

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
Кафедра громадського здоров'я

Шифр \_\_\_\_\_

Наказ ректора про  
затвердження теми

«До захисту допускається»  
завідувач кафедри

\_\_\_\_\_ В. А. Сміянов

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**  
**НА ЗДОБУТТЯ ОСВІТНЬОГО СТУПЕНЯ БАКАЛАВРА**  
**на тему**  
**«МЕДИКО-СПЕЦІАЛЬНІ ПОСЛУГИ ЩОДО ПОПЕРЕДЖЕННЯ**  
**НЕБАЖАНОЇ ВАГІТНОСТІУ СІМ'ЯХ, ЩО ЗЛОВЖИВАЮТЬ**  
**АЛКОГОЛЕМ»**

за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я»,  
освітньо-професійна програма «Громадське здоров'я»

*Студентки групи ГР 701 Деряга Ірина Миколаївна*

Подається на здобуття освітнього ступеня бакалавр.

*Науковий керівник*

*Доцент кафедри громадського здоров'я,  
к.мед.н., Васильєв Ю. К.*

Суми 2021

## АНОТАЦІЯ

### кваліфікаційної роботи на здобуття освітнього ступеня бакалавра **«МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПОСЛУГИ ЩОДО ПОПЕРЕДЖЕННЯ НЕБАЖАНОЇ ВАГІТНОСТІ У СІМ'ЯХ, ЩО ЗЛОВЖИВАЮТЬ АЛКОГОЛЕМ»**

Деряги Ірини Миколаївни

**Актуальність.** За даними ВООЗ (2018 р.) 25-35% жінок у світі вживають алкоголь під час вагітності. Дослідження STEPS, що вперше було проведено в Україні у 2019-2020 рр. під егідою ВООЗ, показало, що майже половина жінок (44,6 %) в Україні вживали алкоголь протягом останніх 30 днів. З них 50,8 % — це жінки репродуктивного віку. Приблизно в половині випадків вагітність може бути незапланованою, тому вплив алкоголю на плід є проблемою громадського здоров'я.

**Мета** - виявити існуючі проблеми системи медико-соціальних послуг щодо попередження небажаної вагітності серед сімей, які зловживають алкоголем, та найбільш ефективні напрямки її вдосконалення.

**Об'єкт дослідження** - населення Сумської області.

**Предмет дослідження** - медико-соціальні послуги щодо попередження небажаної вагітності у сім'ях, що зловживають алкоголем, а саме:

- встановлення осіб з групи ризику (діагностування зловживання алкоголем та ризику їх наслідків);
- проведення санітарно-просвітньої роботи з пацієнтами;
- своєчасне інформування про сім'ї та жінок, що зловживають алкоголем, зацікавлених осіб та організацій.

**Матеріали та методи.** Матеріали дослідження включали данні опитування населення і лікарів та офіційні данні щодо розповсюдження алкоголізму в Сумській області Центру медичної статистики МОЗ України.

У дослідженнях безпосередньо та в різних комбінаціях використані наступні методи наукового дослідження:

*метод системного аналізу* - для проведення кількісного та якісного аналізу стану розвитку системи медико-соціальних послуг, направлених на попередження небажаної вагітності у сім'ях, що зловживають алкоголем;

*бібліосемантичний* - для вивчення епідеміологічних рис алкоголь-асоційованих порушень стану здоров'я дітей, які народилися у батьків, що зловживають алкоголем, та медико-соціальних інструментів подолання проблем небажаної вагітності у сім'ях, що зловживають алкоголем;

*соціологічний* - для вивчення поширеності проблем зловживання алкоголем серед населення Сумської області та стану медико-соціальних послуг щодо попередження небажаної вагітності під впливом алкоголю;

*статистичний* - для аналізу результатів опитування, зокрема використовували методи описової статистики: розрахунок відносних і середніх величин, міри розсіювання показника (середньоквадратичного відхилення) та методів статистики доведення (критерій Стьюдента).

**Наукова новизна:** вперше в Сумській області зроблена спроба проаналізувати стан роботи щодо надання медико-соціальних послуг для попередження небажаної вагітності у сім'ях, що зловживають алкоголем.

**Результати дослідження.** Вживання алкоголю під час вагітності викликає широкий спектр патологій, серед яких найскладнішою, з точки зору громадського здоров'я, є ФАСП. Поширеність ФАСП у різних країнах світу варіює у межах від 0,1 до 111 випадків на 1000 населення. Поширеність ФАСП в Україні становить 5,7 на 10000 народжених живими, проте цей рівень не відповідає дійсності внаслідок гіподіагностики цієї патології, причинами якої є недостатня обізнаність лікарів. Найважливішими факторами ризику ФАСП є вживання алкоголю матір'ю протягом вагітності, та доза алкоголю, що вживається.

В Сумській області 82% жінок та 81% чоловіків мають ризик негативних наслідків від споживання алкоголю. Не існують відмінності у величині цього ризику для жінок та чоловіків, а також для жінок що планують вагітність та жінок, що не планують її у майбутньому.

Робота лікарів щодо виявлення жінок, схильних до зловживання алкоголю, часто є формальною та недостатньо організованою, а лікарі не мають спеціальних знань щодо проведення такого діагностування, хоча й усвідомлюють актуальність цієї проблеми та необхідність впливу на неї. Відсутність взаємодії лікарів із вузькопрофільними спеціалістами та соціальними службами не дозволяє ефективно впливати на жінок, що мають ризик вагітності під впливом алкоголю.

## **Зміст**

<b>Вступ</b> .....	6
<b>Матеріали и методи</b> .....	7
<b>Огляд літератури</b> .....	15
<b>Результати дослідження</b> .....	24
<b>Висновки</b> .....	28
<b>Практичні рекомендації</b> .....	29
<b>Література</b> .....	30

## Вступ

Алкоголь є речовиною, яка має доведений токсичний ефект. Сьогодні у світі існує велика кількість досліджень, які підтверджують вкрай несприятливий вплив алкоголю на перебіг вагітності в загальному і на розвиток плода, зокрема [1]. Вживання алкоголю під час вагітності збільшує ризику мимовільного переривання вагітності, фетоплацентарної недостатності, передчасних пологів, стрімких і швидких пологів, патології амніотичної рідини, порушень функціонування імунної системи у плода [2]. У першому триместрі вагітності, під час якого відбувається закладка всіх органів і систем дитини, вплив патогенних факторів, в тому числі алкоголю, призводить до найбільш істотних поразок [3].

