К нелегальным стимуляторам относятся: эфедрин, амфетамины, кокаин, фенциклидин, дексамфетамин, экстази (обладают еще и галлюциногенным эффектом).

2.9.1. Признаки интоксикации

Стимуляторы ускоряют или стимулируют центральную нервную систему и позволяют человеку чувствовать себя более бодрым, бдительным или уверенным. Увеличивается частота сердечных сокращений, повышаются температура тела и артериальное давление. Другие физические эффекты включают снижение аппетита, расширение зрачков, разговорчивость, возбужденность и нарушение сна.

Более высокие дозы стимуляторов вызывают тревогу, пани-

ку, судороги, головные боли, желудочные колики, агрессию и паранойю. Они также могут вызвать проблемы с сердцем, такие, как аритмия.

2.9.2. Признаки отмены:

- выраженная усталость,
- слабость,
- повышенная утомляемость,
- чрезмерная сонливость днем и бессонница по ночам,
- снижение артериального давления,
- астения,
- депрессия, идеи самообвинения,
- попытки суицида, некоторые, напротив, становятся очень раздражительными, агрессивными, озлобленными, часто впадают в истерику.

2.9.3. Последствия и риски употребления стимуляторов во время беременности для матери и плода:

Самопроизвольный аборт, гиперактивность плода, пороки развития (пороки сердца, атрезия желчных путей), угнетение интрактивных поведенческих реакций, аномалии мочевых путей, симметричная задержка развития, преждевременная отслойка плаценты, инфаркт и другие поражения головного мозга, внутриутробная гибель плода, некротический энтероколит у новорожденного. (2,3,5)

3. Принципы организации медицинской помощи беременным женщинам употребляющих ПАВ

3.1. Антенатальный уход

3.1.1. Вовлечение пациентов

При первом же визите беременной в ПМСП, а также в случаях обращения в службы неотложной помощи, или, когда беременная впервые обратилась в медицинское учреждение уже в родах – НЕОБХОДИМО вовлечение беременной женщины и ее семьи в систему ухода за беременными.

Цель вовлечения: Преодолеть страх осуждения, снизить стресс и мотивировать беременную женщину на долгосрочное взаимодействие со специалистом с целью получения качественных комплексных услуг по ведению беременности.

Успех вовлечения будет зависеть от качества отношений, установленных с женщиной теми медицинскими работниками, с которыми она общалась.

Вовлечение является одной из предпосылок для предоставления услуг. Неспособность заинтересовать пациентку может привести к тому, что эта женщина будет потеряна для последующего наблюдения, и не совсем оптимальным результатам для женщины и ее новорожденного ребенка. (2,3)

Для вовлечения уязвимых групп в систему ухода медицинские работники должны обладать специальными навыками

Навыки вовлечения включают:

1. Доброжелательное, без осуждения отношение к пациенткам.
2. Знание того, что потребление наркотиков и алкоголя нельзя рассматривать отдельно от других психосоциальных и культурных факторов.
3. Готовность оказывать оптимальную и своевременную медицинскую помощь любому человеку.
4. Понимание того, что зависимость от психоактивных веществ является медицинской проблемой, и не является поводом для морального, социального или иного осуждения.
5. Способность создавать атмосферу, в которой пациентки будут чувствовать себя в безопасности, и, которая обеспечивает соблюдение конфиденциальности и невмешательства в личную жизнь.
6. Понимание потенциальных барьеров для женщин, принимающих услуги по уходу во время беременности, и стратегий для их преодоления.
7. Признание чувств и ощущений женщин.
8. Понимание того, что беременным женщинам может быть трудно признаться в том, что они потребляют наркотики и алкоголь во время беременности.
9. Понимание важности формирования и поддержания прочных

и доверительных профессиональных отношений с женщинами, имеющими проблемы с алкоголем и наркотиками.

10. Понимание того, что женщины, имеющие проблемы с алкоголем и наркотиками, зачастую имеют различные сопутствующие проблемы, как медицинского характера, так и психосоциального.

11. Понимание среды, в которой находится женщина, выходя за пределы кабинета специалиста, что это женщины часто имеющие:

- социальную депривацию (лишения),
- серьезные психические заболевания (изменения),
- тяжелую психологическую травму,
- подверженность инфицированию: местным и системным инфекциям, в том числе ИППП и ВИЧ,
- серьезные физические заболевания, в том числе тромбоэмболические проблемы,
- опыт параллельного потребления нескольких психоактивных веществ,
- разрушенные (или разрушающиеся) семейные связи,
- недоедание,
- проблемы с правосудием,
- занятие проституцией,
- неоднократно подвергающиеся жестокому обращению, физическому, сексуальному и психологическому насилию,
- зачастую бедные, маргинализированные и бездомные.

3.1.2. Общий скрининг на потребление алкоголя и других ПАВ и краткосрочные вмешательства

Общий скрининг беременных на предмет употребления алкоголя и ПАВ предназначен для выявления необходимости обсуждения с женщиной степени риска употребления алкоголя и ПАВ в период беременности.

Вопросы для скрининга:

- Потребляли/потребляете ли Вы лекарственные препараты, выписанные врачом (снотворно – седативные, метадон)?
- Потребляли/потребляете ли Вы лекарственные препараты, не по назначению врача (снотворно – седативные, метадон)?

- Какие ПАВ вы употребляете (табак, алкоголь, гашиш, спайсы, экстази, клей, краска)?

Всех беременных женщин необходимо спрашивать об их текущем и предыдущем опыте потребления наркотиков и алкоголя еще при первичном осмотре (в момент подтверждения беременности, при первом назначенном посещении врача, при первом посещении женской консультации). Такой скрининг необходимо повторять в ходе периодических осмотров. (1)

Рекомендация: «Сильная».

Качество доказательности: Низкая.

В ходе беседы с женщиной медицинские работники должны избегать высказываний, которые могут быть расценены, как осуждающие (например, «наркоманка» или «пьяница»), поскольку это может помешать формированию доверительных и открытых отношений, очень важных для получения точной истории болезни и для удержания женщины в системе непрерывного ухода. (2,3)

Уровень источника данных: Консенсус.

Если врач получает информацию об опыте употребления ПАВ, необходимо проводить краткосрочные вмешательства согласно потребностям каждого пациента

Краткосрочное вмешательство - представляет собой беседу с пациентом, в которой представляется информация об употреблении пациентом психоактивных веществ, с намерением помочь ему измениться (прекратить употребление или уменьшить его). (7)

Краткосрочное вмешательство не занимает больше 10 мин времени медицинского работника, однако, учитывая последствия, связанные с воздействием алкоголя и ПАВ на женщину и плод, затраченное время оправдывает ожидания.

Краткосрочное вмешательство часто можно провести в обычном кабинете без значительных затрат времени.

Краткосрочно вмешательство это беседа, в которой следует:

1. Указать негативные последствия употребления ПАВ/наркотиков в не осуждающей, а поддерживающей манере. Это касается физического и эмоционального здоровья пациента, а также его жизни дома и состояния дел на работе.
2. Выразить озабоченность по поводу того, что при таком положении дел женщины могут развиваться серьезные проблемы.
3. Дать определенные рекомендации по снижению дозы или прекращению употребления ПАВ.
4. Предоставить информационные материалы, если таковые имеются.

Краткосрочные вмешательства с женщинами, которые употребляли алкоголь во время беременности, снижают употребление при следующей беременности и улучшают показатели ребенка. (2)

Рекомендация: «Сильная».

Качество доказательности: Низкая.

Медицинские работники должны предложить краткосрочное вмешательство для всех беременных женщин, употребляющих алкоголь или наркотики. (1)

Рекомендация: «Сильная».

Качество доказательности: Низкая.

Врачи гинекологи первичного звена могут сыграть ключевую роль в направлении женщин, употребляющих алкоголь и ПАВ, на лечение и в изменении ее поведения, при котором в свою очередь значительно снижаются риски для женщины, плода и ребенка!

В Приложении 6 приводятся примеры, который может использовать медицинский работник первичного звена здравоохранения в ходе беседы, с беременной женщиной, употребляющей алкоголь и ПАВ.

Скрининг на алкоголь и краткосрочные вмешательства

Всех беременных женщин следует опросить, чтобы выяснить уровень потребления алкоголя. Проведение скрининга на потребление алкоголя в плановый дородовой осмотр может существенно повысить уровень выявляемости пациенток, злоупотребляющих алкоголем.

T-ACE и TWEAK являются проверенными и надежными инструментами, разработанными для использования при работе с беременными женщинами. (2,3,6) (Приложение 5)

Скрининговое исследование не направлено на постановку диагноза (алкоголизма), а предназначено для выявления необходимости обсуждения с женщиной степени риска употребления алкоголя в период беременности.

