



Organizator:

FUNDACJA
ZDROWIE DZIECKA



*Kampania społeczna
uświadamiająca
konsekwencje picia alkoholu
w ciąży (FAS), kształtująca postawę
współodpowiedzialności
za nowe życie osób
z otoczenia kobiet w ciąży*

**Wybierz mądrze
– nie pij w ciąży!**

Życie Twojego dziecka jest najważniejsze!



Partner:



Partner Wspierający:



Projekt jest współfinansowany
ze środków Gminy Miejskiej Kraków

Patronat Honorowy:



PAŃSTWOWA AGENCJA ROZWIĄZYWANIA
PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH

Spis treści

I	ROZPOWSZECHNIENIE FASD W POLSCE
II	FAS – ALKOHOLOWY ZESPÓŁ PŁODOWY – KONSEKWENCJE SPOŻYCIA ALKOHOLU DLA PŁODU
III	CECHY CHARAKTERYSTYCZNE WYRÓŻNIAJĄCE DZIECI Z FAS. CZY DOROŚLI Z FAS ODNAJDUJĄ SIĘ W SPOŁECZEŃSTWIE?
IV	DZIECKO Z FAS – JAKICH WYMAGA KONSULTACJI I NA CO LEKARZ PEDIATRA POWINIEN ZWRACAĆ UWAGĘ PROWADZĄC DZIECKO Z FAS?
V	LOKALNE DZIAŁANIA W ZAKRESIE PROFILAKTYKI FAS NA PRZYKŁADZIE MIEJSKIEGO CENTRUM PROFILAKTYKI UZALEŻNIEŃ W KRAKOWIE

„Matka” to czasownik. To coś, co robisz, nie tylko ktoś, kim jesteś.

- Cheryl Lacey Donovan -

Szanowni Państwo,

hasłem kampanii społecznej uświadamiającej konsekwencje picia alkoholu w ciąży (FAS), kształtującej postawę współodpowiedzialności za nowe życie wśród osób z otoczenia kobiet w ciąży, jest slogan „Wybierz mądrze – nie pij w ciąży”. Te dwa sugestywne zwroty stanowią kwintesencję działań edukacyjnych i informacyjnych kampanii.

Terminem FAS (ang. Fetal Alcohol Syndrome, pl. Płodowy Zespół Alkoholowy) określa się zaburzenia, które pojawiają się u dzieci jako rezultat spożywania alkoholu przez kobietę w czasie ciąży. To inaczej zespół wad wrodzonych dotyczących organizmu dziecka w szczególności układu nerwowego. Broszura, którą oddajemy w Państwa ręce, przedstawia różne spojrzenia specjalistów i praktyków na temat FAS. Mowa m.in. o pediatrach, psychiatrach, ginekologach czy osobach na co dzień tworzących programy i kampanie dotyczące FAS i FASD (ang. Fetal Alcohol Spectrum Disorders pl. Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych) oraz specjalistach pracujących z osobami uzależnionymi.

Zjawisko picia alkoholu w ciąży nie jest problemem indywidualnym, powodowanym jednym czynnikiem, jakim jest uzależnienie. Może wynikać m.in. z niewiedzy lub nieświadomości ryzyka. Ponadto, odpowiedzialność za nowe życie nie spoczywa tylko na przyszłej matce. Wszyscy mamy wpływ na zachowania naszych najbliższych.

Mamy nadzieję, że publikacja wzbogaci Państwa wiedzę na temat FAS oraz przyczyni się do zwiększenia społecznej świadomości o konsekwencjach picia alkoholu w ciąży, a także zachęci do podjęcia dyskusji społecznej poświęconej temu zagadnieniu.

Z życzeniami szczęśliwego rodzicielstwa
Fundacja Zdrowie Dziecka
www.zdrowiedziecka.org



ROZPOWSZECHNIENIE FASD W POLSCE

KRZYSZTOF BRZÓZKA

*Dyrektor Państwowej Agencji
Rozwiązywania Problemów Alkoholowych*



SZACUJE SIĘ, ŻE W EUROPIE FASD JEST NAJBARDZIEJ ROZPOWSZECHNIONYM, NIE GENETYCZNYM SCHORZENIEM NEURO-ROZWOJOWYM DOTYCZĄCYM OKOŁO 1% WSZYSTKICH ŻYWYCH URODZEŃ (CARPENTER, 2011). PIERWSZE I JAK DOTEJ PORY JEDYNE, BADANIA DOTYCZĄCE ROZPOWSZECHNIENIA FASD W POLSCE PRZEPROWADZIŁA PAŃSTWOWA AGENCJA ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH, W RAMACH PROJEKTU ALICJA (OKULICZ-KOZARYN, BORKOWSKA, BRZÓZKA) [1]

Celem projektu było oszacowanie jak wiele dzieci w wieku 7-9 lat jest dotkniętych problemami zdrowotnymi będącymi wynikiem działania alkoholu na rozwijający się płód, wybór najbardziej efektywnych metod rozpoznawania takich problemów zdrowotnych u dzieci oraz skierowanie dzieci z rozpoznaniem FASD na właściwą terapię i fachowe wsparcie dla ich rodzin. Do udziału w badaniach wylosowano 2500 dzieci w wieku 7-9 lat z losowo dobranych klas szkolnych z 4 powiatów/województw z południowowschodniej Polski. Województwa wybrane do udziału w projekcie charakteryzują się znacznym zróżnicowaniem rozpowszechnienia picia alkoholu przez kobiety w ciąży, które w Podkarpackim i Świętokrzyskim nie przekracza 10%, a w Małopolskim i Śląskim – jest blisko dwa razy wyższe (GIS, 2009).



PROCEDURA BADAŃ OBEJMOWAŁA TRZY ETAPY:

I. Badanie przesiewowe – realizowane było w szkołach przez przeszkolonych pedagogów/pracowników socjalnych i pielęgniarki. Na tym etapie zbierano informacje dotyczące masy ciała, wzrostu i obwodu głowy dzieci, zaburzeń zachowania i/lub nauki dziecka zgodnie z oceną rodziców/opiekunów oraz wychowawców. Powyższe dane były podstawą do zakwalifikowania dziecka do dalszych badań, jeżeli którykolwiek parametr wynosił poniżej 10 centyla lub występowały znaczące problemy z zachowaniem lub nauką.

II. Diagnoza neuropsychologiczna i podstawowa – medyczna. W tym etapie badania, dane na temat każdego dziecka były

zbierane niezależnie przez trzy, przeszkolone osoby: psychologa/neuro-psychologa, psychologa lub pedagoga oraz lekarza lub pielęgniarkę.

Zadaniem lekarza/pielęgniarki była, przede wszystkim, ocena cech twarzy dziecka, pod kątem występowania zmian dysmorficznych charakterystycznych dla FAS, czyli skróconej szpary powiekowej, zmniejszonej czerwieni wargowej górnej, spłyconej rynienki podnosowej.