Ряд досліджень присвячені аналізу механізму формування фетального алкогольного спектру порушень (ФАСП). Було встановлено пряму шкідливу дію алкоголю на статеві клітини і органи репродуктивної системи, а також непряме автоімунне вплив і метаболічні порушення в жіночому організмі [4]. Значна роль в ушкоджувальному впливі, особливо на клітини нервової системи плода, належить продуктам розпаду етанолу, зокрема ацетальдегіду. Недостатнє функціонування ферменту ацетальдегід-дегідрогенази у матері, що сприяє накопиченню в крові ацетальдегіду, розглядається деякими авторами в якості ведучого механізму формування ФАС у плода [5]. Негативний вплив алкоголь робить і на новонароджених, якщо надходить через грудне молоко споживає алкогольні напої матері. Рівень негативного впливу на плід залежить від кількості вживаного жінкою алкоголю, однак безпечного рівня вживання алкоголю під час вагітності не існує.

До теперішнього часу відсутня інформація про реальні рівні споживання алкоголю жінками під час вагітності і про поширеність ФАС в Україні. Існує всього декілька епідеміологічних досліджень, які були проведені в ряді міст України, переважно на невеликих вибірках жінок, із застосуванням різних способів вимірювання кількості вживаного алкоголю, що не дає точного розуміння рівня споживання алкоголю.

**Предмет дослідження:** медико-соціальні послуги щодо попередження небажаної вагітності у сім'ях, що зловживають алкоголем:

- встановлення осіб з груп ризику (діагностування зловживання алкоголем та ризику їх наслідків);
- проведення санітарно-просвітньої роботи з пацієнтами.
- своєчасне інформування про сім'ї та жінок, що зловживають алкоголем, зацікавлених осіб та організацій.

**Об'єкт дослідження:** люди, які зловживають алкоголем

**Мета роботи:** виявити існуючі проблеми і найбільш ефективні напрямки удосконалення системи медико-соціальних послуг для попередження небажаної вагітності серед сімей, які зловживають алкоголем.

**Завдання:**

1. За даними результатів наукових досліджень вивчити
  - 1.1. Наслідки впливу алкоголю на репродуктивне здоров'я жінок та здоров'я дітей, що народилися матерями, які вживають алкоголь
  - 1.2. Можливі механізми та медико-соціальні інструменти подолання проблеми небажаної вагітності у сім'ях, що зловживають алкоголем.
2. За допомогою анонімного опитування населення визначити рівень поширеності зловживання алкоголем серед осіб дітородного віку, що проживають на території Сумської області
3. За допомогою опитування лікарів визначити стан розвитку системи медико-соціальних послуг, направлених на попередження небажаної вагітності у сім'ях, що зловживають алкоголем.

**Матеріали и методи**

Дослідження проводили у 3 етапи:

1. Підготовчий етап: створювали програму тестування
2. Основний етап: проведення анкетування

2.1. Проводили анкетування населення з метою виявлення поширення зловживання алкоголю

2.2. Проводили анкетування лікарів-гінекологів з метою вивчення стану роботи, щодо надання медико-соціальних послуг для попередження небажаної вагітності в сім'ях, що зловживають алкоголем.

3. Заключний етап: проведення статистичної обробки отриманої у ході тестування інформації.

Метод анкетування - метод отримання інформації шляхом письмових відповідей респондентів на систему стандартизованих запитань попередньо підготовлених бланків — анкет.

#### Організація та проведення анкетування

Тест AUDIT-C дозволяє виявити осіб, які зловживають алкоголем або мають розлади, пов'язані з вживанням алкоголю (включаючи зловживання алкоголем або залежність).

Інструмент має клінічне застосування в сфері надійного виявлення пацієнтів, які зловживають алкоголем або страждають розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю.

Тест AUDIT-C для ідентифікації розладів вживання алкоголю був розроблений Т.Е. Babor і V. Grant у 1989 р. і рекомендований ВООЗ. Встановлено, що даний тест забезпечує точність оцінки незалежно від статі, віку і культурної належності респондента, має високу чутливість (92%) і специфічність (93%), відповідає діагностичним критеріям МКХ-10 [1,2,3]

#### *Порядок проведення та оцінювання тесту AUDIT-C*

Тест включає 3 основних питання та відповідну бальну оцінку:

**1. Як часто ви пили напій, що містить алкоголь, за останній рік?**

- 1) Ніколи (0 балів)
- 2) Щомісяця або менше (1 бали)
- 3) Два-чотири рази на місяць (2 бали)
- 4) Два-три рази на тиждень (3 бали)



5) Чотири або більше разів на тиждень (4 бали)

**2. Скільки напоїв ви пили типового дня, коли ви пили за минулий рік?**

1) Ні, я не п'ю (0 балів)

2) 1 або 2 (0 балів)

3) 3 або 4 (1 бал)

4) 5 або 6 (2 бали)

5) 7 - 9 (3 бали)

6) 10 або більше (4 бали)

**3. Як часто протягом останнього року ви випивали шість чи більше напоїв за один раз?**

1) Ніколи (0 балів)

2) Менше ніж щомісяця (1 бал)

3) Щомісяця (2 бали)

4) Щотижня (3 бали)

5) Щодня або майже щодня (4 бали)

AUDIT-C оцінювали за шкалою від 0 до 12 балів (бал 0 відображає відсутність вживання алкоголю). У чоловіків оцінка 4 і більше вважається позитивною; у жінок оцінка 3 і більше вважається позитивною. Як правило, чим вищий бал AUDIT-C, тим більша ймовірність того, що пияцтво людини впливає на її здоров'я та безпеку.

Оцінювання скору тесту AUDIT-C проводили наступним чином:

- 3 і більше для чоловіків та 4 і більше для жінок - позитивний результат.
- 0-3 (для жінок) та 0-2(для чоловіків) — низький ризик.
- 4 (3)-7 — середній ризик.
- 8-10 — високий ризик.
- 11-12 — ймовірна алкогольна залежність.