Отношения, установленные между беременной женщиной и медицинским работником, могут повлиять на готовность женщины рассказать о потреблении алкоголя, поэтому медицинские работники должны общаться с пациентом деликатно и сочувственно, чтобы получить необходимую информацию. (1,2,3)

Краткосрочное вмешательство медработника уменьшает употребление алкоголя пациентками и существенно снижает риск ФАС. Отмечено, что даже 5-ти минутное вмешательство (совет медработника) по поводу употребления алкоголя оказывает не менее эффективное действие, чем длительная беседа. (6)

Проводя краткосрочное вмешательство по поводу употребления алкоголя женщиной, медработник может предотвратить необратимые врожденные нарушения и инвалидность ребенка. (6)

Примерные вопросы-ответы о последствиях употребления алкоголя приведены в Приложении 6.

Скрининг на табак и краткосрочные вмешательства

При первом обследовании в женской консультации всех беременных женщин необходимо опросить о том, курят ли они, чтобы выявить тех, кто нуждается в дальнейшей помощи, чтобы бросить курить.
(1,2,3)

Уровень источника данных: I

Медицинские работники должны в обязательном порядке предлагать всем беременным женщинам, потребляющим табак или недавно отказавшимся от этой привычки, помощь в форме консультаций и психосоциальных вмешательств, направленных на отказ от табака.
(1,4)

Сила рекомендации: Сильная.

Качество доказательств: Среднее.

Рекомендуется тактика кратковременных мероприятий, направленных на отказ от курения, известная под названием «5 А».
(2,3,4)

1. СПРАШИВАЙТЕ (ASK) всех женщин

- «Вы курите табак?» Если ответ «нет», спросите: «Вы когда-нибудь курили табак?»
- Зафиксируйте статус курения.

Уровень источников данных: I

2. СОВЕТУЙТЕ (ADVISE)

- ВСЕМ курильщикам следует в доступной форме и без конфронтации порекомендовать бросить курить (например, «Лучшее, что Вы можете сделать для своего здоровья – это бросить курить»).

Уровень источников данных: I

3. ОЦЕНИВАЙТЕ (ASSESS)

- У всех курильщиков оценивайте стадию изменений: «Как Вы сейчас относитесь к своему курению?» и «Готовы ли Вы сейчас бросить курить?»

- Зафиксируйте стадию изменений. Оцените никотиновую зависимость.

4. ПОМОГАЙТЕ (ASSIST)

Предоставляемая помощь зависит от готовности бросить курить.

Уровень источников данных: Консенсус

- ПОМОГАЙТЕ (Тому, кто не готов):

- Обсудите преимущества отказа от курения и риск, сопряженный с его продолжением.
- Предоставьте информацию о том, что не нужно заставлять окружающих пассивно курить.
- Скажите, что когда они будут готовы, им будет предоставлена помощь.

- ПОМОГАЙТЕ (Неуверенным):

- Проведите мотивационное интервью: «Что Вам нравится и что не нравится в Вашем курении?»
- Разузнайте об их сомнениях.
- Разузнайте, что им мешает бросить курить.

-ПОМОГАЙТЕ (Готовым):

- Вдохновляйте и приободряйте.
- Предоставьте материалы о том, как бросить курить и обсудите план соответствующих действий.
- Направляйте курильщиков с никотиновой зависимостью к врачу для обсуждения медикаментозного лечения.
- Обсудите профилактику рецидивов.
- Предложите направление к другим имеющимся службам, предлагающим научно-обоснованную поддержку в прекращении курения.

- ПОМОГАЙТЕ (Недавно бросившим):

- Поздравляйте.
- Обсудите профилактику рецидивов.
- Вновь рассмотрите и подкрепите преимущества отказа от курения.
- Предложите печатные материалы.

5. ОРГАНИЗИРУЙТЕ (ARRANGE) последующее наблюдение

- Для женщин, которые пытаются бросить курить, организуйте, если возможно, посещения для последующего наблюдения.
- Уровень источников данных: Консенсус

Во время этих посещений:

- Поздравляйте и укрепляйте уверенность в решении.
- Обсуждайте прогресс и проблемы.
- Приободряйте в плане продолжения полного курса медикаментозного лечения (если таковое используется).
- Обсуждайте профилактику рецидивов.
- Рекомендуйте пользоваться услугами по поддержке.

В условиях антенатального/дородового наблюдения/(женской консультации) также есть возможность продолжать работу с «неуверенными» женщинами, а также с теми, кто «не готов», чтобы помочь им перейти от готовности отказаться от курения собственно к отказу.

Последующие посещения своего врача в течение шести или более месяцев значительно повышает число бросивших курить.

Уровень источников данных: I

Услуги консультирования по телефону эффективно помогают тем, кто готов бросить. Постоянная поддержка в телефонном режиме на протяжении 12 недель более эффективна, чем такая разовая консультация.

Уровень источников данных: 1 (9).

Скрининг на опиоиды и другие нелегальные ПАВ и краткосрочные вмешательства

В рамках доверительных профессиональных отношений более надежным является личное сообщение пациенток о том, что они потребляют наркотики.

Женщинам, имеющим проблемы с венами, можно рекомендовать скрининг крови на ВИЧ экспресс-тестами по слюне или

капле крови, направив ее в НПО или ПОШ/РЦН, при отсутствии возможности протестировать их экспресс-тестами в учреждения ПМСП, куда обратилась женщина. (Приложение 2)

Женщин с опиоидной зависимостью необходимо информировать о последствиях употребления опиоидов, особенно внутривенным путем, как для здоровья матери и для будущего ребенка, о стратегиях снижения вреда при внутривенном употреблении наркотиков. Дайте информацию о пунктах ПОШ и ОЗТ в стране. (Приложение 2)

Скрининг на каннабис и краткосрочные вмешательства

Матерям следует рассказать о том, что регулярное внутривенное воздействие конопли может повлиять на поведение новорожденного в первые недели его жизни.

Уровень источников данных: Консенсус

3.1.3. Психосоциальные вмешательства

Медицинские работники, которые ведут женщин с расстройствами вызванными употреблением алкоголя и других веществ, должны предложить комплексную оценку и план индивидуального ухода. (1)

Индивидуальный уход включает в себя услуги на основе потребностей беременной женщины с учетом имеющихся ресурсов. (1)

Виды социальной поддержки, включают в себя помощь с жильем, профессиональное обучение, воспитание детей, обучение, обучение жизненным навыкам, юридические консультации, посещение на дому и просветительская деятельность.

Виды конкретных психологических методик, включают когнитивно-поведенческую терапию, управление в кризисных ситуациях и мотивационное интервьюирование. (1,2,3)

Данные вмешательства проводятся в специализированных учреждениях (РЦН) или обученными специалистами в ПМСП, НПО.

При обнаружении следующих состояний гинеколог, акушер срочно должен связаться с психиатром и наркологом, и направить

женщину для специализированной помощи:

- сочетанное употребление нескольких ПАВ, или алкоголя с другими наркотиками;
- возбуждение и депрессии;
- психоз (включая мании и галлюцинации);
- мысли о самоубийстве или планы нанесения себе вреда;
- опасные мысли, планы или поведение, направленные против плода, новорожденного или другого человека.

Если такое срочное направление не представляется возможным (например, при работе в отдаленных районах), попробуйте получить консультацию в специализированной психиатрической службе по телефону.

Обеспечьте безопасные условия для женщины в ожидании консультации. С пациенткой может постоянно находиться сотрудник или близкие для обеспечения ее собственной безопасности, а также безопасности плода или новорожденного.(2,3)

3.1.4. Текущая оценка и планирование лечения при каждом визите беременной женщины

Общие принципы дородового ведения женщин, употребляющих ПАВ, не отличаются от стандартных рекомендаций КР по ведению физиологической беременности: частота посещений, объем обследования, методы родоразрешения. (9)

Однако по мере развития беременности следует проверять следующие моменты при каждом визите женщины к врачу:

- выполнение рекомендаций врача и консультантов;
- потребление наркотиков, алкоголя и табака;
- потребление наркотиков, алкоголя и табака партнером или другими людьми, проживающими в одном доме с пациенткой;
- социально-экономические условия и психосоциальные проблемы (бедность, бездомность, домашнее насилие);
- психическое здоровье;
- симптомы отмены и дозировка при приеме пациенткой метадона.

3.1.5. Доступ к лечению

Алкоголь

При первом же консультировании зависимых от алкоголя беременных женщин, медицинские работники должны им предложить прекратить употребление алкоголя, наркотиков и пройти детоксикацию в специализированных ОЗ. (1)

Сила рекомендаций: Сильная.

Качество доказательности: Низкая.

Учитывая, что безопасность и эффективность лекарственных препаратов для лечения алкогольной зависимости при беременности не была установлена, индивидуальный анализ выгод и рисков должен проводиться для каждой женщины.

Женщины, испытывающие абстинентный алкогольный синдром, должны получить медикаментозную поддержку, детоксикацию по возможности в стационарных условиях. Синдром отмены алкоголя может осложниться серьезным и даже опасным для жизни состоянием, вызывая судороги и делирий.