Pedagog/psycholog prowadził wywiad z biologiczną matką dziecka dotyczący przebiegu ciąży, stylu życia matki w czasie ciąży, w tym – ewentualnego działania teratogenów na płód. Rodzic/opiekun

był też proszony o wypełnienie arkusza CBCL – kwestionariusza opisującego zaburzenia zachowania dziecka. Zadaniem psychologa/neuropsychologa była diagnoza funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego (OUN) w następujących obszarach: funkcje neurologiczne (motoryczne i werbalne), funkcje intelektualne, komunikacja, osiągnięcia szkolne, pamięć, myślenie abstrakcyjne, zaburzenia uwagi/hiperaktywność, zachowania adaptacyjne, umiejętności społeczne. Diagnoza OUN w oparciu o wystandaryzowane testy była uzupełniana oceną kliniczną dysfunkcji uwzględniającej sytuację rodzinną, ekonomiczną i historię życia dziecka.

Podsumowaniem indywidualnej pracy trzech specjalistów było spotkanie zespołu diagnostycznego, podczas którego analizowano i podsumowywano zebrane informacje na temat danego dziecka i formułowano diagnozę zgodnie z kanadyjskimi kryteriami diagnostycznymi (Chudley i wsp.,2005).

III. Końcowy etap badań przewidywał pogłębioną diagnozę medyczną poprzez badanie struktur mózgowia metodą rezonansu magnetycznego, badanie czynności okoruchowej, ocenę morfometryczną twarzy, ocenę pamięci wzrokowej, uwagi oraz pamięci roboczej i zdolności planowania w oparciu o komputerową baterię testów CANTAB.

JAKIE SĄ PRZYCZYNY WYSTĘPOWANIA FASD?

Bezpośrednią przyczyną powstawania różnorodnych uszkodzeń w rozwoju płodu z obszaru FASD jest picie alkoholu przez ciężarną matkę w czasie ciąży. Jest wiele powodów dla których kobieta może sięgać po alkohol w czasie ciąży.

- ▶ **Pije, nie wiedząc, że jest w ciąży.** Jeśli nie jest to ciąża bardzo świadomie planowana, kobieta może się zorientować że jest w ciąży nawet po kilku tygodniach. Z chwilą, kiedy zaczyna przypuszczać, że może być w ciąży lub otrzymuje potwierdzenie od lekarza, zaprzestaje spożywania alkoholu. Jednak w czasie tych pierwszych tygodni, jeżeli wówczas sięgała po alkohol, mogło dojść do różnorodnych uszkodzeń płodu.
- ▶ **Nie wie o możliwych szkodliwych skutkach dla zdrowia i rozwoju dziecka.** Jak wykazały badania prowadzone przez GIS (2013r.)[2] 56% lekarzy ginekologów stwierdzających i prowadzących ciążę, w ogóle nie informowało kobiet o negatywnych skutkach spożywania alkoholu na rozwijający się płód.
- ▶ **Ma negatywny stosunek do ciąży, nie akceptuje jej** i dlatego podejmuje różne ryzykowne zachowania, które mogą doprowadzić do poronienia, w tym spożywa duże ilości alkoholu.
- ▶ **Chce się zrelaksować i wyciszyć przy użyciu alkoholu.** Alkohol jest substancją psychoaktywną, zmieniająca naszą świadomość. Ze względu na specyfikę swojego działania jest często używany przez ludzi w celu rozładowania stresu, napięcia, poprawy samopoczucia.

Jeżeli kobieta ma takie przyzwyczajenia dotyczące używania napojów alkoholowych, może również z nich korzystać w trudnych momentach w czasie ciąży.

- ▶ **Otrzymała błędne zalecenia od rodziny, znajomych lub specjalistów.** Istnieje wiele mitów dotyczących korzystnego wpływu alkoholu na zdrowie, w tym np.: „Wino podnosi poziom hemoglobiny...”, „Łóżysko skutecznie chroni dziecko przed szkodliwym działaniem alkoholu...”, „Piwo wzmacnia laktację”. Chociaż nie ma żadnych naukowych dowodów potwierdzających te twierdzenia, są one zakorzenione w opinii publicznej, tworząc przyjazny kontekst wobec zachowań związanych ze spożywaniem alkoholu. Niestety ciągle jeszcze zdarzają się sytuacje, gdy kobieta w ciąży otrzymuje błędne zalecenia od lekarza. W badaniach GIS (2013r.) 1,5% lekarzy zalecało kobietom w ciąży spożywanie niewielkich ilości alkoholu w celu podtrzymania ciąży lub z innych powodów. „Kieliszek czerwonego wina Pani nie zaszkodzi” – to częste stwierdzenie jakie może usłyszeć kobieta w ciąży. Problem w tym, że o ile faktycznie dorosłej kobiecie taka ilość alkoholu nie zaszkodzi, to już może zaszkodzić dziecku rozwijającemu się w jej łonie.
- ▶ **Jest uzależniona od alkoholu.** Zespół uzależnienia od alkoholu jest chorobą, która sprawia, że osoba uzależniona nie jest w stanie kontrolować i ograniczać zachowań związanych z piciem alkoholu. W takim przypadku nałóg staje się nadrzędny wobec decyzji, jakie podejmuje ciężarna kobieta.

WYNIKI – ROZPOWSZECHNIENIE FASD

Bardzo niski odsetek rodzin, które zgodziły się wziąć udział w badaniu uniemożliwia stwierdzenie jakie jest rzeczywiste rozpowszechnienie FASD w populacji dzieci siedmio- do dziewięcioletnich. Jednak, przyjmując założenie, że w badaniach z grupy docelowej (n=2500) „wyłapaliśmy” wszystkie dzieci z zaburzeniami rozwoju OUN możemy określić jaka jest dolna granica rozpowszechnienia FASD.

Zgodnie z przedstawionymi powyżej kryteriami diagnostycznymi Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych FASD występuje nie rzadziej niż u 20 na 1000 dzieci w wieku 7-9 lat, a w tym pełnoobjawowy

Płodowy Zespół Alkoholowy (FAS) - u 4 na 1000. Rozpowszechnienie Niepełnego Płodowego Zespołu Alkoholowego (pFAS) można szacować u 8 na 1000, podobnie jak Neurorozwojowych Zaburzeń Zależnych od Alkoholizmu (ARND - 8/1000).

Należy jednak pamiętać, że do postawienia takiego rozpoznania było konieczne potwierdzenie przez matkę tego, że w czasie ciąży piła alkohol. Ze względu na brak aprobaty społecznej dla picia alkoholu przez kobiety ciężarną, a co za tym idzie – niechętnie przyznawanie się do takiego zachowania, wyniki te mogą być znacznie zaniżone. Czynnikiem utrudniającym rzetelne oszacowanie ekspozycji płodu na alkohol jest też niewątpliwie długi okres czasu między ciążą a naszym badaniem.

WARTO PAMIĘTAĆ:

Alkoholowemu Zespołowi Płodowemu i innym uszkodzeniom wywołanym wpływem alkoholu na płód można w 100% zapobiec. Wystarczy zachować abstynencję w czasie ciąży!



KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE FAS

- A. zahamowanie wzrostu w okresie płodowym lub późniejszym, przynajmniej jedno spośród:
 - a) długość/masa ciała urodzeniowa mniejsza lub równa 10 centylowi
 - b) wzrost/masa ciała mniejsza lub równa 10 centylowi
 - c) niski wskaźnik masy ciała w stosunku do wzrostu (mniejsza lub równa 10 centylowi)
- B. współwystępujące 3 zmiany dysmorficzne twarzy:
 - a) skrócone szpary powiekowe (mniejsza lub równa 3 centylowi),
 - b) zmniejszona czerwień wargowa górna (4 lub 5 na skali)
 - c) spłycona rynienka podnosowa (4 lub 5 na skali)
- C. nieprawidłowy rozwój centralnego układu nerwowego przynajmniej w 3 obszarach (twarde i miękkie objawy neurologiczne; struktura mózgu; funkcje intelektualne; komunikacja; osiągnięcia szkolne; pamięć; funkcje wykonawcze, myślenie abstrakcyjne; zaburzenia uwagi/hiperaktywność; zachowania adaptacyjne, umiejętności społeczne)
- D. przy spełnieniu powyższych kryteriów, nie jest konieczne potwierdzenie picia alkoholu przez matkę w czasie ciąży.

KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE PFAS

- A. zmiany dysmorficzne twarzy (współwystępowanie 2 z 3 cech: skrócone szpary powiekowe, zmniejszona czerwień wargowa górna, spłycona rynienka podnosowa)
- B. nieprawidłowy rozwój centralnego układu nerwowego przynajmniej w 3 obszarach (tak, jak przy FAS)
- C. potwierdzone picie alkoholu przez matkę w czasie ciąży.

KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE NEUROROZWOJOWYCH ZABURZEŃ ZALEŻNYCH OD ALKOHOLU (ARND)

- A. nieprawidłowy rozwój centralnego układu nerwowego przynajmniej w 3 obszarach (tak, jak przy FAS i pFAS)
- B. potwierdzone picie alkoholu przez matkę w czasie ciąży.

LITERATURA:

- [1] FASD Prevalence among Schoolchildren In Poland, JARID, 2015r.
- [2] „Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży” badanie zrealizowane na zlecenie GIS, 2013r.



FAS – ALKOHOLOWY ZESPÓŁ PŁODOWY – KONSEKWENCJE SPOŻYCIA ALKOHOLU DLA PŁODU

DR HAB. MED. PROF. UJ HUBERT HURAS

*Ordynator Kliniki Położnictwa i Perinatologii Szpitala
Uniwersyteckiego w Krakowie*

DR MED. ANDRZEJ JAWOROWSKI

**LEK. MED.
MAŁGORZATA ZEMBALA-SZCZERBA**

ze Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie



PICIE ALKOHOLU W CZASIE CIĄŻY USZKADZA ZARODEK I ROZWIJAJĄCY SIĘ PŁÓD. JEST TO JEDNOCZEŚNIE NAJCZĘSTSZA Z PRZYCZYN WAD WRODZONYCH I NIEPRAWIDŁOWOŚCI ROZWOJOWYCH U DZIECI, KTÓRĄ MOŻNA CAŁKOWICIE WYELIMINOWAĆ.

Alkoholowy zespół płodowy (FAS), to zespół zaburzeń rozwojowych dotyczący dzieci, które w okresie prenatalnym są narażone na kontakt z alkoholem. Występuje on wyłącznie w konsekwencji spożycia alkoholu przez ciążną kobietę. Nieprawidłowości rozwojowe u dziecka, wynikające z picia przez jego matkę alkoholu w czasie ciąży, mają szerokie spektrum – od nieznacznych zaburzeń poznawczych, po opóźnienie umysłowe wraz z charakterystycznymi zmianami w wyglądzie (cechy fenotypowe). Niezależnie od nasilenia tych zmian, są one nieodwracalne. Spożycie alkoholu przez kobiety w ciąży stanowi również czynnik ryzyka: zgonu wewnątrzmacicznego, zaburzenia wzrostu wewnątrzmacicznego, poronienia, przedwczesnego porodu oraz zaburzeń struktury i wyglądu narządów płodu. W konsekwencji może również prowadzić do zaburzeń zachowania i funkcji poznawczych dziecka, wpływając na jakość jego całego późniejszego życia.

FAS CZĘSTSZY NIŻ ZESPÓŁ DOWNA

Efekty spożycia alkoholu w ciąży po raz pierwszy zostały opisane w 1973 roku (Fetal Alcohol Syndrome – FAS), co szybko znalazło odzwierciedlenie w postaci oficjalnych ostrzeżeń kierowanych do kobiet ciężarnych – początek lat 80-tych XX wieku [1]. Mimo wysiłków wielu instytucji dążących do uświadomienia społeczeństwa i ograniczenia spożycia alkoholu w ciąży, w dalszym ciągu bardzo wiele kobiet ignoruje ostrzeżenia. Występowanie FAS szacuje się na 0,2-1,5 przypadków na 1000 żywych urodzeń na świecie. Około 4 miliony noworodków rocznie jest narażone na alkohol w okresie prenatalnym. W Polsce, według najnowszych statystyk podanych przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, nie mniej niż 20 na 1000 noworodków rodzi się z uszkodzeniami spowodowanymi spożywaniem przez ich matki alkoholu w czasie ciąży. Płodowy zespół alkoholowy występuje częściej niż zespół Downa i jest uważany za najczęstszą przyczynę upośledzenia umysłowego w krajach zachodnich [2].

NAJBARDZIEJ NARAŻONY JEST UKŁAD NERWOWY

Alkohol i produkty pochodzące z jego rozkładu uszkadzają zarodek i rozwijający się płód. Spożywany przez ciążną kobietę przenika on przez barierę łożyskową, osiągając u płodu stężenie na poziomie porównywalnym do tego u matki. Metabolizm alkoholu u płodu jest jednak dużo bardziej ograniczony (nieodjrzała jeszcze wątroba nie posiada odpowiednich enzymów, które pozwalają na rozkład i wydalanie alkoholu z organizmu), dlatego jego toksyczne działanie znacznie się wydłuża. Skutki szkodliwego oddziaływania alkoholu na płód zależą przede wszystkim od czasu (moment rozwoju płodu) i dawki w jakiej jest spożywany. Rozwijający się organizm jest najbardziej wrażliwy w momencie intensywnego podziału komórek, a w początkowym okresie ciąży (pierwszy trymestr) działa zasada „wszystko albo nic” – płód narażony w tym czasie na działanie szkodliwego czynnika (np. alkoholu) może w ogóle nie zostać uszkodzony, natomiast jeśli do takiego uszkodzenia dojdzie i będzie ono poważne, ciąża może zakończyć się przedwcześnie, poronieniem. Warto również pamiętać, że w pierwszych ośmiu tygodniach życia dziecka rozwijają się wszystkie układy i narządy w tym m.in. układ krwionośny i serce. Znacznie dłużej kształtuje się natomiast centralny system nerwowy i to on jest najbardziej zagrożony (przez cały okres trwania ciąży) – alkohol uszkadzając komórki nerwowe i zaburzając ich prawidłowe przemieszczanie się, dzielenie i dojrzewanie, prowadzi do nieodwracalnych zmian w mózgu płodu. [3]