У даний тест додатково були включені 2 питання для встановлення статі респондента та його ставлення до планування вагітності у наступні роки:

**4. Ваша стать**

- 1) Я чоловік
- 2) Я жінка

**5. Якщо Ви жінка, чи плануєте Ви вагітність?**

- 1) Так
- 2) Ні
- 3) Можливо

Для встановлення стану роботи щодо виявлення осіб з високим ризиком наслідків вживання алкоголю нами була розроблена анкета AUDIT – doctor. Анкетування проводилося з метою встановлення наступної інформації:

1. Як саме лікарі виявляють сім'ї та жінок, що зловживають алкоголем?
2. Скільки реально у місті (області) сімей (людей), що зловживають алкоголем?
3. Як організована серед таких осіб робота по припиненню споживання алкоголю і попередженню небажаної вагітності?

Анкета AUDIT – doctor має наступну структуру.

***Анкета анонімного опитування лікарів***

Шановний респондент! Просимо Вас прийняти участь в опитуванні, що проводиться в рамках наукового дослідження «Медико – соціальні послуги щодо попередження небажаної вагітності для сімей, що зловживають алкоголем».

Уважно прочитайте кожне питання і можливі варіанти відповідей до нього. Оберіть варіант, який в найбільшій мірі відповідає Вашій практиці або Вашому ставленню до проблеми та вкажіть його будь-якою позначкою.

Відповіді будуть використані в узагальненому вигляді. Своє прізвище вказувати не треба. Анонімність гарантується.

**1. Як часто до Вас звертаються жінки, які мають небажану вагітність?**

- а) щоденно
- б) 1-3 випадки щотижнево
- в) 1-3 випадки щомісячно
- г) рідше, ніж 1 випадок на місяць

**2. У який термін вагітності найчастіше звертаються жінки, які хочуть зробити аборт?**

- а) до 12 тижнів вагітності
- б) більше 12 тижнів вагітності

**3. Що є найбільш частою причиною відмови народжувати дитину?**

- а) алкоголізм в сім'ї
- б) матеріальна складова
- в) небажана дитина
- г) інші причини

**4. Яким чином Ви встановлюєте схильність жінки до зловживання алкоголю?**

- а) роблю фіктивну відмітку в індивідуальній або обмінній карті
- б) використовую цілеспрямоване але просте опитування під час збору анамнезу
- б) за допомогою спеціально розроблених скринінгових питань, що встановлюють лише факт зловживання алкоголю
- в) за допомогою спеціально розроблених питань для діагностики розладів, пов'язаних з вживанням алкоголю

**5. Які з наведених психодіагностичних тестів, що використовують з метою виявлення симптомів алкогольної залежності, Вам відомі?**

- 1) Мічиганський алкогольний скринінг-тест MAST
- 2) Тест CAGE (Cut, Annoyed, Guilty, Eye-opener)
- 3) Audit - C
- 4) усі відомі

- 5) жодний не відомий
- 6) ці тести не відомі, але я знаю інші

**6. У який термін найчастіше звертаються жінки, що зловживають алкоголем, для абортів?**

- 1) до 12 тижнів вагітності
- 2) більше 12 тижнів вагітності
- 3) більше 22 тижнів вагітності

**7. У який термін найчастіше звертаються жінки, що зловживають алкоголем, для продовження вагітності?**

- 1) до 12 тижнів вагітності
- 2) більше 12 тижнів вагітності
- 3) більше 22 тижнів вагітності

**8. Чи відомі Вам випадки продовження вживання алкоголю жінками, що дізнавались про свою вагітність?**

- а) так, це часто трапляється
- б) так, але це поодинокі випадки
- в) ні
- г) мені це не відомо

**9. Чи призначаєте Ви жінкам, що зловживають алкоголем, консультацію лікаря-нарколога та/або психолога?**

- 1) так, постійно
- 2) так, іноді
- 3) ні, ніколи

**10. Чи направляли Ви інформацію про сім'ї або про молодих жінок, що зловживають алкоголем, в адміністративний відділ поліклініки (лікарні) для подальшого реагування?**

- 1) так, постійно
- 2) так, іноді
- 3) так, але тільки під час річного звіту
- 4) ні, ніколи

**11. Чи направляли Ви інформацію про сім'ї або про молодих жінок, що зловживають алкоголем, в міські або обласні соціальні служби?**

- 1) так, постійно
- 2) так, іноді
- 3) ні, ніколи

**12. Чи пропонуєте Ви жінкам, що зловживають алкоголем, використовувати засоби контрацепції?**

- 1) так, завжди
- 2) так, іноді
- 3) ні, ніколи

**13. Чи пропонуєте Ви вагітним жінкам, що зловживають алкоголем, зробити аборт?**

- 1) так, завжди
- 2) так, іноді
- 3) ні, ніколи

**14. Чи пояснюєте Ви вагітним жінкам, що зловживають алкоголем, про можливі ризики зловживання алкоголем?**

- 1) так, завжди
- 2) так, іноді
- 3) ні, не приходилося

**15. Якими методами контрацепції найчастіше користуються жінки?**

- 1) бар'єрні
- 2) гормональні
- 3) природні
- 4) хімічні (сперміцидні)

**16. Які протизаплідні методи ви пропонуєте жінкам, що зловживають алкоголем?**

- 1) бар'єрні
- 2) гормональні

- 3) природні
- 4) хімічні (сперміцидні)

**17. Як часто вагітні жінки, що зловживають алкоголем, мають венеричні захворювання?**

- 1) рідко
- 2) інколи
- 3) часто

**18. Як часто жінки, що зловживають алкоголем, мають інші ризикові звички (тютюнопаління, вживання наркотиків та ін.) ?**

- 1) це часте явище
- 2) це рідко поєднується
- 3) не знаю

**19. Чи були у Вашій практиці випадки народження дитини з алкогольним синдромом плода?**

- 1) так
- 2) ні
- 3) ні, але мені відомі такі випадки у практиці моїх колег.

**20. В деяких країнах існує практика санкціонування жінок, що народили дитину з алкогольним синдромом плода (дизморфією). Яке Ваше ставлення до такого роду законодавства?**

- 1) позитивне
- 2) неоднозначне
- 3) негативне

## ***2. Статистична обробка отриманих результатів***

Для кількісної обробки даних соціометричного опитування використовували табличний метод: складали спеціальні таблиці (окремо для населення та для лікарів), які містили узагальнюючі дані опитування. В цих таблицях розміщували інформацію про кількість зроблених виборів по кожному респонденту та по групі респондентів в цілому.