При этом учитывая тяжесть синдрома отмены алкоголя возможно использование бензодиазепинов, для предотвращения судорог и делирия. Отсутствуют доказательства, подтверждающие вредное воздействие краткосрочного использования бензодиазепинов. (1)

Сила рекомендаций: Сильная

Качество доказательств: Низкая.

Лечение синдрома отмены алкоголя, как правило, также включает в себя введение тиамина, а также терапевтические решения, такие как краткие вмешательства, когнитивно-поведенческая терапия и групповые занятия. (1)

Каннабис

Если беременная женщина идентифицирует себя как регулярный потребитель каннабиса, ей следует предложить целый ряд мероприятий, чтобы помочь бросить, в том числе, информацию,

кратковременное вмешательство, консультирование, которое можно проводить семейному врачу и направить на лечение зависимости от гашиша к наркологу Комментарий: первоочередным в ведении беременной женщины, потребляющей каннабис, является консультирование. Имеются данные о психических расстройствах, связанных с этой зависимостью.

Уровень источников данных: II (2,3)

Бензодиазепины

В идеале, рекомендованное ведение беременных женщин с зависимостью от бензодиазепинов (диазепам) заключается в постепенном снижении дозы, с тем, чтобы ко времени родов не принимать никаких препаратов.

Это идеальная цель лечения, однако, клиницисты должны работать индивидуально с каждой женщиной, чтобы ставить им достижимые цели.

Уровень источников данных: Консенсус. (2,3)

Стимуляторы

Фармакотерапия не рекомендуется для рутинного лечения зависимости у беременных от стимуляторов амфетаминового ряда, каннабиса, кокаина.

Для беременных пациентов, которые используют стимуляторы амфетаминового ряда, кокаин и летучие вещества, фокус лечения должен быть сосредоточен на психосоциальных компонентах. (1)

Опиоиды

Беременную женщину, желающую отмены героина в качестве вмешательства во время беременности (т.е. детоксикации под контролем), следует проинформировать о ее рисках и пользе, в том числе о рисках для плода (повышении риска смерти новорожденного и рождения ребенка с низкой массой тела для гестационного возраста) и о высоком риске рецидива.

В первую очередь следует предложить поддерживающую метадонную терапию. Если женщина все еще отказывается от под-

держивающей метадоновой терапии, тогда риски отмены под наблюдением могут быть уменьшены при следующих условиях:

- только во втором триместре, то есть между 14-32-й неделями. В этот период следует постоянно обсуждать пользу поддерживающей метадоновой терапии.

Уровень источников данных: Консенсус (1,2,3)

Если беременная женщина отказывается от поддерживающей терапии метадон, то ей можно предложить детоксикацию в стационарах наркологического профиля.

При этом необходимо информировать женщину о том, что:

- После детоксикации имеется высокая вероятность возврата к употреблению наркотиков;
- Симптомы отмены могут отрицательно повлиять на плод;
- Препараты, назначаемые для купирования отмены, могут иметь отрицательное воздействие на плод;
- Детоксикацию желательно проводить во втором триместре беременности.

Врачу гинекологу необходимо связаться с персоналом наркологической службы и направить женщину непосредственно адресно к врачу наркологу, с кем имеется договоренность. Желательно рекомендовать сопровождение женщины членами семьи или привлечь представителей НПО с ее информированного согласия. (Приложение 2)

Преимущества поддерживающей терапии метадон (5,7):

- Позволяет избежать вредного воздействия примесей, содержащихся в героине и других опиоидах на плод.
- Метадон не вызывает пороков развития плода.
- Прием известной дозы на регулярной основе.
- Полностью купирует симптомы отмены, которые на ранних сроках беременности могут привести к выкидышу, а на поздних — к внутриутробной задержке развития плода и мертворождению.
- Снижение риска преждевременных родов.

- Снижение риска внутриутробной задержки развития.
- Повышение регулярности дородового наблюдения.
- Снижение рисков заражения ВИЧ, ВГ.

Метадон — препарат длительного действия, который при назначении в адекватных дозах обеспечивает относительно благоприятные условия для развития плода. У беременных лечение метадоном необходимо начинать как можно раньше. Начало лечения в I триместре беременности оптимально как для матери, так и для ребенка, и коррелирует с большей массой тела новорожденного.

Оптимальными для купирования симптомов отмены и подавления тяги к наркотикам считаются дозировки выше 60 мг. Назначение низких дозировок приводят к срывам и рецидивам, т.е. к возврату употребления героина, параллельному нелегальному употреблению других ПАВ, таких как димедрол, бензодиазепины, алкоголь и тд.

При приеме низких дозировок метадона женщина и, соответственно, плод будут испытывать симптомы отмены. (5,7)

Поддерживающая терапия метадоном оказывает минимальное долгосрочное воздействие на развитие ребенка по сравнению с риском употребления героина матерью и обусловленного этим вреда. (14)

Алгоритм организации помощи женщинам с опиоидной зависимостью в КР

ШАГ 1

Принципы

- Беременные женщины с опиоидной зависимостью не должны испытывать препятствия по приписке к ГСВ и постановке на учет
- Всем беременным женщинам с опиоидной зависимостью необходимо предлагать поддерживающее лечение метадонном независимо от срока беременности. Чем раньше женщина будет подключена к терапии метадонном, тем меньше рисков для нее самой и плода.
- При возможности с первых дней наблюдения и при согласии женщины привлекать НПО, чтобы удерживать женщину в дородовом наблюдении и оказания психосоциальной помощи

ШАГ 2

Женщина проявляет желание начать поддерживающую терапию метадонном?

ДА

- Объясните все выгоды терапии метадонном.
- Выдайте на руки женщине адреса близ расположенных пунктов ОЗТ
- Свяжитесь по возможности с представителями НПО для сопровождения женщины
- По возможности свяжитесь по телефону с врачом пункта ОЗТ и обговорите данную ситуацию
- Поддерживайте обратную связь с женщиной

НЕТ

- Предложите пройти детоксикацию в условиях стационара наркологического профиля
- Объясните все риски для женщины и плода при проведении детоксикации
- Дайте информацию о пунктах обмена шприцев, и пунктах ОЗТ
- По возможности свяжитесь с представителями НПО, чтобы «не потерять» женщину
- Поощряйте женщину к повторным посещениям

Женщина получает поддерживающую терапию метадонем?

ДА

НЕТ

- Рекомендуйте принимать ОЗТ по крайней мере в течение всего периода беременности
- Рекомендуйте принимать дозировки метадона выше среднетерапевтических (60 мг)
- Второй и третий семестры: в большинстве случаев возникает потребность в повышении доз метадона по причине ускорения метаболизма и повышения объема циркуляции крови
- Потребность в увеличении дозы метадона может возникнуть и при приеме женщиной АРТ
- Информируйте женщину о неблагоприятных последствиях при параллельном приеме нелегальных ПАВ (димедрол, сомнол, диазепины, алкоголь, табак, итд)
- Подключайте к ведению женщин представителей неправительственного сектора работающих с уязвимыми группами

Поощряйте женщину к изменению поведения, оказывайте сочувствие и поддержку!

Помните! Поддерживающая терапия метадонем считается стандартом лечения беременных женщин с опиоидной зависимостью

3.2. Схватки и родоразрешение

Ведение родов у женщин, употребляющих наркотики, не имеет значительных особенностей. Однако, при необходимости оперативного родоразрешения (рубец на матке и т.д.) в группе женщин, имеющих комплексные проблемы с алкоголем или наркотиками, необходима дородовая госпитализация с целью стабилизации состояния беременной до кесарева сечения.

Уровень источника данных: Консенсус

Ранняя госпитализация позволяет снизить вероятность того,

что женщина будет самостоятельно принимать лекарственные препараты во время схваток дома и облегчает контроль над потреблением ею психоактивных веществ. (2,3)

Большинство женщин, потребляющих опиоиды, входят в роды достаточно быстро, и роды проходят нормально, а переносная беременность встречается достаточно редко. Преждевременные роды отмечаются несколько чаще. Если женщина входит в роды в состоянии опиоидной интоксикации, не следует проводить детоксикацию, для выведения пациентки из состояния интоксикации, это может привести к дистрессу плода. Кроме того, если дистресс плода вызывает сама опиоидная интоксикация, следует придерживаться выжидательной тактики, когда, по мере уменьшения интоксикации состояние в/у плода может нормализоваться самостоятельно, по мере выведения из организма опиоидов (2,3).

3.2.1. Мониторинг развития плода

Существует повышенный риск задержки внутриутробного развития плода (ЗВУР) у женщин, потребляющих наркотики и алкоголь. Стандартная оценка путем измерения высоты стояния дна матки в сантиметрах является точным методом для измерения развития плода - гравидограмма. В случае развития признаков ЗВУР тактика ведения не отличается ведения данной патологии в других группах беременных.