NIE MA BEZPIECZNEJ DAWKI ALKOHOLU

Powiązanie między dawką alkoholu a wadami wrodzonymi nie zostało jasno ustalone. Nie wiadomo, jaka ilość alkoholu spożyta przez kobietę ciężarną nie stanowi jeszcze ryzyka uszkodzenia płodu. Dzieci wykazujące pełnoobjawowy Płodowy Zespół Alkoholowy są rodzone przez matki, które spożywały alkohol w ciąży w dużych ilościach. Dostępne dane pokazują jednak, że zarówno zaburzenia rozwojowe, jak i anomalie anatomiczne były obecne nawet u dzieci, których matki

przyznawały się jedynie do małego lub umiarkowanego spożycia alkoholu. [4]

Na pełnoobjawowy zespół FAS składają się: dysmorfia twarzy, w tym wygładzona rynienka podnosowa (zagłębienie biegnące w linii środkowej twarzy, od przegrody nosa do wargi górnej), cienka górna warga, szeroko rozstawione oczy, ponadto zaburzenia wzrostu (zarówno w okresie prenatalnym jak i po urodzeniu), a także strukturalna lub funkcjonalna dysfunkcja centralnego systemu nerwowego, w tym: mikrocefalia (wada rozwojowa charakteryzująca się nienaturalnie małymi wymiarami czaszki),

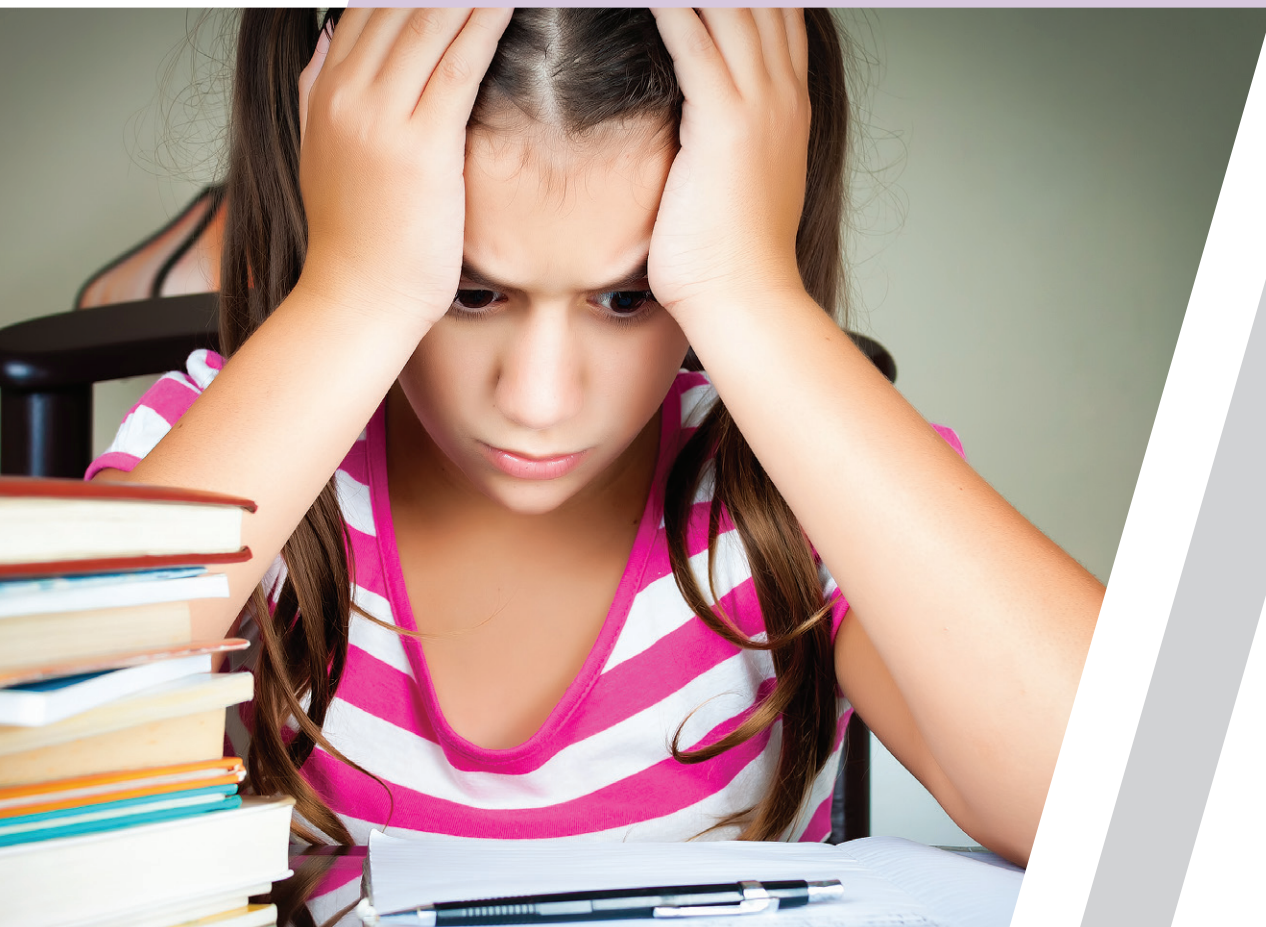
ograniczenie intelektualne, zaburzenia językowe, motoryczne lub zaburzenia pamięci. Ekspozycja na alkohol może prowadzić tylko do subtelnych zmian w zakresie każdego z elementów FAS, w tzw. poronnych postaciach [4,5,6].

Podsumowując, w ciąży nie ma bezpiecznej dawki alkoholu, nie ma bezpiecznego czasu, ani bezpiecznego rodzaju alkoholu. Zespołowi FAS można zapobiegać, a jedyną w 100% skuteczną metodą profilaktyczną jest całkowita abstynencja w czasie ciąży.

LITERATURA:

- [1] Warren KR A Review of the History of Attitudes Toward Drinking in Pregnancy. *Alcohol Clin Exp Res.* 2015 Jul;39(7):1110-7
- [2] Bertrand J, Floyd LL, Weber MK; Fetal Alcohol Syndrome Prevention Team, Division of Birth Defects and Developmental Disabilities, National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guidelines for identifying and referring persons with fetal alcohol syndrome. *MMWR Recomm Rep.* 2005 Oct 28;54(RR-11):1-14.
- [3] Guizzetti M, Zhang X, Goeke C, Gavin DP. Glia and neurodevelopment: focus on fetal alcohol spectrum disorders. *Front Pediatr.* 2014 Nov 11;2:123
- [4] Dörrie N, Föcker M, Freunschtl I, Hebebrand J. Fetal alcohol spectrum disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2014 Oct;23(10):863-75.
- [5] Streissguth, A.P. Sampson, P.D. Barr, H.M. Neurobehavioral dose-response effects of prenatal alcohol exposure in humans from infancy to adulthood. *Annals of the New York Academy of Sciences* 562:145-158, 1989.
- [6] Senturias Y, Asamoah A. Fetal alcohol spectrum disorders: guidance for recognition, diagnosis, differential diagnosis and referral. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2014 Apr;44(4):88-95.