Обробку й аналіз первинної інформації проводили за допомогою методів статистичного аналізу, зокрема методи описової статистики: розрахунок абсолютних, відносних і середніх величин, мір розсіювання (середньоквадратичного відхилення) та методів статистики доведення (критерій Стюдента).

Обчислення проводили за допомогою пакету програм MS Excel 2010.

### **Огляд літератури**

Споживання алкоголю в ході вагітності може спричинити фетальний алкогольний спектр порушень (ФАСП) . Термін ФАСП застосовується для уточнення спектру фізичних, психічних, поведінкових розладів, які можуть бути результатом пренатального впливу алкоголю. ФАСП є одним з найтяжчих наслідків вживання алкоголю в період вагітності. ФАСП - це єдиний синдром, який можна 100 % попередити — не споживати алкоголь у період вагітності.

З того часу, як ФАСП вперше побачив світ в 1973 році, зусилля громади були направлені на профілактику вагітності під впливом алкоголю та зменшення ризику виникнення порушень. Зате, незважаючи на великий прогрес у цій сфері діяльності, споживання алкоголю продовжує перевищувати серед жінок дітородного віку. Дані Українського Центру громадського здоров'я вказують , що 12% вагітних жінок у віці 18–44 років повідомляли про споживання алкоголю на протязі минулого місяця. Також 52,4% невагітних жінок у віці 18–44 років повідомляли про вживання алкоголю протягом минулого місяця, і 1% повідомляли про запої. Ці дані підтверджують те, що у країні існує необхідність у розробленні ефективної та аргументованої системи профілактики ФАСП, яка вдовольняла би різноманітні потреби усіх жінок репродуктивного віку – вагітних жінок, жінок, які планують завагітніти, і жінок, які не планують, або можуть завагітніти.

Термін ФАСП вперше представ перед публікою в науковій літературі в США у 1973 р. [2]. ФАСП відкрився складною умовою для наукової спільноти, і для системи охорони здоров'я. Зусиллями Конгресу США, федеральних агентств, професійних організацій та інших неурядових організацій було багато зроблено в отриманні кращого розуміння наслідків пренатального впливу алкоголю на плід, який розвивається, та ФАСП [7]. Після 30-ти річного періоду досліджень у цієї галузі було виявлено, що пренатальний вплив алкоголю відповідає не тільки за ФАСП, але також за низку інших розладів, у яких має значення кількість споживання алкоголю. Ця точка зору була представлена в 1996 р. у звіті спеціального Комітету з вивчення алкогольного синдрому плода [8]. Комітет представив п'ять діагностичних категорій фетального алкогольного синдрому (ФАС):

- 1) ФАС з анамнезом материнського впливу алкоголю;
- 2) ФАС без анамнезу материнського впливу алкоголю;
- 3) частковий ФАС, з наявністю зловживання алкоголю матерями в анамнезі;
- 4) вроджені дефекти, пов'язані з алкоголем;
- 5) пов'язане з алкоголем порушення нервового розвитку.

Для кожної з п'яти категорій були встановлені діагностичні критерії та рекомендації щодо проведення досліджень.

Насамперед ФАС був описаний як характерний малюнок аномалій обличчя, що включав наступні ознаки:

- короткі очні щілини
- складка епіканта — у внутрішньому куточку ока може бути складка шкіри, що накриває місце де сходяться повіки
- аномалії у премаксилярній ділянці
- сплющена або тонка верхня губа
- відсутній або нечіткий фільтр (жолобок) над верхньою губою
- плоска середня третина обличчя

Згодом до цього переліку аномалій були додані інші ознаки:



- затримка фізичного розвитку: мала вага при народженні, надалі постійна мала вага, не зумовлена харчуванням
- порушення розвитку центральної нервової системи (ЦНС), принаймні одне з наступного:
  - зменшений обвід голови при народженні чи пізніше
  - структурні аномалії ЦНС (наприклад, часткова або повна агенезія мозолистого тіла; гіпоплазія мозочка)
  - значні або «м'які» неврологічні симптоми
  - порушення розвитку дрібної моторики чи зорово-моторної координації
  - нейросенсорні порушення
  - неправильна хода
  - когнітивні порушення
  - аномалії нейророзвитку

У 2004 р. Американська Академія педіатрії надала рекомендації педіатрам використовувати схожий діагностичний підхід і закликала їх підвищити обізнаність з приводу ФАС, часткових ФАС, вроджених дефектів, пов'язаних з алкоголем, та порушень нервового розвитку [10].

За даними CDC діагноз ФАС у США встановлено у дітей віком 7-9 років з частотою 0,3 на 1000. А в деяких громадах при використанні оцінки особистості дітей шкільного віку отримано вищі показники – 6-9 дітей на 1000.

Що стосується України: за результатами моніторингу вроджених вад розвитку за методологією EUROCAT частота ФАСП серед немовлят Рівненської та Хмельницької областей за період 2005-2019 років становила 5,72 на 10 тисяч народжених живими (в даних областях частота є найвищою в Європі завдяки ініціативі CIFASD, що збільшило рівень обізнаності неонатологів щодо діагностики ФАСП). Дійсно частота є вищою, оскільки ФАСП часто діагностується у віці старше 1 року. 41% немовлят з ФАСП виховується в закладах державної опіки, а 8% дітей помирає на першому році життя.