Уровень источника данных: Консенсус (2,3)

3.2.2. Алгоритм действий при поступлении женщин в роды в состоянии отмены от опиоидов

Женщина в период схваток испытывает синдром отмены
--

ШАГ 1

Провести оценку синдрома зависимости (Приложение1), включая историю

потребления наркотиков и физические признаки и симптомы синдрома отмены с описанием в медицинской карте

Пример диагноза: Беременность 40 недель. Синдром зависимости от опиоидов F11.2. Состояние отмены F 11.3

Спросить у женщины участвует ли она в программе поддерживающей терапии?

ДА

- Получается информированное согласие женщины и решается вопрос о назначении ей метадона
- Необходимо как можно быстрее связаться с врачом близрасположенных центров ОЗТ и пригласить его на консультацию
- После подтверждения диагноза Синдром зависимости от опиоидов и определения соответствия критериев, врач ОЗТ назначает женщине метадон в дозировках 20-40 мг, согласно рекомендациям Клинического протокола. В большинстве случаев этой дозировки бывает достаточно для купирования синдрома отмены максимум после 1-2х часов после приема в течение 24-х часов.
- После родоразрешения необходим контроль за женщиной врачом наркологом до момента выписки
- При выписке женщине рекомендуется обратиться в ближайший пункт ОЗТ для решения вопроса о дальнейшем употреблении

НЕТ

- Врачу акушеру связаться с пунктом выдачи метадона, где женщина принимала метадон и сообщить о том, что женщину поместили в стационар.
- Подтвердить личность женщины (ФИО, дата рождения, итд)
- Наблюдать за симптомами синдрома отмены или передозировки.
- Перед выдачей очередной дозы препарата исключить недавнее потребление опиоидов, изучив историю их недавнего потребления
- Пункт, где пила метадон данная женщина обеспечивает ее раствором метадона
- Метадон доставляется в родовспомогательное учреждение согласно принятым в стране нормативным документам по акту приема передачи раствора метадона, и хранится в родовспомогательном учреждении согласно Правилам хранения наркотических веществ принятых законодательством КР
- Дозировки метадона во время

блении метадона.

- Метадон доставляется в родовспомогательное учреждение согласно принятым в стране нормативным документам по акту приема передачи раствора метадона, и хранится в родовспомогательном учреждении согласно Правилам хранения наркотических веществ принятых законодательством КР.

родов нельзя снижать, а при объективных и субъективных признаках отмены, рекомендуется повышать

3.2.3. Обезболивание в родах

Часто высказываются опасения относительно сложности проведения обезболивания родов у женщин, потребляющих опиаты, но проблемы здесь встречаются редко. Решением может стать эпидуральная анестезия, но она может не понадобиться в случаях быстрых/стремительных родов. Можно использовать другие типы анальгетиков либо стандартные опиатные обезболиватели, но в увеличенных дозах, хотя в большинстве случаев достаточно стандартной дозы опиоидной анальгезии. Таким образом, обезболивание во время родов проводится в обычном порядке, и доза опиоидных анальгетиков повторяется по необходимости.

Если эпидуральная анестезия с применением опиоидов оказывается неэффективной, возможно, следует скорректировать дозу местной анестезии. Кроме того, на практике проблемы с обезболиванием в родах встречаются редко.

Метадон не следует рассматривать в качестве заместителя обычной анальгезии, т.к. препарат не справляется с обезболиванием в родах. Важно!!! Во время родов следует обеспечить прием метадона, даже если используются опиоидные анальгетики (10,11).

Если пациентки потребляют психостимуляторы (или если есть такие подозрения), им не следует назначать кетамин из-за возможности катехоламиновой реакции (повышения давления или развития тахикардии).

Уровень источника данных: IV (1,2,3)

Продолжительное потребление психостимуляторов может привести к сердечно сосудистым и церебрально-васкулярным осложнениям, которые могут быть еще больше усилены применением обезболивающих препаратов (2,3).

3.3. Послеродовой уход

3.3.1. Определение времени выписки

Ранняя выписка не всегда оправдана для наркозависимых женщин. Пациентки, имеющие зависимость от опиоидов или седативных средств, должны быть готовы к тому, что им придется задержаться в больнице на пять или более дней, чтобы врачи смогли провести оценку абстинентного синдрома новорожденного.

Уровень источника данных: Консенсус(2,3)

3.4. Грудное вскармливание

Следует рекомендовать наркозависимым матерям вскармливать детей грудью, оказывая им надлежащую поддержку при соблюдении необходимых предосторожностей. Кроме того, сегодня уже общепризнано, что контакт с кожей ребенка очень важен независимо от метода вскармливания, и матерей необходимо активно поощрять к этому, особенно если они полностью осознают потребности ребенка и способны реагировать на них. (1)

Рекомендуя наркозависимым женщинам кормить детей грудью, следует учесть индивидуальные обстоятельства каждой женщины и пользу грудного вскармливания, о чем ее необходимо проинформировать.

Уровень источника данных: Консенсус (2,3)

Существует очень немного данных о воздействии большинства наркотических веществ, как лекарственных, так и незаконных,

на младенца вовремя грудного вскармливания. Необходимы дополнительные данные.

Грудное вскармливание (при отсутствии ВИЧ инфекции) помогает решить ряд вопросов психо-эмоционального и социального характера для женщины, потребляющей ПАВ:

- Снижает угрозу внезапной смерти новорожденного.
- Увеличивает/усиливает привязанность матери к ребенку, их взаимный контакт, что способствует мотивации женщины поддерживать соответствующий образ жизни.
- Может помочь смягчить симптомы неонатального абстинентного синдрома.

3.4.1. Кормление грудью и табак

Минимальные количества никотина проникают в грудное молоко и абсорбция никотина в пищеварительном тракте младенца также минимальна, однако курение табака при грудном вскармливании может иметь другие вредные эффекты, косвенно воздействующие на младенца. Женщин следует проинформировать о том, что:

- выработка молока у курящих матерей может сократиться на 250 мл в день;
- курящие матери реже начинают грудное вскармливание, чем некурящие;
- курящие матери обычно раньше прекращают грудное вскармливание.

Уровень источника данных: Консенсус по данным Британской медицинской ассоциации, 2004(2,3,4) .

Эту информацию необходимо сообщить женщинам при обсуждении значительной пользы грудного вскармливания для ребенка и матери. На способность женщины к грудному вскармливанию могут повлиять и другие психосоциальные факторы, поэтому важно помочь женщине определить и преодолеть их.

3.4.2. Грудное вскармливание и алкоголь

Кормящим матерям рекомендуется вообще отказаться от алкоголя (1,2,3,6)

Если кормящая мать все же продолжает употреблять алкоголь, она должна покормить ребенка до употребления алкоголя, после чего должно пройти как минимум три – четыре часа до следующего кормления. В случае, если потребление алкоголя женщиной превышает допустимый уровень, она должна выдержать примерно три часа после употребления, прежде чем снова кормить ребенка грудью. До употребления алкоголя можно сцедить грудное молоко для последующего кормления.

Комментарий: Метаболизм алкоголя зависит от индивидуальных особенностей организма, таких как вес и функция печени, что затрудняет конкретные рекомендации о времени, необходимом для того, чтобы уровень алкоголя в крови матери вернулся к нулевому показателю. Алкоголь не задерживается в грудном молоке, но всасывается в систему кровообращения матери с постепенным снижением уровня. По истечении некоторого времени необходимость сцеживать и хранить молоко может отпасть, если она подождет до тех пор, пока уровень алкоголя в крови не опустится до нуля, после чего она снова может кормить ребенка. Хотя на данный момент имеется крайне мало исследовательских данных о воздействии алкоголя на младенца, отчеты некоторых исследований указывают на то, что даже невысокие уровни алкоголя могут снизить выработку молока и привести к недокормленности, раздражительности и нарушениям сна у ребенка. (2,3,6)

3.4.3. Грудное вскармливание и опиоиды

Кормление грудью и / или грудного молока может уменьшить частоту и / или тяжесть синдрома абстиненции у новорожденных (5,11).

Матерей, у которых наблюдается стабильное состояние в программах метадоновой терапии, следует поддерживать, если они решат кормить ребенка грудью.

Уровень источника данных: Консенсус (2,3)

Комментарий: Женщинам, у которых сохраняется стабильное состояние в программах метадоновой терапии, но которые от случая к случаю потребляют героин, следует рекомендовать сцеживать

грудное молоко и после этого не давать ребенку грудь в течение 24 часов, после чего можно возобновить грудное вскармливание. Это не причина для того, чтобы вообще отказаться от грудного вскармливания. Мать должна подумать о «безопасном плане» для ребенка для таких случаев. Можно заранее сцедить и сохранить грудное молоко, или приготовить молочную смесь и попросить ответственного взрослого человека позаботиться о ребенке в таком случае.

Матерям с нестабильным поведением, которые продолжают потреблять опиоиды короткого действия, такие как героин, или другие наркотики, следует рекомендовать не кормить ребенка грудью. Необходимо также уделить им внимание и помочь изменить образ жизни.