**/// CECHY
CHARAKTERYSTYCZNE
WYRÓŻNIAJĄCE DZIECI
Z FAS. CZY DOROŚLI
Z FAS ODNAJDUJĄ SIĘ
W SPOŁECZEŃSTWIE?**

*LEKARZ PSYCHIATRII DZIECI I MŁODZIEŻY
ALEKSANDRA SIKORA-SPOREK*

*Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy
im. św. Ludwika w Krakowie*

PŁODOWY ZESPÓŁ ALKOHOLOWY-FAS

czyli najcięższa postać poalkoholowych uszkodzeń płodu stanowi wg dostępnych danych zaledwie **10% poalkoholowych zaburzeń rozwojowych**. Do pozostałych podkategorii mieszczących się w **Spektrum Alkoholowych Uszkodzeń (FASD)** należą: **PFAS** – częściowy zespół alkoholowy, **ARND** - poalkoholowe zaburzenia układu nerwowego, **ARBD** – poalkoholowy defekt urodzeniowy, **FAE** - alkoholowy efekt płodowy oraz tzw **FARC**- poalkoholowe środowisko dla rozwoju płodu.

Udzietki dotkniętych zaburzeniami ze spektrum FAS mogą wystąpić charakterystyczne dysmorfie twarzy wyróżniające je na tle innych dzieci. Nie u wszystkich dzieci cechy będą jednak równie nasilone lub zauważalne (pFAS, ARND, ARBD). Wówczas pewne cechy w zachowaniu lub funkcjonowaniu będą wyróżnikiem na tle grupy rówieśniczej.

Najpoważniejszymi możliwymi konsekwencjami rozwojowymi u dzieci z FASD które mogą się pojawić jako następstwa uszkodzenia przez alkohol najbardziej wrażliwych struktur OUN tj: ciała modzelowatego, hipokampa, płatów czołowych, jąder postawy mózgu oraz kory mózgowej są:

- ▶ Opóźnienie rozwoju psychoruchowego („kroki milowe”, mowa)
- ▶ Obniżenie poziomu intelektualnego (u dzieci z FAS diagnozowane jest upośledzenie umysłowe różnego stopnia aż po normę, jednak iloraz inteligencji nie zawsze będzie przekładał się na realne możliwości dziecka, doświadczenia wskazują że dzieci z prawidłowym IQ mogą funkcjonować na poziomie upośledzenia i odwrotnie)
- ▶ Problemy psychiczne: (zaburzenia emocjonalne i nastroju, zaburzenia zachowania- w tym działania dysocjalne i przestępcze, zaburzenia lękowe oraz z kręgu OCD, zaburzenia nastroju, zespoły nadpobudliwości psychoruchowej

z deficytem uwagi, zaburzenia psychotyczne, zaburzenia sfery seksualnej w tym kłopoty z kontrolą impulsów seksualnych, zaburzenia osobowości, uzależnienia)

- ▶ Nieprawidłowe wzorce związku z osobą opiekującą, co klinicznie może skutkować reaktywnymi zaburzeniami przywiązania, bądź zaburzeniami selektywności przywiązania
- ▶ Trudności szkolne, kłopoty z koncentracją, zapamiętywaniem, uczeniem się (czasem tylko wybiórczych przedmiotów)
- ▶ Szereg trudności w funkcjonowaniu społecznym: trudności w relacjach rówieśniczych, kłopoty z radzeniem sobie w różnych sytuacjach, kłopoty z rozumieniem kontekstu sytuacyjnego i szereg nieadekwatnych zachowań w związku z tym, trudności w adaptacji do nowych sytuacji i warunków, np. nadmierna przyjaźliwość, lepkość i ufność w zachowaniu może mylnie sprawiać wrażenie, że dziecko rozwija się prawidłowo, nierozumienie metafor i kontekstu wydarzeń może prowadzić do nieprawidłowych ich interpretacji)
- ▶ Trudności z planowaniem, organizacją czasu, myśleniem abstrakcyjnym
- ▶ Zaburzenia rozwoju małej i dużej motoryki - przez co małe dzieci mogą sprawiać wrażenie pozornie niezdarnych

(np. kłopoty z pisaniem, jazdą na rowerze, z koordynacją ruchową)

- ▶ Zaburzenia integracji sensorycznej (nadwrażliwości/niedowrażliwości dotyczące zmysłów ciała mogą skutkować np. podwyższonym progiem bólu, wrażeniem, że dziecko nie słucha)
- ▶ Kłopoty z odżywianiem, nie tylko ze względu na ww nadwrażliwości, ale także pewnego rodzaju „dziwactwa jedzeniowe”
- ▶ Inne: Choroby somatyczne oraz wady wrodzone

Nasilenie, czas wystąpienia oraz ilość powyższych objawów będzie u każdego pacjenta inna, zależna od okresu, w którym matka spożywała alkohol, także od jego ilości (picie ciągłe vs incydentalne).

Dotychczasowe doświadczenia wskazują jednak, iż szybkie postawienie rozpoznania i szybkie wdrożenie oddziaływań terapeutycznych i leczniczych, może zminimalizować szkody wyrządzone przez toksyczne działanie alkoholu, jakkolwiek ich całkowite cofnięcie nie jest możliwe.

Objęcie wielospecjalistyczną opieką lekarską, psychologiczną, pedagogiczną i terapeutyczną od jak najmłodszego wieku daje możliwość poprawienia komfortu życia pacjentów, a także poprawnego ich funkcjonowania w społeczeństwie i w życiu społecznym, ponieważ to czego obawiamy się u dorosłych pacjentów z FAS, to wtórne następstwa w postaci:

- ▶ bezrobocia
- ▶ kłopotów z prawem
- ▶ chorób psychicznych
- ▶ bezdomności
- ▶ izolacji społecznej, wykluczenia

- ▶ licznych hospitalizacji (zarówno psychiatrycznych jak i somatycznych, jako konsekwencji zaniedbań zdrowotnych tych pacjentów)

Dorośli pacjenci z FAS, przy dobrze prowadzonej terapii, wczesnej interwencji, stałej pomocy, mogą funkcjonować w społeczeństwie unikając ww niekorzystnych następstw.