Висунути наступні материнські фактори ризику виникнення ФАСП:

1) Вік більш ніж 30 років, тривалість та важкість алкоголізму, зменшення здатності метаболізувати ацетальдегід, ураження печінки; на моделі щурів показано підвищення з віком концентрації алкоголю в крові при вживанні попередніх доз;

2) Низький соціально-економічний статус – у США частота ФАСП в цій групі в 10 разів перевищує показник в групі середнього та вищого соціального класу;

3) Етнічна належність – певні популяції з традиціями вживання алкоголю, нашаровується на соціальний статус;

4) Народження дитини з ФАСП – у випадку не припинення зловживання;

5) Недостатній рівень харчування матері, слабке набирання ваги при вагітності, нижча вага та індекс маси тіла, співпадає в більшості випадків з нижчим соціальним статусом;

6) Генетична компонента – алкоголь дегідрогеназа (АДГ) та ацетальдегід дегідрогеназа (ААДГ) є ферментами печінки, відповідальними за метаболізм алкоголю. АДГ окислює алкоголь до ацетальдегіду, а ААДГ – ацетальдегід до ацетату. АДГ, на відміну від ААДГ, має кілька поліморфних варіантів. Тому ізоензими, кодовані поліморфними варіантами, мають різну здатність метаболізувати алкоголь. 4 дослідження вивчали роль генетичного поліморфізму відносно ризику ФАСП у людини. В одному з них в контрольній групі жінок переважав ADH1B2 алель – швидкий метаболізатор алкоголю, в порівнянні з жінками, які народили дітей з ФАС (південно-африканська популяція), в 2 інших – алель ADH1B3 – швидкий метаболізатор – частіше зустрічався в контрольній групі при порівнянні з матерями дітей з нейроповедінковими аномаліями (афро-американська популяція). Гіпотетичні висновки: підвищена метаболічна активність ADH1B2 та ADH1B3 призводить до вищих рівнів шкідливого, неприємного проміжного метаболічного продукту – ацетальдегіду – тому жінки, носії цих

алелей п'ють менше, концентрація алкоголю в крові нижча, відповідно, зменшується ризик ФАСП.

Ембріотоксичний вплив алкоголю залежить від дози. Не існує «безпечного» рівня вживання алкоголю вагітними. Дослідниками було висунуто наступні категорії споживачів алкоголю: важке споживання (heavy alcohol consumption) – понад 48–60 грам/день; помірно надмірне споживання (moderately high consumption) – у межах 24–48 грам/день; запої (binge-drinking) – епізодичне споживання понад 4-5 напоїв на день. В цей час, коли класичний ФАС та інші ФАСП при надмірному зловживанні добре встановлені, сумнівним є визначення ризику при помірному та епізодичному споживанні. До того ж, не слід забувати про персональні особливості метаболізму та сприйнятливості, обумовлені генетичним поліморфізмом як породіллі, так і плода. Тому вживання однакової кількості алкоголю різними жінками по-різному вражає плід. Потрібно врахувати приховування або заперечення факту споживання алкоголю при вагітності. Більшість досліджень сконцентровані на визначенні IQ та аутистичних розладах, хоча в даному випадку це не є класичним аутизмом.

Американський національний інститут дослідження проблем зловживання алкоголем визначив поняття «Стандартний напій» (“standard drink”) «Стандартний напій» – це 14 грам чистого алкоголю, тобто – 12 унцій (1 унція=28 грамів) звичайного пива (містить 5% алкоголю, легке пиво містить 4,2% алкоголю); 5 унцій вина (зазвичай містить 12% алкоголю); 1,5 унції 40% алкоголю [7].

Споживання більш ніж 4 алкогольних напоїв на тиждень пов'язується з підвищеним ризиком мертвороджень і малюкової смертності (2008 рік). Однак, слід зазначити що мета-аналіз не виявив асоціації між підвищеною частотою низької ваги при народженні, передчасними пологами, малості для гестаційного віку та легко-помірним вживанням алкоголю вагітними (2011 рік). Крім того не виявлено підвищеного ризику або залежного від дози зв'язку з вживанням алкоголю до 10 грам чистого спирту (приблизно

дорівнює 1 напою) в день у дітей з недостатньою вагою та малістю для гестаційного віку, при порівнянні з дітьми, чії матері не вживали алкоголю при вагітності. Не виявлено впливу на передчасні пологи при споживанні до 18 грамів алкоголю на день (приблизно 1,5 напою в день). Мета-аналіз із залученням 24000 вагітностей не повідомляє про підвищений ризик вроджених вад у дітей жінок, які випивали від 2 напоїв на тиждень до 2 напоїв на день в I триместрі (1998 рік).

Мультицентрове європейське дослідження материнського вживання алкоголю (the multi-center European Maternal Alcohol Consumption Study - EUROMAC), що відбулося у 1992 р., охопило 6000 жінок, у яких факт вживання алкоголю при вагітності, був відомим. В середньому рівень споживання алкоголю становив 120 грам на тиждень (приблизно 0,2 літра вина в день) і асоціювався з суттєвим зниженням росту новонароджених в порівнянні з дітьми жінок, які не вживали алкоголю [6].

Недавній мета-аналіз 22 досліджень не виявив істотної асоціації між легким, легко-помірним, помірним споживанням алкоголю та різними нейропсихологічними результатами (включно з порушення уваги, поведінки, когнітивних функцій, зорового та моторного розвитку, мовними навичками) (2014 рік). Втім, при обмеженні аналізу до 3 досліджень з визнаною високою якістю проведення, було показано статистично істотну асоціацію між помірним пренатальним впливом та згубними ефектами у поведінці дітей. На додаток, відзначено невелику позитивну асоціацію між легко-помірним впливом алкоголю пренатально та зниженням когнітивної функції, яка не виявлялась при виключенні результатів одного великого дослідження або коли включали тільки випадки помірною споживання алкоголю.

Дослідження індійських вчених продемонструвало підвищення ризику тривожності та депресії у дітей, матері котрих (не алкоголіки) регулярно вживали помірну кількість алкоголю (10 грам епізодично/день) [4].

Мета-аналіз 21 досліджень типу «випадок-контроль», який порівняв будь-який спосіб вживання алкоголю при вагітності з жінками, які не

вживали алкоголь, згідно самоповідомлень, виявив асоціацію з гострим мієлоїдним лейкозом, але не з гострим лімфобластним лейкозом [5]. Цей аналіз не брав до уваги дози алкоголю, тому складніше встановити ризик при помірному споживанні. Слід зазначити, що абсолютний ризик дитячого гострого мієлолейкозу був дуже низьким.

#### *Епізодичне споживання алкоголю (запої)*

Ризик залежить від частоти цих епізодів і від спожитої кількості (2004 рік). Це співвідноситься з піками високої концентрації у матері, які можуть співпадати з переломними періодами розвитку плода. Усереднене визначення дози алкоголю при епізодичному вживанні становить 4-5 одиниць алкоголю за 24-годинний період. Системний огляд 14 досліджень розглянуло результати народжень. В цілому не виявлено істотного впливу на вагу, гестаційний вік, ріст новонароджених та вроджені вади, включно з ФАС (2007 рік), автори висловили стурбованість з приводу якості аналізованих досліджень.