Уровень источника данных: Консенсус (1,2,3)

3.4.4. Грудное вскармливание и бензодиазепины

Если мать принимает бензодиазепины, необходимо взвесить потенциальные риски и пользу грудного вскармливания. Если женщина, принимающая бензодиазепины, собирается кормить ребенка грудью, ей следует сообщить, что она не должна резко прекращать прием бензодиазепинов – ей необходимо постепенно сокращать их прием под наблюдением, если она хочет полностью отказаться от этих препаратов.

Женщинам, употребляющим бензодиазепины короткого действия, следует рекомендовать не кормить ребенка грудью сразу же после приема дозы препарата из-за двойного риска в связи с тем, что она может уснуть и травмировать ребенка во сне и что ребенок может получить максимальную дозу с молоком и станет излишне сонливым. Если мать кормит ребенка грудью, пребывая в сонном состоянии, она должна сесть в кресло, найти устойчивое положение (не лежать), обеспечить надежную поддержку для ребенка.

Комментарий: Неизвестно, насколько безопасны бензодиазепины в грудном молоке. В идеале, беременные женщины должны постепенно сокращать их прием под наблюдением и не принимать эти препараты во время грудного вскармливания ребенка.

Уровень источника данных: Консенсус (2,3).

3.4.5. Грудное вскармливание и психостимуляторы

Если мать принимает психостимуляторы, необходимо взвесить потенциальные риски и пользу грудного вскармливания. Женщине, которая пожелает кормить ребенка грудью, следует оказать поддержку, однако если она употребляет психостимуляторы постоянно и ее состояние нестабильно, следует порекомендовать ей отказаться от грудного вскармливания. Кормящим матерям, употребляющим психостимуляторы редко или периодически, необходимо:

- сообщить о потенциальных рисках;
- рассказать о том, как можно избежать вредного воздействия препаратов на ребенка, а именно посоветовать сцеживать и выливать грудное молоко после употребления психостимуляторов (то есть, не просто сделать перерыв в грудном вскармливании);
- подготовить вспомогательный план кормления для таких ситуаций;
- рекомендовать не кормить ребенка грудью в течение 24 часов после употребления амфетаминов, экстази или кокаина.

Хотя действие кокаина продолжается меньше, чем действие амфетаминов, незаконный наркотик может быть смешан с другими неизвестными веществами – именно поэтому рекомендуется сделать перерыв в грудном вскармливании на 24 часа.

Уровень источника данных: Консенсус(2,3).

3.4.6. Грудное вскармливание и каннабис

Необходимо взвесить потенциальные риски и пользу грудного вскармливания. В данный момент не существует достаточных данных, позволяющих сделать основанные на проверенных фактах рекомендации относительно грудного вскармливания при потреблении каннабиса. Есть данные о том, что каннабиноиды проникают в грудное молоко, однако их воздействие на организм ребенка неизвестно.

Каннабис – наркотик длительного действия, поэтому рекомендации потреблять этот наркотик после кормления грудью (как в случае с алкоголем) не представляются полезными. Сегодня женщины получают разные рекомендации – от поддержки решения кор-

мать ребенка грудью до советов этого не делать.

Интенсивное потребление каннабиса может нести в себе более высокий риск передачи этого наркотического вещества с грудным молоком, хотя это достоверно неизвестно.

Уровень источника данных: Консенсус (2,3).

4. Планирование семьи

ОЧЕНЬ ВАЖНО в антенатальный период, т.е. еще до родов необходимо обсудить с женщиной ее планы в отношении последующих беременностей и проинформировать о всех подходящих методах контрацепции. После родов важно, учитывая ее экономический статус, предоставить подходящий контрацептив. Так же немаловажный фактор - отношение партнера к контрацепции и сложившиеся в паре практики. Об этом необходимо поговорить с женщиной и при необходимости консультировать и партнера.

Хотя многие беременности у женщин, потребляющих ПАВ, не запланированные, в большинстве случаев их нельзя назвать нежелательными. Важно, тем не менее, чтобы любая будущая беременность была запланированной. Если женщина не в состоянии заботиться о новорожденном, дальнейшие беременности следует отложить до более благоприятного момента. Если родильница может заботиться о только что родившемся ребенке, последующая незапланированная беременность может затруднить ее возможность продолжать заботиться о первом младенце. Важно поэтому ещё до выписки из родильного отделения предоставить женщинам эффективные средства контрацепции (2,3).

Представленные в этом разделе рекомендации по методам контрацепции основаны на данных, детально изложенных в справочнике ВОЗ по критериям приемлемости использования контрацептивов и практическим рекомендациям (см.табл).

Медицинские критерии допустимости применения методов контрацепции (ВОЗ)

Таблица 1

I	Состояние, при котором нет никаких противопоказаний к использованию данного метода контрацепции.
II	Состояние, при котором ожидаемая польза от применения данного метода контрацепции в целом превосходит теоретические или доказанные риски.
III	Состояние, при котором теоретические или доказанные риски в целом превосходят ожидаемую пользу от применения данного метода контрацепции.
IV	Состояние, при котором использование данного метода контрацепции абсолютно противопоказано.

Кроме медицинских критериев приемлемости при выборе метода контрацепции необходимо также учитывать социальные, культурные и поведенческие особенности пациентов. Рекомендации по контрацепции должны быть индивидуальными, отвечать требованиям каждой женщины или пары, образу жизни и личным пожеланиям. Только сама женщина наилучшим образом может оценить, какие достоинства и недостатки могут иметь для нее предлагаемые методы. Окончательное решение о выборе метода контрацепции должна сделать сама пациентка.

Лица с высоким риском инфицирования ИППП/ВИЧ имеют право на получение адекватной информации в выборе метода контрацепции, которая должна включать в себя, как минимум:

1. объяснение относительной эффективности конкретного метода;
2. часто встречающиеся побочные эффекты;
3. потенциально положительные и отрицательные последствия применения методов для здоровья клиента;
4. признаки и симптомы, при появлении которых необходимо обратиться к специалисту;
5. период восстановления способности к зачатию после прекращения пользования данным методом;
6. способы профилактики ИППП/ВИЧ.

Большинство методов контрацепции эффективны и безопасны как для женщин с высоким риском ВИЧ-инфицирования, так и для женщин с бессимптомной ВИЧ-инфекцией. У женщин высоким риском инфицирования ИПП/ВИЧ, не существует ограничений в отношении использования внутриматочных средств и гормональных контрацептивов в виде таблеток (КОК, ПТПР), инъекций (КИК, ИКПР), имплантатов, пластырей или влагалищных колец.

Однако при консультировании по вопросам планирования семьи необходимо уделить особое внимание передаче ВИЧ и возбудителей других ИПП, так как предупреждение передачи возбудителей так же важно, как и предупреждение беременности. При наличии высокого риска заражения ВИЧ-инфекцией медицинские работники должны настоятельно рекомендовать прибегать двойной защите – либо посредством использования презерватива в комбинации с другим методом контрацепции, либо путем систематического и правильного использования презерватива в качестве самостоятельного средства – в целях одновременного предупреждения беременности и профилактики инфекции.

Методы, основанные на признаках фертильности, и прерванной половой акт характеризуются высокой частотой неудач из-за типичных ошибок при их использовании, поэтому не следует рекомендовать эти методы как при высоком риске ВИЧ-инфицирования, так и не инфицированным ВИЧ женщинам.

Ноноксинол-9 и другие спермициды не назначают женщинам с ВИЧ-инфекцией или с высоким риском ВИЧ-инфицирования в качестве самостоятельного средства. В сочетании с барьерными методами контрацепции, например влагалищными диафрагмами или шеечными колпачками, использование ноноксилон-9 не рекомендуется. Ноноксинол-9 может вызывать ряд побочных эффектов, поэтому презервативы с этим спермицидом использовать нельзя. С другой стороны, лучше использовать презерватив с ноноксинолом-9, чем вообще не использовать презерватив.

В случае выбора пациенткой метода хирургической стерилизации, необходимо убедиться в том, что она приняла решение использовать этот необратимый метод контрацепции, добровольно и

сознательно. При этом, поскольку стерилизация не защищает от заражения/передачи ИППП/ВИЧ, важно подчеркнуть необходимость использования презервативов. В процессе принятия решения также необходимо обсудить с пациенткой законы и правила, касающиеся процедуры стерилизации.

Применение методов контрацепции после родов согласно медицинским критериям приемлемости (ВОЗ от 2015 г)

Таблица 2

Метод контрацепции	Кормящая грудью женщина	Не кормящая грудью женщина (искусственное вскармливание)
Комбинированные оральные контрацептивы (КОК), комбинированные инъекционные контрацептивы (КИК), контрацептивные пластыри, влагалищные кольца	(исключительно грудное вскармливание) До 6 недель после родов – IV С 6 недель до 6 месяцев – III С 6 месяцев – I	до 3-х недель* – III от 3-х до 6 недель – II **/III *** от 6 недель – I
Противозачаточные таблетки прогестинового ряда (ПТПР), инъекционные контрацептивы прогестинового ряда (ИКПР), импланты	Противозачаточные таблетки прогестинового ряда (ПТПР), инъекционные контрацептивы прогестинового ряда (ИКПР), импланты ПТПР, имплантаты до 6 недель – II с 6 недель – I ИКПР до 6 недель – III с 6 недель – I	Сразу
Медьсодержащая внутриматочная спираль (Cu ВМС)	До 48 часов – I От 48 часов до 4-х недель – III С 4-х недель – I	

Гормон содержащая внутриматочная спираль (ЛНГ ВМС)	До 48 часов – II От 48 часов до 4-х недель – III С 4-х недель – I	До 48 часов – I От 48 часов до 4-х недель – III С 4-х недель - I
Добровольная хирургическая стерилизация	Сразу же или в течение 7 дней после родов, а также спустя 6 и более недель.	