LITERATURA:

- Achenbach, T. M. (2001). *Child behavior checklist for 6-18 years*. Burlington, VT: ASEBA Products.
- Astley, S. J., & Clarren, S. K. (2000). *Diagnosing the full spectrum of fetal alcohol-exposed individuals: Introducing the 4-digit diagnostic code. Alcohol and Alcoholism*
- Coggins, T. E., Timler, G. R., & Olswang, L. B. (2007). *A state of double jeopardy: Impact of prenatal alcohol exposure and adverse environments on the social communicative abilities of school-age children with fetal alcohol spectrum disorder. Language, Speech, and Hearing Services in Schools*
- Fast, D. K., Conry, J., & Loock, C. A. (1999). *Identifying fetal alcohol syndrome among youth in the criminal justice system. Developmental and Behavioral Pediatrics*
- Greenbaum, R. L., Stevens, S. A., Nash, K., Koren, G., & Rovet, J. (2009). *Social cognitive and emotion processing abilities of children with fetal alcohol spectrum disorders: A comparison with attention deficit hyperactivity disorder. Alcoholism, Clinical and Experimental Research*,
- Herman, L. E., Acosta, M. C., & Chang, P. N. (2008).

Gender and attention deficits in children diagnosed with a fetal alcohol spectrum disorder. *The Canadian Journal of Clinical Pharmacology*

Nash, K., Rovet, J., Greenbaum, R., Fantus, E., Nulman, I., & Koren, G. (2006). Identifying the behavioural phenotype in fetal alcohol spectrum disorder: Sensitivity, specificity and screening potential. *Archives Women's Mental Health*

Nash, K., Stevens, S., Greenbaum, R., Weiner, J., Koren, G., & Rovet, J. (2014). Improving executive functioning in children with fetal alcohol spectrum disorders. *Child Neuropsychology*

Stevens, S. A., Major, D., Rovet, J., & Desrocher, M. (2012). Social problem solving in children with fetal alcohol spectrum disorders. *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*

Małgorzata Klecka: Rozwój diagnostyki poalkoholowego spektrum zaburzeń rozwojowych – przegląd narzędzi diagnostycznych. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 2010. [dostęp 2013-03-26].



IV DZIECKO Z FAS – JAKICH WYMAGA KONSULTACJI I NA CO LEKARZ PEDIATRA POWINIEN ZWRACAĆ UWAGĘ PROWADZĄC DZIECKO Z FAS?

LEK. KATARZYNA DYLĄG

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy
im. św. Ludwika w Krakowie

DR N. MED. KATARZYNA PRZYBYSZEWSKA

Kierownik Oddziału i Poradni Gastrologicznej
w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym
im. św. Ludwika w Krakowie

ZESPÓŁ FAS JEST SKUTKIEM TOKSYCZNEGO ODDZIAŁYWANIA ALKOHOLU, SPOŻYWANEGO PRZEZ KOBIETĘ CIĘŻARNĄ, NA KOMÓRKI PŁODU. W JEGO PRZEBIEGU DOCHODZI ZAZWYCZAJ DO USZKODZENIA CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO, NIEDOBORU WZROSTU I MASY CIAŁA ORAZ POWSTANIA CHARAKTERYSTYCZNYCH DYSMORFII W ZAKRESIE TWARZOCZASZKI. U PODŁOŻA NAJPOWAŻNIEJSZYCH USZKODZEŃ W ZABURZENIACH Z KRĘGU FASD LEŻY OBUMIERANIE KOMÓREK OŚRODKOWEGO UKŁADU NERWOWEGO ORAZ INNYCH NARZĄDÓW, ZA KTÓRE ODPOWIEDZIALNE SĄ, PRZED E WSZYSTKIM WOLNE RODNIKI. ODDZIAŁYWANIE ALKOHOLU PROWADZI RÓWNIEŻ DO NADMIERNEJ PRODUKCJI CZYNNIKÓW WZROSTU (MOŻE SKUTKOWAĆ ZWIĘKSZONĄ TENDENCJĄ DO NOWOTWORZENIA), ZABURZEŃ SYNTEZY NEUROPRZEKAŹNIKÓW W SYNAPSACH, NIEPRAWIDŁOWEJ EKSPRESJI GENÓW, ZABURZEŃ W SYNTEZIE I WYKORZYSTYWANIU GLUKOZY ORAZ NIEPRAWIDŁOWOŚCIACH W KSZTAŁTOWANIU ASTROCYTÓW-KOMÓREK GLEJU. U DZIECI Z FAS MOŻEMY SPODZIEWAĆ SIĘ RÓŻNYCH WAD NARZĄDOWYCH, KTÓRE WYMAGAJĄ OBJĘCIA SPECJALISTYCZNYM LECZENIEM. PEDIATRIA PRACUJĄCY W SPECJALISTYCZNYM OŚRODKU FASD MA ZA ZADANIE POSTAWIĆ ROZPOZNANIE OPARTE O PRZYJĘTE KRYTERIA, A TAKŻE SKIEROWAĆ PACJENTA DO ODPOWIEDNICH SPECJALISTÓW.

DZIECKO Z FAS MOŻE WIĘC WYMAGAĆ OBJĘCIA OPIEKĄ:

► NEUROLOGA DZIECIĘCEGO

Konsultacja doświadczonego neurologa dziecięcego jest niezbędną częścią procesu stawiania rozpoznania FAS. Bardzo często, Pacjenci trafiający do ośrodków diagnostyki FASD posiadają już historię rozpoznania takich jak mózgowe porażenie dziecięce czy autyzm. Konsultacja neurologiczna pomaga rozstrzygnąć wątpliwości dotyczące diagnostyki różnicowej. U dzieci z FAS obserwuje się zaburzenia napięcia mięśniowego pod postacią wzmocnienia lub obniżenia, co może przyczynić się do opóźnienia jego rozwoju psychoruchowego. Odpowiednio przeprowadzone badanie neurologiczne pozwala na wczesne wychwycenie problemu.

► GENETYKA KLINICZNEGO

Pediatra często korzysta z konsultacji genetyka klinicznego w procesie diagnozy. Zespół FAS może w swoim obrazie klinicznym przypominać inne zespoły genetyczne, takie jak: Zespół Aarskoga, Zespół Noonan, Zespół Cornelia de Lange, Zespół Williamsa,

Blepharophimosis syndrome (BPES)). W diagnostyce różnicowej należy wziąć również pod uwagę inne zespoły związane z działaniem teratogennych czynników w okresie płodowym - fenyloketonurię matczyną, embriopatię toluenową, zespół hydantoinowy. Sporadycznie mamy do czynienia w współistnieniu jednego z zespołów genetycznych i zespołu FAS.

► KARDIOLOGA

Badania wykazują, że wady serca występują u 29% pacjentów z pełnoobjawowym FAS. Najczęściej są to defekty przegrody międzykomorowej i międzyprzedsionkowej. Pacjent, u którego w badaniu przedmiotowym lekarz pediatra zaobserwuje odchylenia od normy mogące sugerować wrodzoną wadę serca powinien zostać skierowany do kardiologa dziecięcego.