Інформують про немовлят з мікроцефалією, пласким фільтром, тонкою каймою верхньої губи в асоціації зі збільшенням кількості епізодів споживання алкоголю в другій половині I триместру вагітності (2012 рік). При епізодичному вживанні алкоголю не продемонстровано чіткого зв'язку зі структурними аномаліями. Також сповіщається про підвищений ризик розщілини губи та піднебіння у дітей матерів з епізодичним вживанням алкоголю (2008 рік), за іншими даними цей ризик не є статистично значимим (2007 рік). Повідомляється про істотне підвищення частоти омфалоцеле та гастрошизису, але не краніосиностозу у немовлят, чиї матері споживали понад 4 алкогольні напої епізодично в період вагітності (2011 рік). Остаточне дослідження (2013 рік) не показало асоціації з дефектами нервової трубки. Не було виявлено істотного підвищення частоти крипторхізму (2009 рік) чи ізольованого дефекту міжшлуночкової перетинки та дефекту міжпередсердної перетинки у дітей жінок, які епізодично вживали при вагітності алкоголь (2011 рік). Дослідження Данського національного

когортного дослідження народжень повідомило про збільшення випадків смертності доношених немовлят, народжених жінками з 3 і більше епізодами вживання алкоголю при вагітності (2009 рік). В іншому дослідженні одноразовий епізод споживання алкоголю між 11 та 16 тижнями вагітності асоціювався з підвищеним ризиком епілепсії (2009 рік).

Нещодавній мета-аналіз 34 когортних досліджень, 15 з яких охоплювали дані про дітей віком від 6 місяців до 4 років, матері які зловживали алкоголем епізодично при вагітності, продемонстрували істотну асоціацію між таким алкоголізмом та зниженням когнітивних здатностей дітей. Проте, ці знахідки мали порогову значимість при аналізі тільки досліджень з підтвердженою якістю (2014 рік). Не було виявлено впливу на інші нейропсихологічні параметри, включаючи поведінку, зоровий та моторний розвиток. Зате інші виявили підвищення неувважності та гіперактивності у дітей без впливу на IQ у випадку епізодичного споживання алкоголю в II та III триместрах (2009 рік).

За даними CDC відстежуються наступні тенденції споживання алкоголю вагітними у США за період 2011-2018 років (опубліковано у 2020 році у *American Journal of Preventive Medicine*): постійність як регулярного, так і епізодичного вживання алкоголю вагітними жінками віком 18-44 років в США зростає. Регулярне вживання алкоголю (щонайменше, одного, будь-якого алкогольного напою за останні 30 днів) – з 9,2% в 2011 році до 11,3% у 2018 році. З приводу епізодичного вживання (чотири та більше напоїв при нагоді за останні 30 днів): 2,5% у 2011-му році і 4,0% у 2018 році.

#### *Зловживання алкоголем батьком*

Підозра на те, що важка алкогольна залежність батька перед заплідненням призводить до ФАС вченими не була підтверджена. У звіті Ради Американської медичної асоціації вказано, що затримка розвитку та деякі несприятливі аспекти внутрішньоутробного розвитку можуть зумовлюватися впливом алкоголізму батька, однак переконливі докази повного ФАС при такому впливі відсутні. Група авторів опублікувала два

повідомлення з наведенням доказів на підтримку асоціації між «регулярним вживанням» алкоголю чоловіком [майбутнім батьком] за місяць до запліднення та вагою новонародженого. «Регулярне вживання» визначили як «вживання в середньому, принаймні, 30 мл етанолу щоденно або 75 та більше мл одноразово, принаймні, раз на місяць». Періодичний прийом алкоголю (запої) визначили, як споживання в меншій кількості, ніж при регулярному споживанні. Середня вага 174 новонароджених – 3465 грам – у батьків [чоловіків], «регулярних споживачів», була на 181 грам нижчою за такий же показник у 203 новонароджених від батьків [чоловіків], які були визначені як епізодичні споживачі алкоголю, це істотна різниця ( $p < 0,001$ ). Регресійний аналіз спрогнозував зниження ваги новонароджених на 137 грам. Показники охарактеризували статтю (хлопчики 3561 проти 3733 грам, дівчатка 3364 проти 3538 грам), відсотком немовлят вагою  $< 3000$  грам (15% проти 9%), відсотком немовлят вагою  $> 4000$  грам (12% проти 23%), що продемонструвало статистичну значимість. Слідуючі показники не залежали від впливу алкоголізму батька: ріст, окружність голови, гестаційний вік, оцінка за шкалою Апгар. Враховуючи обставини матерів – алкоголізм, паління, вживання марихуани – не впливало на статистичну значимість показників. Аналіз 20 досліджуваних репродуктивних показників та соціально-економічних варіантів, включав паління та використання марихуани батьком, та не впливав на попередній результат. У дітей батьків [чоловічої статі], постійних споживачів алкоголю, не знайдено підвищення частоти структурних дефектів, проте вибірка була замалою. На противагу цим даним інші вчені не знайшли зв'язку між алкоголізмом батьків [чоловічої статі] та вагою новонароджених. Тому є потреба у додаткових дослідженнях, оскільки біологічні механізми запропонованої асоціації залишаються не визначеними.

Безпечного рівня споживання алкоголю при вагітності не виявлено. Американська рада з науки та охорони здоров'я рекомендує обмежити

вживання алкоголю при вагітності до кількості, яка не перевищує 2 напоїв на добу (1 унція або 30 мл абсолютного алкоголю).

Проте, кращою рекомендацією для вагітних та жінок, які планують вагітність, є утримання від прийому алкоголю взагалі.

### **Результати дослідження**

В 2020 р. у Сумській області перебувало під диспансерним наглядом з приводу розладів психіки та поведінки через зловживання алкоголю 20668 осіб, тобто кожна 45-й доросла людина. З них не менше 37% знаходяться у віці від 15 до 35 років (найбільш активний дітородний вік).

Під час проведення скринінгу населення щодо вживання спиртних напоїв, який проводили за допомогою тесту AUDIT-C, взяло участь 60 осіб різного віку, які проживають у м. Суми та м. Конотоп. Серед респондентів було 39 жінок (65%) і 21 чоловіків (35%).