* При отсутствии факторов риска на тромбозмболические осложнения (ТЭО)

** При отсутствии факторов риска на ТЭО

*** При наличии факторов риска на ТЭО

Дополнительную информацию для консультирования о побочных эффектах средств контрацепции, о мерах устранения возможных проблем, по правильному и эффективному применению метода, а также при наличии сопутствующей экстрагенитальной патологии можно получить в КП ««Комбинированные оральные контрацептивы», «Внутриматочные средства», утвержденные Приказом МЗ КР №54 от 29.01.2014 г., «Контрацептивы прогестинового ряда», утвержденные Приказом МЗ КР № 379 от 04.07.2014г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Перечень симптомов психических расстройств по МКБ-10: блок синдромов потребления психоактивных веществ

Следующие вопросы касаются симптомов, связанных с употреблением
вами наркотических веществ.

(В следующих пунктах замените, где подходит, слово «вещество» на
название употребляемого вами вещества)

1. Испытывали ли вы сильную тягу или непреодолимое влечение к употреблению вещества?	Да	Нет
2. Вам было трудно (или невозможно) контролировать употребление вещества?	Да	Нет
3. Возникали ли у вас симптомы отмены после того, как вы некоторое время обходились без приема вещества?	Да	Нет
4. Приходилось ли вам употреблять вещество для облегчения или снятия симптомов отмены?	Да	Нет
5. Замечали ли вы, что вам требуется более высокая доза вещества для достижения того же физического и психического эффекта («привыкание»)?	Да	Нет
6. Не появлялось ли у вас по прошествии времени стремления разнообразить характер употребления вещества?	Да	Нет
7. Отказывались ли вы постепенно от других удовольствий и интересов, предпочитая прием вещества?	Да	Нет
8. Ощущали ли вы, что употребление вещества наносит вам психический и физический вред?	Да	Нет
9. Вы продолжали употреблять вещество, несмотря на очевидные вредные последствия?	Да	Нет
10. Как давно Вы испытываете такого рода проблемы, связанные с употреблением наркотика?		
а. годы		
б. месяцы		
Наличие 3-х или более симптомов из 1, 2, 3, 5, 7 и 9 указывает на зависимость.		

11. а. Укажите, имеется ли синдром зависимости (F11)	Да	Нет
б. Если «Да», укажите конкретное вещество: _____		

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Расположение и контакты сайтов ОЗТ и ПОШ в КР

№	Местоположение ОЗТ	Учреждение, адрес
1	г.Бишкек, Республиканский центр наркологии	г.Бишкек ул. Суеркулова 1 тел: 0312934350 03129364 99
2	г.Бишкек, ЦСМ №1	г.Бишкек ул. Фучика 14, тел. 0312 93 43 13
3	г.Бишкек, ЦСМ №6	г.Бишкек ул. Жукеева - Пудовкина, 75 тел. 0312 47 31 39
4	г.Бишкек, ЦСМ №8	г.Бишкек пр.Чуй, 40 тел.0312 93 49 32
5	г.Бишкек, Городская противотуберкулезная больница	г.Бишкек ул. Елебесова 211тел. 0312 899 527
6	ЦСМ г.Кара-Балта	г.К-Балта ул. Кожомбердиева, 67 наркологический кабинет тел. 03133 315 61
7	Московский ЦСМ	с.Беловодское ул. Ленина, 100 тел. 0312 473138
8	Сокулукский ЦСМ	с.Сокулук ул.Больничная, 1 наркологический кабинет тел.031247-31-37
9	Ысык – Атинский ЦСМ	г. Кант ул. Зеленая, 6 наркологический кабинет тел.0312 47 03 84
10	ЦСМ г.Токмок	г.Токмок ул. Гагарина, 64 наркологический кабинет тел.03138-64-643
11	Чуйский объединенный центр семейной медицины ЧОСЦМ	с.Лебединовка ул. Ленина, 1 наркологический кабинет тел: 0312 47 31 37

12	Жайыльская ГСВ с.Каинда	с.Каинда ул. Мира, 12
13	Ошский межобластной центр наркологии (ОМОЦН)	г.Ош ул. Исанова, 76 тел. 03222-547-59
14	Ошский межобластной центр наркологии (ОМОЦН) отделение реабилитации	г.Ош ул. Салиева, 40д кабинет ОЗТ
15	Ошская Городская клиническая больница	г.Ош ул.Курманжан Датка 157
16	Ошский областной центр СПИД	г.Ош ул.Муминова, 10, кабинет ОЗТ
17	Кара-Суйский ЦСМ г.Кара-Суу, Ошская область	г.Карасуу ул. Кирова без №, наркологический кабинет
18	Кара-Суйский ЦСМ ГСВ «Памирское» Ошская область	ГСВ «Памирское» наркологический кабинет
19	Кара-Суйский ЦСМ ГСВ «Тулукен» Ошская область	ГСВ «Тулукен» наркологический кабинет
20	ЦСМ Узгенского района Ошская область	г.Узген ЦСМ Узгенского района наркологический кабинет
21	Жалал Абадский центр психического здоровья (ЖОЦПЗ)	г.Джалал-Абад ул. Эркиндик, 7 кабинет ОЗТ тел.03722-734-57
22	Городской ЦСМ г.Кызыл-Кия	г. Кызыл-Кия ул. Ленина, 3, наркологический кабинет
23	Колония №2 (женская)	с. Степное Женская колония № 2 тел. 0312 899 529, 0312 46 20 57 (деж.часть)
24	Колония №1	с.Молдавановка
25	Колония №3	с.Ново-Покровка
26	Колония №16	с.Беловодское
28	Колония №31	с.Молдовановка
29	Колония №10	г.Жалал-Абад
Примечание: Если не получается связаться по телефону с каким- либо пунктом ОЗТ, звоните напрямую в РЦН (0312 934350, 0312 899526, 0312 548694).		

Расположение пунктов обмена шприцев (ПОШ) в КР

№	Местоположение ПОШ	Учреждение, адрес
1	ПОШ при ЦСМ № 1	г. Бишкек ул.Фучика 15
2	ПОШ при ЦСМ № 3	г. Бишкек, пр.Жибек -Жолу 495
3	ПОШ при ЦСМ № 5	г. Бишкек, ул.Кольбаева 42
4	ПОШ при ЦСМ № 6	г. Бишкек, ул.Ж-Пудовкина 75
5	ПОШ при ЦСМ № 8	г. Бишкек, пр.Чуй 40
6	ПОШ при ГСВ Буденовка	с.Буденовка, ул. Пушкина 39
7	ПОШ при ГСВ Манас	пгт. Манас, ул. Черемушки 1/1
8	ПОШ при Сокулукском ЦСМ	с.Сокулук, ул.Больничная 1
9	ПОШ при Жайыльском ОЦСМ	г. Кара-Балта, ул. Кожомбердиева 67
10	ПОШ при ГСВ Каинды	с. Каинды ул. Мира 12
11	ПОШ при ОМОЦН	г.Ош Ошский межобластной центр наркологии ул.Исанова 76

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Расположение неправительственных организаций, работающих с уязвимыми группами населения (наркопотребители, секс работницы, и т.д.).

Название, местоположение	Направление деятельности
Общественный фонд «АСТЕРИЯ» Адрес: Кыргызская Республика, г.Бишкек, ул. Абая, 65 Номер телефона: 0551 813000	- Обеспечение ЛУИН / минимальным пакетом услуг по профилактике ВИЧ: предоставление одноразовых шприцев, игл, салфеток для безопасных инъекций, предоставление презервативов и информационных материалов в виде брошюр и/или информационных сессий по профилактике ВИЧ-инфекции, инфекций передающиеся половым путем (ИППП), вирусных гепатитов В и С (ВГ), туберкулеза (ТБ) и др., способах снижения риска для здоровья при употреблении инъекционных наркотиков.