► GASTROENTEROLOGA

Jednym z elementów składowych zespołu FAS jest mała masa urodzeniowa lub/i niedobór

masy ciała i wzrostu w późniejszym okresie życia. Rolą gastroenterologa dziecięcego jest przeprowadzenie diagnostyki różnicowej w kierunku innych chorób o podobnym obrazie klinicznym, leczenie dietetyczne oraz monitorowanie wzrostu i masy ciała dziecka.

► DIETETYKA

Jak pokazały badania, u pacjentów z zaburzeniami z kręgu FASD, w okresie adolescencji dochodzi do rozwoju otyłości częściej niż w populacji ogólnej. Szczególnie narażone na jej wystąpienie są nastoletnie dziewczęta. Ta grupa pacjentów powinna być objęta kompleksową i profesjonalną opieką dietetyczną.

► NEFROLOGA

U dzieci z FAS częściej niż w populacji ogólnej obserwuje się moczenie dzienne i nocne, którego diagnostyką i leczeniem zajmuje się nefrolog dziecięcy. U niektórych dzieci mogą występować również wady budowy układu moczowego.



► CHIRURGA PLASTYCZNEGO

Poza dysmorfiami w zakresie twarzoczaszki uznawanymi za pierwszorzędowe, w zespole FAS obserwuje się również inne dysmorfie takie jak rozszczep wargi i podniebienia, wyrostki przyduszne, wady budowy małżowiny usznej, naczyniaki jamiste. Niektóre z nich mogą wymagać korekcji operacyjnej wykonywanej przez chirurga plastycznego.

► OKULISTY

U pacjentów z FAS występuje zwiększona częstość występowania zezów, astygmatyzmu, nadwzroczności, zmarszczki nakątnej, opadania powiek, zaniku nerwu wzrokowego. Z tego względu należy u dzieci z tym rozpoznaniem wykonać konsultację okulistyczną i w zależności od jej wyniku poddać odpowiedniemu leczeniu.

► UROLOGA

Wśród anomalii rozwojowych obserwowanych u dzieci z FAS znajduje się wnetrostwo, wady cewki moczowej u chłopców i hipoplazja warg sromowych u dziewczynek. Czasami wady te wymagają leczenia operacyjnego prowadzonego przez urologa lub/i chirurga dziecięcego.

► LEKARZA REHABILITACJI

Ze względu na problemy ruchowe, zaburzenia napięcia mięśniowego i równowagi, dzieci z FAS potrzebują nierzadko ukierunkowanej rehabilitacji ruchowej. Integracja sensoryczna jest natomiast odpowiedzią na zaburzenia czucia powierzchniowego i głębokiego oraz czucia temperatury. Pacjenci z tej grupy odnoszą również korzyści z tzw. wczesnego wspomaganie rozwoju.

► ORTOPEDY

U dzieci z FAS często dochodzi do zaburzeń w rozwoju układu kostno-stawowego. Nieprawidłowości w zakresie budowy palców, palce dodatkowe, ograniczenie ruchomości stawów (kościarost ramiennopromieniowy) lub ich nadmierna ruchomość, nieprawidłowości budowy kręgow (10-20%) i żeber mogą wymagać korekty ortopedycznej. Powyższe zestawienie ukazuje jak liczny powinien być zespół specjalistów obejmujący swą opieką dziecko z FAS. Należy podkreślić, że to dokładne badanie wykonywane przez doświadczonego pediatrę pozwala na wychwycenie nieprawidłowości i objęcie dziecka właściwą, specjalistyczną opieką.

LITERATURA

1. .Abel EL. Was the fetal alcohol syndrome recognized in the ancient Near East? *Alcohol Alcohol*. 1997 Jan-Feb;32(1):3-7. PubMed PMID: 9131889.
2. Abel, E. L., and Sokol, R. J.: Incidence of fetal alcohol syndrome and economic impact of FAS-related anomalies. *Drug Alcohol Depend* 19: 51-70 (1987).
3. Assadi FK. Renal tubular dysfunction in fetal alcohol syndrome. *Pediatr Nephrol*. 1990 Jan;4(1):48-51. PubMed PMID: 2206881.
4. . Assadi FK, Zajac CS. Ultrastructural changes in the rat kidney following fetal exposure to ethanol. *Alcohol*. 1992 Nov-Dec;9(6):509-12. PubMed PMID: 1472306.
5. Astley S, Stachowiak J, Clarren S, Clausen C. Application of the fetal alcohol syndrome facial photographic screening tool in a foster care population. *Journal of Pediatrics* 2002;141(5):712-7.
6. Boggan WO, Monroe B, Turner WR Jr, Upshur J, Middaugh LD. Effect of prenatal ethanol administration on the urogenital system of mice. *Alcohol Clin Exp Res*. 1989 Apr;13(2):206-8. PubMed PMID: 2658657.
7. Clarren SK, Smith DW. The fetal alcohol syndrome. *Lamp*. 1978 Oct;35(10):4-7. PubMed PMID: 251812.
8. Goodlett CR, Horn KH, Zhou FC. Alcohol teratogenesis: mechanisms of damage and strategies for intervention. *Exp Biol Med (Maywood)*. 2005 Jun;230(6):394-406. Review. PubMed PMID: 15956769.
9. Gummel K, Ygge J. Ophthalmologic findings in Russian children with fetal alcohol syndrome. *Eur J Ophthalmol*. 2013 Nov-Dec;23(6):823-30. doi: 10.5301/ejo.5000296. Epub 2013 May 3. PubMed PMID: 23661538.
10. Estrada G, Del Rio JA, Garcia-Valero J, Lopez-Tejero MD. Ethanol in utero induces epithelial cell damage and altered kinetics in the developing rat intestine. *Teratology* 54(5): 245-54, 1996.
11. Jirikovic TL, McCoy SW, Lubetzky-Vilnai A, Price R, Ciol MA, Kartin D, Hsu LY, Gendler B, Astley SJ. Sensory control of balance: a comparison of children with fetal alcohol spectrum disorders to children with typical development. *J Popul Ther Clin Pharmacol*. 2013;20(3):e212-28. Epub 2013 Sep 6. PubMed PMID: 24163126; PubMed Central PMCID: PMC4273863.
12. Lemoine P. The history of alcoholic fetopathies. 1997. *J Popul Ther Clin Pharmacol*. 2012;19(2):e224-6. Epub 2012 Jun 3. PubMed PMID: 22684524.
13. Lopez-Tejero D, Arilla E, Colas B, Llobera M, Herrera E. Low intestinal lactase activity in offspring from ethanol-treated mothers. *Biol Neonate* 55(4-5): 204-13, 1989. 53. Cummings JH. „Nutritional management of diseases of the stomach and bowel.” in *Human Nutrition and Dietetics*, ninth edition, edited by JS Garrow and WPT James, Churchill Livingstone, 1993.
14. Löser H, Majewski F. Type and frequency of cardiac defects in embryofetal alcohol syndrome. Report of 16 cases. *Br Heart J*. 1977 Dec;39(12):1374-9. PubMed PMID: 603740; PubMed Central PMCID: PMC483424.
15. Uc A, Vasiliauskas E, Piccoli DA, Flores AF, DiLorenzo C, Hyman PE. Chronic intestinal pseudoobstruction associated with Fetal Alcohol Syndrome. *Digestive Diseases and Sciences*, 24(6), 1163-1167 (1997).
16. Qazi Q, Masakawa A, Milman D, McGann B, Chua A, Haller J. Renal anomalies in fetal alcohol syndrome. *Pediatrics*. 1979 Jun;63(6):886-9. PubMed PMID: 450525.
17. Stratton KR, Howe CJ, Battaglia FC, eds. *Fetal alcohol syndrome: Diagnosis, epidemiology, prevention, and treatment*. Washington, DC: National Academy Press; 1996.
18. Streissguth AP, O'Malley K. Neuropsychiatric Implications and Long-term Consequences of Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*. 2000 Jul;5(3):177-190
19. Taylor CL, Jones KL, Jones MC, Kaplan GW. Incidence of renal anomalies in children prenatally exposed to ethanol. *Pediatrics*. 1994 Aug;94(2 Pt 1):209-12. PubMed PMID: 8036075.
20. . Warren KR, Bast RJ. Alcohol-related birth defects: an update. *Public Health Reports*. 1988;103(6):638-642.