Позитивний тест показали 18 чоловіків (86%) і 33 жінки (85%). Серед жінок з високим ризиком алкогольної залежності (тобто з позитивними результатами тесту) 26 (79%) планують вагітність в майбутньому. Серед жінок, які не планують вагітність, позитивні результати тесту показали 8 чоловік, тобто 100% респондентів даної групи.

Середній скор тесту AUDIT-C в чоловічій популяції населення Сумської області становить  $5,46 \pm 3,07$  балів, в жіночій популяції -  $6,32 \pm 3,16$  балів. Не виявлені достовірні відмінності в споживанні алкоголю серед чоловіків і жінок -  $t_{\text{розр}} = 0,86$ ,  $t_{\text{кр}} = 2$  ( $p > 0,05$ ).

Середній скор тесту AUDIT-C у жіночій популяції населення Сумської області розподілився наступним чином: серед жінок, які планують в майбутньому вагітність, він складав  $5,97 \pm 3,28$  балів, серед жінок, які не планують вагітність в майбутні роки, цей показник становив  $7,44 \pm 2,6$ . При цьому статистичних відмінностей в споживанні алкоголю серед цих груп жінок не виявлено —  $t_{\text{розр}} = 0,35$ ,  $t_{\text{кр}} = 2$  ( $p > 0,05$ ).

Низький ризик для здоров'я від споживання алкоголю мали 15,4 % жінок та 19,05% чоловіків, середній ризик мали 43,6% жінок та 66,7%



чоловіків, високий ризик для здоров'я мали 33,3 % жінок та 19,05% чоловіків. Кількість осіб з ймовірною алкогольною залежністю серед жінок становила 5,13%, у той же час серед респондентів не виявлено чоловічої статі не виявлено осіб з цієї групи ризику.

Таблиця 1

Розподіл осіб жіночої та чоловічої статі у групах ризику вживання  
алкоголю

Скор тесту AUDIT-C, бали	Характеристика ризику для здоров'я	Жінки	Чоловіки
0-3 (жін) або 0-2(чол.)	Низький	6 (15,4%)	4 (19,05%)
4-7 (жін.) 3-7 (чол.)	Середній	17 (43,6%)	14 (66,7%)
8-10	Високий	13 (33,3%)	4(19,05%)
11-12	Ймовірна алкогольна залежність	2 (5,13%)	0

### 3. Результати опитування лікарів

Щоденно звертаються до лікаря акушер-гінеколога з приводу небажаної вагітності в середньому  $10 \pm 5,1$  жінок. З них 50% звертаються для аборту в термін до 12 тижнів, та ще 50% — після 12 тижнів вагітності. Найбільш частою причиною відмови від народжування дитини є несприятливі матеріальні умови життя, про це повідомили 33% лікарів акушер-гінекологів. Приблизно 23% лікарів в якості причини, що спонукає жінку зробити аборт, вказали небажання народжувати дитину. Ще 30%

респондентів з числа лікарів не змогли вказати найбільш ймовірну причину відмови від народження дитини. 13% (4 особи) респондентів з числа лікарів вказали, що найчастіше причиною відмови народжувати дитину є зачаття вагітності у стані алкогольного сп'яніння, тобто з врахуванням отриманих даних отримуємо, що як мінімум 10 з 300 жінок, що звертаються щоденно з приводу небажаної вагітності (тобто не менше 3%), могли зачати дитину у стані алкогольного сп'яніння.

При опитуванні, яким чином лікарі акушер-гінекологи встановлюють схильність жінки до зловживання алкоголю, 6,7 % лікарів заявили, що роблять фіктивну відмітку в індивідуальній або обмінній карті, 60% вказали, що використовують цілеспрямоване але просте опитування під час збору анамнезу. 33% респондентів з числа лікарів акушер-гінекологів використовують для цього спеціально розроблені скринінгові питання, що встановлюють лише факт зловживання жінками алкоголю. Жодний лікар не вказав, що роблять це за допомогою спеціально розроблених питань для діагностики розладів, пов'язаних з вживанням алкоголю. Ці дані свідчать про те, що робота щодо виявлення жінок схильних до зловживання алкоголю у медичному закладі недостатньо організована та не завжди є актуальною та пріоритетною.

Було з'ясовано, які з психодіагностичних тестів, що широко використовують у світовій лікарняній практиці з метою виявлення симптомів алкогольної залежності, відомі лікарям акушер-гінекологам, та запропонували обрати найбільш популярні Мічиганський алкогольний скринінг-тест MAST, Тест CAGE (Cut, Annoyed, Guilty, Eye-opener), Audit – C. Всі 100% лікарів-респондентів повідомили, що ці тести їм не відомі.

При з'ясуванні термінів звернення жінок, що зловживають алкоголем, для штучного переривання вагітності, 12% лікарів-респондентів вказали на термін до 12 тижнів вагітності, 53% лікарів-респондентів вказали на термін більше 12 тижнів, 10% вказали на термін більше 22 тижнів вагітності. Це

свідчить про недостатньо організовану просвітницьку роботу серед населення.

За даними опитування стало відомо, що значна частина жінок, що зловживають алкоголем, все ж звертається для продовження вагітності. Проте роблять це в основному у терміні більше 12 тижнів вагітності - про це вказали 90% лікарів-респондентів. 10% лікарів заявили, що ця група жінок уперше звертається до лікаря акушер-гінеколога з приводу «затримки місячних» лише після 22-го тижня вагітності, у періоді завершеного ембріогенезу. Практично це не потрапляється у більш ранні терміни вагітності, що унеможлиблює роботу лікаря щодо профілактики несприятливих наслідків вагітності у жінок, які зловживають алкоголем.

При з'ясуванні, чи відомі лікарям акушер-гінекологам випадки продовження вживання алкоголю жінками, що дізнавались про свою вагітність, 67% лікарів-респондентів відповіли, що їм відомі лише поодинокі випадки, 33% лікарів вказали, що не знають таких випадків.

На питання, чи призначаєте Ви жінкам, що зловживають алкоголем, консультацію лікаря-нарколога та/або психолога, 77% лікарів-респондентів відзначили, що «ніколи» та «іноді», і лише 23% - що постійно призначають. На питання «Чи направляли Ви інформацію про сім'ї або про молодих жінок, що зловживають алкоголем, в адміністративний відділ поліклініки (лікарні) для подальшого реагування?» 90% лікарів-респондентів відповіли, що тільки під час річного звіту, 10 % відзначили, що ніколи не направляли таку інформацію. Жодний з лікарів не вказав цей вид роботи у якості поточної діяльності лікаря.

Також не існує належного зв'язку лікарів з соціальними службами міста стосовно соціально-просвітницької роботи серед жінок та сімей, що зловживають алкоголем. Про це свідчать результати опитування: 97% лікарів-респондентів заперечували такий вид діяльності в лікарській практиці, і лише 1 лікар відповів позитивно.

На питання «Чи пропонуєте Ви жінкам, що зловживають алкоголем, використовувати засоби контрацепції?» 100% лікарів респондентів відповіли позитивно. А на питання «Чи пропонуєте Ви вагітним жінкам, що зловживають алкоголем, зробити аборт?» 57% респондентів відповіли «так, завжди» та 43% надали відповідь «так, іноді». Третій, запропонований нами, варіант відповіді «ні, ніколи» не був відмічений жодним лікарем.

За даними анкетування 100% лікарів респондентів відзначили, що завжди пояснюють вагітним жінкам, що зловживають алкоголем, про можливі ризики цієї небезпечної поведінки.

На питання «Які протизаплідні методи ви в основному пропонуєте жінкам, що зловживають алкоголем?» 80% лікарів респондентів дали відповідь «бар'єрні методи», 10% повідомили про гормональні медикаментозні засоби, 10% - про хімічні сперміцидні засоби.

На питання «Як часто жінки, що зловживають алкоголем, мають інші ризикові звички (тютюнопаління, вживання наркотиків та ін.)?» 100% лікарів-респондентів вказали відповідь «так, це часте явище».

На питання «Чи були у Вашій практиці випадки народження дитини з алкогольним синдромом плода?» 73 відсотки лікарів – респондентів відповіли позитивно, тобто такі випадки у їх практиці зустрічалися, або вони знають про такі випадки у практиці їх колег, 27% лікарів повідомили, що не зустрічалися з такими випадками.

Відомо, що в деяких країнах існує практика санкціонування жінок, що народили дитину з алкогольним синдромом плода (дизморфією). На питання «Яке Ваше ставлення до такого роду законодавства?» 16,7% лікарів-респондентів дали позитивну відповідь (так, підтримую), 56,7% лікарів-респондентів відзначили неоднозначне ставлення, 26,7% — повідомили про негативне ставлення до такої законодавчої практики.

## **Висновки**

1. Вживання алкоголю під час вагітності викликає широкий спектр патології, серед яких найскладнішою, з точки зору громадського здоров'я, є

ФАСП. Поширеність ФАСП у різних країнах світу варіює у межах від 0,1 до 111 випадків на 1000 населення. Поширеність ФАСП в Україні становить 5,7 на 10000 народжених живими, проте цей рівень не відповідає дійсності внаслідок гіподіагностики цієї патології, причинами якої є недостатня обізнаність лікарів. Найважливішими факторами ризику ФАСП є вживання алкоголю матір'ю протягом вагітності, та доза алкоголю, що вживається.

2. В Сумській області 82% жінок та 81% чоловіків мають ризик негативних наслідків від споживання алкоголю. Не існують відмінності у величині цього ризику для жінок та чоловіків, а також для жінок що планують вагітність та жінок, що не планують її у майбутньому.

3. Робота лікарів щодо виявлення жінок, схильних до зловживання алкоголю, часто є формальною та недостатньо організованою, а лікарі не мають спеціальних знань щодо проведення такого діагностування, хоча й усвідомлюють актуальність цієї проблеми та необхідність впливу на неї. Відсутність взаємодії лікарів із вузькопрофільними спеціалістами та соціальними службами не дозволяє ефективно впливати на жінок, що мають ризик вагітності під впливом алкоголю.

### **Практичні рекомендації**

1. Організувати навчання лікарів, особливо лікарів первинної ланки надання медичної допомоги, щодо виявлення жінок з групи ризику небажаної вагітності під впливом алкоголю, щодо мотивованого консультування цих жінок та щодо діагностування ФАСП.

2. Організувати навчання соціальних служб щодо скринінгу та ефективного впливу на жінок з групи ризику .

3. Налагодити схеми взаємодії служби охорони здоров'я з соціальними службами області для ефективного впливу на проблему народження дітей з ФАСП.

4. Залучити громадськість, насамперед громадські організації та політично і соціально активну молодь до впливу на цю проблему шляхом організації арт-перформансів, створення мотиваційних банерів та ін.

## Література

1. Скрипніков А.М. Наркологія: навчальний посібник /Скрипніков А.М., Напрєєнко О.К., Сонник Г.Т. – Тернопіль: ТДМУ, 2008. – 360 с
2. Bradley KA, Bush KR, Epler AJ, et al (2003). Two brief alcohol-screening tests From the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Validation in a female Veterans Affairs patient population. *Arch Intern Med.* 163:821-9.
3. Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, et al (1998). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). *Arch Intern Med.* 158:1789-95.
4. Omkarappa DB, Rentala S. Anxiety, depression, self-esteem among children of alcoholic and nonalcoholic parents. *J Family Med Prim Care.* 2019;8(2):604-609. doi:10.4103/jfmprc.jfmprc\_282\_18
5. Latino-Martel P, Chan DS, Druesne-Pecollo N, Barrandon E, Hercberg S, Norat T. Maternal alcohol consumption during pregnancy and risk of childhood leukemia: systematic review and meta-analysis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2010 May;19(5):1238-60. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-09-1110. PMID: 20447918.
6. Ogston SA, Parry GJ. EUROMAC. A European concerted action: maternal alcohol consumption and its relation to the outcome of pregnancy and child development at 18 months. Results--strategy of analysis and analysis of pregnancy outcome. *Int J Epidemiol.* 1992;21 Suppl 1:S45-71. doi: 10.1093/ije/21.supplement\_1.s45. PMID: 1399220.
7. <https://www.niaaa.nih.gov/alcohols-effects-health/overview-alcohol-consumption/what-standard-drink>