Общественный фонд «РАНС плюс» г. Бишкек, ул. Ялтинская 129 Номер телефона: моб. 0555 357050 Деятельность по Чуйской области: Аламудинский, Сокулукский, Жайылский, Московский районы	- Мотивация и перенаправление ЛУИН в программу ОЗТ. - Обеспечение доступа к профилактике передозировок, включая налоксон; обучение клиентов навыкам оказания помощи при передозировке. - Проведение консультирования (мотивационное, психосоциальное и др.) по разным темам равными консультантами/специалистами.
- Общественный фонд «Альтернатива в наркологии» Адрес: г. Бишкек, ул. Абая 81 Номер телефона: 0554 999831 - Общественное объединение «Аян-Дельта» Адрес: г. Токмок ул. Гагари-на 64 Номер телефона: + 996 0 31 38 6 18 21 0559 36 31 11	- Проведение информационно-образовательных мероприятий для близкого (половые партнеры, со-зависимые, союзников и др.) окружения. - Проведение экспресс-тестирования на ВИЧ (ЭТ) на базе организации, при наличии необходимых условий и обученного персонала. - При выявлении предварительно-положительного результата на ВИЧ (ЭТ или ИФА методом) обеспечение прохождения подтверждающих тестов в центрах СПИДа или центрах семейной медицины (ЦСМ), посредством мотивационного консультирования и личного сопровождения.
- Общественный фонд «Гармония плюс» г. Каракол, ул. Абдрахманова 121 Номер телефона: 03922 54354, 0550770043 - Общественный фонд «Здоровое поколение» Адрес: г. Джалалабад, ул. Фрунзе 2 Номер телефона: (+996) 559 234300	- При подтверждении положительного результата обеспечение постановки клиента на диспансерный учет в центрах СПИДа или ЦСМ. - Психосоциальная поддержка ЛУИН (силами равного консультанта/социального работника/психолога и др. сотрудников организации в тесном сотрудничестве с профильными врачами) в целях выработки и поддержки приверженности лечению ТБ/ИППП. - Помощь в получении ЛУИН социальных услуг: восстановление документов, получение социальных льгот и пособий и др. (определить ответственного сотрудника и указать в резюме сотрудника).

- Общественный фонд «Плюс центр» г.Ош, ул.Моминовой, 22 Номер телефона: +996 3222 27518, +996555175040 - Общественный фонд «Родители против наркотиков» Адрес: г. Ош, Петрова б/н (аптека) Номер телефона: 996 3222 42086; моб. 0555 810762 Деятельность по гг. Ош, Кара-Суу и Ошской области - Общественное объединение «Таис Плюс» г. Бишкек, ул. Панфилова 36А Номер телефона: 0312 544613, 0555 889307	- Помощь ЛУИН в получении юридических услуг: на базе организации или по перенаправлению. - Развитие и проведение групп поддержки для ЛУИН, ЛУИН/ЛЖВ. - Проведение мини-тренингов, мини-сессий для клиентов. - Предоставление бытовых услуг (стирка, душ и др). - Обеспечение СР минимальным пакетом услуг по профилактике ВИЧ: предоставление презервативов и смазочных материалов, информационных материалов. - Проведение консультирования СР (мотивационное, психосоциальное и др.) по разным темам равными консультантами / социальными работниками или другими специалистами. - Обеспечение прохождения обследования на ВИЧ (силами равного консультанта/социального работника/психолога и/или другими сотрудниками организации). - Проведение экспресс-тестирования на ВИЧ (ЭТ) на базе организации (при наличии необходимых условий и обученного персонала).
- Общественное объединение «Таис Плюс Два» г.Джалал-Абад, ул. Ленина, 47/33 Номер телефона: 0555647679 - Общественное объединение «Улукман Дарыгер» г. Каракол, ул. Гебзе 122 Номер телефона: 0 3922 53417, 0 555 204 847	- Психосоциальная поддержка ЛЖВ/СР в целях своевременного начала антиретровирусной терапии (АРТ) или перенаправления в организации, предоставляющие услуги ЛЖВ. - Обеспечение прохождения обследования на ИППП, ТБ, ВГ по перенаправлению. - При выявлении ИППП, ТБ обеспечение доступа к лечению данных заболеваний у дружественных врачей.

- Общественный фонд «Подруга» г. Ош, ул. Масалиева д. №55, кв. 65 Номер телефона: 03222-2-94-61, 0 555 613538 - Общественный фонд «Гвоздика» г.Кызыл-Кия, 1 микрорайон, дом Номер телефона: 0773 481505 - Общественный фонд «ЗИОМ» г. Талас, Аллея Кенешбек Нуржанова, 33, кв. 2 Номер телефона: + (996 3422) 5-23-82, + (996 772) 275795	- Помощь в получении СР социальных услуг: восстановление документов, получение социальных льгот и пособий и др. - Помощь СР в получении юридических услуг: на базе организации или по перенаправлению. - Развитие и проведение групп поддержки для СР, СР/ЛЖВ. - Проведение мини-тренингов, мини-сессий для клиентов (не реже одного раза в квартал). - Привлечение волонтеров, равных лидеров из сообщества СР для расширения доступа к ключевой группе и вовлечения новых клиентов в программы. - Предоставление бытовых услуг (стирка, душ и др).
--	--

Информация для женщин, принимающих нелегальные психо-активные вещества

Если Вы курили или употребляли наркотики и алкоголь во время беременности или сразу после родов возрастает риск СИНДРОМА ВНЕЗАПНОЙ ДЕТСКОЙ СМЕРТИ.

Синдром внезапной детской смерти (СВДС) - это внезапная, неожиданная смерть младенца по невыясненной причине в возрасте от 1 до 12 месяцев. Максимальная частота внезапной смерти случается в возрасте 2-6 месяцев.

Что вы можете сделать, чтобы снизить риск СВДС для своего ребенка?

Правила безопасного сна для ребенка:

1. Не курите в доме или в машине рядом с ребенком, и не разрешайте другим курить рядом с вашим ребенком.

Дым табака очень сильно влияет на риск развития внезапной смерти у младенца и может привести к остановке дыхания во время сна.

2. Не спите в одной кровати с ребенком, особенно если вы продолжаете употреблять наркотики, алкоголь.

Наркотики, алкоголь могут стать причиной вашего глубокого сна. Это может привести к тому, что вы не будете знать, где именно в вашей кровати находится ребенок, и Вы можете случайно задушить ребенка.

3. Найдите ответственного взрослого, который мог бы посидеть с ребенком, если Вы все же решили принять наркотики или алкоголь или уже употребили наркотики или алкоголь.
4. Не кормите ребенка в состоянии опьянения! Кормите ребенка только в состоянии сидя, найдя устойчивое положение, и обеспечив ребенку надежную поддержку.
5. Не укладывайте ребенка спать на мягком матрасе, мягкой подушке, диване. Они не являются местами для безопасного сна, и ребенок может задохнуться или перегреться.
6. Всегда укладывайте ребенка спать на спину. Можно укладывать ребенка на живот, только если он не спит и находится под присмотром взрослых.

В положении лежа на спине, дети могут срыгнуть и вдохнуть срыгнутую пищу. Поэтому, перед тем как уложить ребенка, подержите его в вертикальном положении 10-15 минут для того, чтобы помочь ему избавиться от воздуха в желудке.

7. В комнате, где спит малыш, не должно быть слишком жарко и холодно – оптимальная температура 20-22° С.
8. Всегда следите за тем, чтобы ребенок не был слишком тепло одет, не укутывайте ребенка.

Дети раннего возраста еще не умеют хорошо контролировать температуру своего

тела, поэтому чересчур тепло одетый или укрытый ребенок может перегреться, что в свою очередь может привести к остановке дыхания.

9. Проследите за тем, чтобы ребенок спал на ровной жесткой поверхности.
10. В кроватке ребенка не должно быть никаких мягких игрушек, перин, подушек, веревочек, лент и пр.
11. Укрывайте ребенка только легким одеялом, которое он мог бы легко сбросить, если бы оно вдруг попало ему на лицо.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Пример беседы врача первичного звена здравоохранения с беременной женщиной, употребляющей алкоголь и ПАВ

Начните беседу со вступительных замечаний.

«Спасибо, что Вы доверились мне сообщить эту информацию. Вся информация о вашем опыте употребления наркотиков останется конфиденциальной».

Избегайте оценочных суждений и следующих фраз!

Например: «Зачем наркоманкам рожать?» «Все вы наркоманки такие!»

Выразите озабоченность по поводу того, что при таком положении дел женщины могут развиваться серьезные проблемы.

«Я обеспокоена тем, что у вас и вашего будущего ребенка могут возникнуть неблагоприятные исходы».

«Я понимаю, что ваша зависимость от наркотика, является медицинской проблемой и могу вам помочь».

Расскажите о рисках употребления наркотиков во время беременности, как для женщины, так и для плода (см.глава 2 Общее понятие о ПАВ).

Предложите варианты решения проблемы.

Например: *«Вам лучше отказаться от употребления героина, но не рекомендую отказываться от наркотика резко. Так как симптомы отмены могут спровоци-*

ровать выкидыши или преждевременные роды. Вы можете стать участником терапии метадоном, и я вас направлю к врачу, с которой лично свяжусь по поводу вашей проблемы».

Расскажите о положительных сторонах ОЗТ (глава 3.1.5.)