V LOKALNE DZIAŁANIA W ZAKRESIE PROFILAKTYKI FAS NA PRZYKŁADZIE MIEJSKIEGO CENTRUM PROFILAKTYKI UZALEŻNIEŃ W KRAKOWIE

ADAM CHRAPISIŃSKI

*Dyrektor Miejskiego Centrum Profilaktyki Uzależnień
w Krakowie*

Zapraszamy do korzystania z porad całodobowego Telefonu Zaufania ALCO – TEL dla osób z problemem alkoholowym tel. 12/411 60 44 oraz pomocy psychologicznej w zakresie problematyki uzależnień.

Wszystkie porady udzielane są anonimowo i nieodpłatnie.

Miejskie Centrum Profilaktyki Uzależnień w Krakowie jest jednostką organizacyjną Gminy Miejskiej Kraków. W ramach realizacji swoich zadań statutowych prowadzi szereg działań profilaktycznych mających na celu ograniczenie używania alkoholu. Szczególnie ważną kwestią jest zdrowie kobiet, w perspektywie macierzyństwa. Spożywanie alkoholu w okresie ciąży jest bardzo groźne dla zdrowia matki, ale przede wszystkim dla prawidłowego rozwoju i zdrowia płodu. Oddziaływania profilaktyczne, które realizuje Miejskie Centrum Profilaktyki Uzależnień w Krakowie skierowane są również do kobiet oraz ich rodzin, jako wszystkich odpowiedzialnych za wspieranie matek w niepicciu alkoholu w okresie ciąży. Poszczególne działania obejmują:

- ▶ profilaktyczne szkolenia warsztatowe dla nauczycieli, podnoszące poziom wiedzy oraz kompetencji zawodowych w zakresie przekazywania uczniom oraz ich rodzicom właściwych treści i kształtowania konstruktywnych postaw prozdrowotnych,
- ▶ szkolenia dla nauczycieli, psychologów i pedagogów szkolnych pod kątem współpracy z rodzicami w zakresie wzmacniania czynników chroniących tkwiących w rodzinie, wzmacniania postaw prozdrowotnych i edukowania na temat zagrożeń wynikających z sięgania po alkohol,
- ▶ konferencje naukowo-szkoleniowe, mające na celu podnoszenie poziomu wiedzy i umiejętności praktycznych w zakresie kształtowania postaw prozdrowotnych, abstynenckich, wśród młodych ludzi - skierowane do nauczycieli, rodziców i opiekunów, pedagogów, psychologów oraz innych grup zawodowych,

- ▶ motywowanie do podjęcia decyzji o zmianie – abstinencji, wśród osób zgłaszających się do Punktu Konsultacyjnego Dla Osób Z Problemem Alkoholowym I Ich Rodzin, ze szczególnym uwzględnieniem kobiet w ciąży lub planujących macierzyństwo,
- ▶ ze względu na stale zwiększającą się liczbę kobiet przebywających w MCPU w celu wytrzeźwienia priorytetowe jest dla nas prowadzenie rozmów motywujących do podjęcia leczenia odwykowego, prowadzone przez psychologów i terapeutów uzależnień,
- ▶ finansowanie ze środków Gminy Miejskiej Kraków terapii uzależnień dla mieszkańców Krakowa, szczególnie osób skierowanych przez Miejską Komisję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Krakowie oraz zmotywowanych w Miejskim Centrum Profilaktyki Uzależnień w Krakowie,
- ▶ kampanie profilaktyczne skierowane do mieszkańców Krakowa, np. Święto Rodziny Krakowskiej, gdzie podczas pikniku na Bulwarach Wiślanych prowadzone są konsultacje psychologiczne, terapeutyczne oraz prawne dotyczące zagrożeń wynikających z zachowań ryzykownych towarzyszących spożyciu alkoholu w kontekście rodziny (problematyka uzależnienia od alkoholu, współuzależnienia, przemocy i innych sytuacji kryzysowych z tego wynikających w rodzinie).

Wszystkim mieszkańcom Krakowa oferujemy bezpłatną pomoc w postaci konsultacji oraz porad w zakresie problematyki uzależnień pod numerem telefonu 12/411 41 21 wew. 115. Udzielamy kompleksowych informacji na temat problemów związanych z uzależnieniami, wstępnej diagnozy, wsparcia, skierowania do specjalistycznych placówek leczenia uzależnień na terenie Krakowa.



FUNDACJA ZDROWIE DZIECKA

Fundacja Zdrowie Dziecka została założona 17 września 1992 roku przez 24 lekarzy Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego im. św. Ludwika w Krakowie. Od roku 2008 Fundacja posiada status Organizacji Pożytku Publicznego. Celem Fundacji jest rozwijanie wszechstronnej działalności na rzecz Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego im. św. Ludwika, popularyzacja wiedzy z zakresu profilaktyki, prowadzenie działalności na rzecz poprawy warunków hospitalizacji i leczenia chorych, współpraca z instytucjami państwowymi, podmiotami prywatnymi, organizacjami społecznymi i innymi podmiotami wskazującymi zainteresowanie celami Fundacji w zakresie ochrony i promocji zdrowia.



Partner:



Partner Wspierający:



Patronat Honorowy:



Patronat Medialny:



Jednostki partnerskie:





**KAMPANIA SPOŁECZNA
UŚWIADAMIAJĄCA
KONSEKWENCJE PICIA ALKOHOLU
W CIĄŻY (FAS), KSZTAŁTUJĄCA POSTAWĘ
WSPÓŁODPOWIEDZIALNOŚCI
ZA NOWE ŻYCIE OSÓB
Z OTOCZENIA Kobiet W CIĄŻY**



Projekt jest współfinansowany
ze środków Gminy Miejskiej Kraków

Organizator:



**FUNDACJA
ZDROWIE DZIECKA**

www.zdrowiedziecka.org