Медицинскому работнику желательно лично поговорить с врачом ОЗТ.

(контакты в Приложении 2) о данной пациентке, это повысит уровень доверия женщины к вам.

Предложите также услуги НПО (Приложение 2).

Поддержите и ободрите пациента и завершите разговор на положительной ноте.

«Я одобряю ваше желание иметь и выносить здорового ребенка».

«Если вы будете всегда помнить о рисках связанных с употреблением наркотика и придерживаться наших рекомендаций, вы можете стать хорошей матерью».

«Если же вы будете испытывать трудности, обязательно позвоните мне или приходите еще раз, чтобы мы могли обсудить с вами эту проблему».

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

ТЕСТ TWEAK

1) Т (Tolerance) Переносимость

Сколько порций алкоголя Вы можете употребить за один раз?

2 балла – более 5 доз/порций

0 балла – менее 5 доз

2) W (Worried or Complained) Беспокойство

Беспокоятся ли Ваши близкие и друзья по поводу Вашего употребления алкоголя (в течение последнего года)?

2 балла – Да

0 балла - Нет

3) E (Eye-Opener) Похмелье

Приходилось ли Вам употреблять спиртное утром, сразу после того, как Вы встали?

1 балл – Да

0 балла - Нет

4) A (Amnesia) Потеря памяти

Вам когда-нибудь рассказывали о том, что Вы говорили или делали в состоянии алкогольного опьянения, а сами Вы об этом не помнили?

1 балл – Да

0 балла - Нет

5) К (Cut Down) Сократить

Чувствуете ли Вы иногда, что Вам необходимо сократить потребление спиртного?

1 балл – Да

0 балла - Нет

Подсчитайте баллы.

Полученные в сумме 3 (три) или более баллов свидетельствуют о высокой вероятности зависимости от алкоголя и требуют направления к специалистам.

ТЕСТ T-ACE

1) Толерантность

Какое количество спиртного Вам нужно выпить, чтобы почувствовать опьянение?

Больше 2х доз – 2 балла

Меньше 2х доз – 1 балл

2) Окружающие

Надоедали ли Вам окружающие, критикуя Ваше употребление алкоголя?

Да – 1 балл

Нет – 0 балл

3) Сократить

Чувствовали ли Вы когда-либо, что Вам стоит меньше пить?

Да – 1 балл

Нет – 0 балл

4) Опохмелиться

Выпивали ли Вы когда-нибудь с утра сразу, проснувшись, чтобы успокоить нервы или избавиться от похмелья?

Да – 1 балл

Нет – 0 балл

Подсчет

Суммарная оценка 2 (два) или более баллов расценивается как высокий риск и требует дальнейшей диагностики алкоголя и требуют направления к специалистам.

СТАНДАРТНАЯ ДОЗА АЛКОГОЛЯ - [standard drink, one drink] – это количество алкоголя, которое утилизируется организмом человека в течение часа.

В документах ВОЗ стандартная доза алкоголя составляет 10 г чистого этанола.

Одна стандартная доза алкоголя - это:

- 30 мл 40% водки,
- 50 мл 25% ликера,
- 70 мл 18% крепленого вина,
- 100 мл 12% сухого вина,
- 250 мл 5% пива,
- 360 мл 3,5% пива.

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

Возможные варианты ответов на вопросы, возникающие у женщин в связи с употреблением алкоголя во время беременности, и рекомендации врача

Могу ли я пить, если я беременна?

Ответ: Откажитесь от алкоголя. Если Вы беременны, Ваш ребенок пьет то же, что и Вы.

Подумайте об этом.

Есть ли какие-нибудь алкогольные напитки, которые безопасно пить во время беременности, например, вино, шампанское или пиво?

Ответ: Любые напитки, содержащие алкоголь, во время беременности могут нанести вред ребенку. Банка пива содержит столько же чистого алкоголя, как и 45 граммов водки.

Какое количество алкоголя может повлиять на будущего ребенка?

Ответ: Любое количество алкоголя во время беременности может нанести вред ребенку. Понятия «безопасное количество алкоголя во время беременности» не существует.

Я пила во время предыдущей беременности и с моим ребенком все в порядке. Почему?

Ответ: Все беременности отличаются друг от друга. Употребление алкоголя может повредить одному ребенку больше, чем другому. Нарушения у детей могут

быть выражены в разной степени. Исследования показали, что с возрастом матери воздержание от употребления алкоголя еще более важно. Если женщина будет воздерживаться от употребления алкоголя во время беременности, ФАС у ребёнка не будет.

Если ребенок родился с ФАС, пройдут ли эти проблемы со временем?

Ответ: К сожалению, эти проблемы останутся у ребенка на всю жизнь.

Можно ли помочь ребенку с ФАС?

Ответ: Специальное лечение может облегчить жизнь ребенку с ФАС и его семье.

Как предотвратить ФАС?

Ответ: Если Вы беременны или можете забеременеть и хотите родить ребенка, воздерживайтесь от употребления алкоголя.

Как быть, если я беременна и уже употребляла алкогольные напитки?

Ответ: Никогда не поздно остановиться. Чем скорее Вы прекратите пить, тем лучше для Вас и Вашего ребенка. Вы почувствуете себя лучше и повысите шансы Вашего ребенка родиться здоровым.

Как я могу перестать пить?

Ответ: Старайтесь избегать мест, где возможно употребление алкоголя. Не держите дома алкогольные напитки.

ПРИЛОЖЕНИЕ 8

Шкала Finnegan – для оценки неонатального синдрома отмены

СИМПТОМЫ РАЗДРАЖЕНИЯ ЦНС	СИМПТОМ	ОЦЕНКА
	Чрезмерный звонкий (или другой) крик	2
	Постоянный звонкий (или другой) крик	3
	Сон < 1 часа после кормления	3
	Сон < 2 часов после кормления	2
	Сон < 3 часов после кормления	1
	Гиперактивный рефлекс Моро	2
	Значительно повышенный рефлекс Моро	3
	Небольшой тремор при беспокойстве	3
	Заметный или значительный тремор при беспокойстве	4
	Небольшой тремор в покое	3
	Заметный или значительный тремор в покое	4
	Повышенный мышечный тонус	2
	Экскориации	1
МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ И ДЫХАТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ	Миоклонусы	3
	Генерализованные судороги	5
	Потливость	1
	Лихорадка (37,2–38,2)	1
	Лихорадка (38,4 и выше)	2
	Мраморность	1
	Заложенность носа	1
	Чихание (более 3–4 раз за интервал)	1
	Раздувание крыльев носа	2
	ЧД > 60/мин	1
	ЧД < 60/мин и втяжение уступчивых мест	2

НАРУШЕНИЯ ЖКТ	Навязчивое сосание	1
	Плохой аппетит	2
	Срыгивания	2
	Обильная рвота	3
	Частый стул	2
	Водянистый стул	3

Оценка степени выраженности нарушений абстинентных расстройств:

- 1) легкая форма синдрома 6–13 баллов,
- 2) средне - тяжелая форма 13–16,
- 3) тяжелая форма 17 и более баллов

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy World Health Organization (2014).
2. Clinical Guidelines: Substance Use During Pregnancy, Birth and the Postnatal Period NSW HEALTH (2014).
3. Национальный клинический протокол ведения наркотической зависимости во время беременности, родов и в первые годы развития новорожденных. Австралия (2006).
4. РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И КОНТРОЛЮ потребления табака и пассивного курения при беременности (2014).
5. Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку. Оптимизация клинической тактики и эффективные методы ликвидации новых случаев ВИЧ-инфекции у детей. Клинический протокол для европейского региона ВОЗ (обновленная версия 2012 г.).
6. Алкоголь как один из факторов, влияющий на плод. Фетальный алкогольный синдром и фетальный алкогольный спектр нарушений Марьянн, А. Ю.(2013).
7. Клиническое Руководство по диагностике и лечению психических и поведенческих расстройств вследствие употребления опиоидов в Кыргызской Республике (2010).
8. Rayburn WF, Bogenschutz MP. Pharmacotherapy for pregnant women with addictions. American Journal of Obstetrics and Gynecology (2004).
9. Национальный клинический протокол КР для провайдеров услуг по антенатальному уходу «Физиологическая беременность».
10. Ford C, and Hepburn M, 'Caring for the pregnant drug user' 1997 in Beaumont. B (Ed) 'Care of drug users in general practice: a harm-minimization approach', Radcliffe Medical Press, Oxon. Sited in Whittaker A. "Substance misuse in pregnancy." Published by NHS Lothian 2003.
11. Drug use in pregnancy. Hepburn M.
12. (McQueen и др., 2012).

13. Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ, 2006г. Поддержка сексуального и репродуктивного здоровья людей, живущих с ВИЧ/СПИДом.
14. Всемирная организация здравоохранения (2009). Руководство по фармакологическому лечению опиоидной зависимости с психосоциальным сопровождением.

КЛИНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО
ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ,
РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА
У ЖЕНЩИН, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ
ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА

