

FASD

Przewodnik
dla pielęgniarek
i położnych



fol. Adobe Stock



Ministerstwo
Zdrowia



Krajowe Centrum
Przeciwdziałania Uzależnieniom

Zadanie dofinansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych
na zlecenie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

FASD

Przewodnik dla pielęgniarek i położnych

AUTORZY:

DR N. MED. KATARZYNA ANNA DYŁĄG
DR N. MED. JOANNA FIGUŁA
DR N. MED. KATARZYNA KOWALSKA
LEK. PIOTR KUDŁACZ
MGR KLAUDIA KUKUCZKA
LEK. ALEKSANDRA SIKORA-SPOREK
MGR ANNA SKÓRSKA-TOKARSKA
DR. N. O ZDR. ANNA SZABLEWSKA
MGR MAŁGORZATA ŻACH

OPRACOWANIE GRAFICZNE:

JAROSŁAW SZCZUREK – good-art.pl

KRAKÓW 2023

SPIS TREŚCI

- 1 Czym jest FASD? Objawy u noworodka i małego dziecka**
dr n. med. Katarzyna Anna Dyląg 4
- 2 Alkohol a ciąża**
dr n. med. Joanna Figuła 14
- 3 Ocena prenatalnej ekspozycji na alkohol**
dr n. med. Katarzyna Kowalska 18
- 4 Profil trudności pacjenta FASD z punktu widzenia psychiatry dziecięcego**
lek. Aleksandra Sikora-Sporek 22
- 5 FASD w POZ – gdzie się „chowają” pacjenci?**
lek. Piotr Kudłacz 28
- 6 Dziecko z FASD na oddziale pediatrycznym**
mgr Klaudia Kukuczka 32
- 7 Udział położnej w profilaktyce FASD**
dr n. o zdr. Anna Szablewska 36
- 8 Jak zadawać trudne pytania?**
mgr Anna Skórska-Tokarska
mgr Małgorzata Żach 40

SZANOWNI PAŃSTWO,

pielęgniarki i położne to grupy zawodowe pozostające najbliżej kobiety w ciąży i połogu, a także w pierwszych miesiącach życia dziecka. Ze względu na specyfikę ich pracy rola położnych i pielęgniarek w profilaktyce pierwotnej i wtórnej FASD jest niezwykle istotna. To właśnie te grupy zawodowe niosą na swoich barkach ciężar odpowiedzialności za działania informacyjne na temat szkodliwości alkoholu w ciąży. Jednocześnie, dzieląc się swoją wiedzą i doświadczeniem oraz towarzysząc kobietom w ich podróży przez macierzyństwo, są osobami, które pacjentki obdarzają bardzo dużym zaufaniem.

Chcielibyśmy, aby na tej szczególnej relacji budowane były skuteczne działania profilaktyczne, które przyczynią się do zmniejszenia występowania FASD w Polsce. Fundacja Zdrowie Dziecka od lat zaangażowana jest w szerzenie wiedzy na temat profilaktyki i leczenia FASD, a nawiązanie współpracy z kolejną grupą profesjonalistów jest źródłem naszej wielkiej radości.

Z poczuciem wykonania ważnego zadania, oddajemy dziś w Państwa ręce broszurę będącą efektem wielomiesięcznej pracy zespołu specjalistów i specjalistek zaangażowanych w projekt „Najbliżej mamy i dziecka – szkolenie dla pielęgniarek i położnych z zakresu profilaktyki FASD”.

Mamy nadzieję, że niniejsza lektura przybliży Państwu wiedzę niezbędną do rozpoznawania spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych oraz pomoże w prowadzeniu działań profilaktycznych adresowanych do kobiet ciężarnych i przeciwdziałających spożywaniu alkoholu w ciąży.

Z życzeniami owocnej lektury,
dr n. med. Katarzyna Dyląg, Koordynatorka merytoryczna projektu
Jadwiga Czeczółko, Prezes Fundacji Zdrowie Dziecka

1 Czym jest FASD?

Objawy u noworodka i małego dziecka

dr n. med. Katarzyna Anna Dyląg

Teratogenne działanie alkoholu znane było już najprawdopodobniej w czasach biblijnych¹. W Księdze Sędziów spotkać można następujące zdanie:

„W Sore, w pokoleniu Dana, żył pewien mąż imieniem Manoach. Żona jego była niepłodna i nie rodziła. Anioł Pana ukazał się owej kobiecie mówiąc jej: »Otoś teraz niepłodna i nie rodziłaś, ale poczniesz i porodzisz syna, lecz odtąd strzeż się: nie pij wina ani sycery i nie jedz nic nieczystego«”

(Sdz 13: 2–4).



Fot. Freepik

- ✓ Szacuje się, że FASD dotyka powyżej **2%** populacji dzieci w Polsce⁷
- ✓ Szacunki w innych krajach rozwiniętych, np. w USA, mówią o **1–7%**⁸
- ✓ Spożycie alkoholu w ciąży (w każdej ilości, na każdym etapie ciąży) deklaruje nawet do **30%** polskich kobiet⁹



Wiedza o szkodliwości alkoholu przetrwała wieki. Pierwsze doniesienia dotyczące zainterесowania wyrażonego przez środowiska medyczne datują się jednak dopiero na okres epidemii ginu w Wielkiej Brytanii, kiedy to Królewska Akademia Lekarska (Royal College of Physicians) ostrzegła parlament, że „Picie rodziców przyczynia się do przychodzenia na świat dzieci słabych, wątłych i uszkodzonych”¹. Przyszło jednak poczekać do lat 70. XX wieku, aby pierwsze publikacje naukowe na ten temat ujrzały światło dzienne. Kenneth L. Jones i David W. Smith opublikowali w „The Lancet” serię artykułów opisujących przypadki dzieci kobiet nadużywających alkoholu, zidentyfikowali cechy charakterystyczne oraz stworzyli termin FAS (fetal alcohol syndrome) – płodowy zespół alkoholowy². Wiedza na ten temat ewoluowała i kolejne badania wykazały, że nie wszyscy pacjenci, u których obserwowano narażenie na alkohol w życiu płodowym, mają określone cechy fizyczne, u wszystkich natomiast zaobserwować można pewne konkretne trudności w funkcjonowaniu. Stworzono wówczas termin FASD – spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych³.

Układem, na który alkohol oddziałuje najsilniej, jest układ nerwowy. Dzieje się tak za pośrednictwem wielu mechanizmów. Alkohol powoduje syntezę wolnych rodników, które działają neurotoksycznie. Upośledzeniu ulega produkcja czynników wzrostu, zaburzone jest wzrastanie komórek glejowych, w synapsach dochodzi do nieprawidłowej syntezy neurotransmiterów⁴. Zmiany te wpływają na nieprawidłową objętość mózgu⁵ oraz na jego strukturalne wady⁶. Nawet przy zachowanej prawidłowej budowie ośrodkowego układu nerwowego obserwuje się nieprawidłowości w funkcjonowaniu pacjentów. Wynika to z nieprawidłowej mikrostruktury i funkcji. Uszkodzenia dotyczą przede wszystkim płatów czołowych, choć nie są do nich ograniczone.

Szacuje się, że FASD dotyka powyżej 2% populacji dzieci w Polsce⁷. Szacunki w innych krajach rozwiniętych, np. w USA, mówią o 1–7%⁸. Spożycie alkoholu w ciąży (w każdej ilości, na każdym etapie ciąży) deklaruje nawet do 30% polskich kobiet⁹. Ciąża jest okresem dynamicznym, każdy dzień przynosi nowe informacje i przyczynia się do rozwoju narządów. Ekspozycja na alkohol w każdym momencie powoduje zaburzenia bardzo konkretnych procesów. Z tego powodu u każdego z pacjentów z FASD obserwowane są nieco odmienne objawy, które jednak mogą zostać skategoryzowane. Nie ma żadnego pojedynczego biomarkera czy

testu diagnostycznego, który umożliwiłby prostą identyfikację pacjentów z FASD. Do postawienia rozpoznania wykorzystuje się kryteria diagnostyczne. Na świecie funkcjonuje kilka systemów diagnostycznych o porównywalnej skuteczności: kod 4-cyfrowy¹⁰, kryteria kanadyjskie¹¹, kryteria IOM3, kryteria australijskie¹². Od 2020 r. dostępne są polskie rekomendacje dotyczące diagnostyki FASD¹³. Według nich proces diagnostyczny powinien być podzielony na trzy etapy (ryc. 1):

1. diagnostykę przesiewową,
2. diagnostykę specjalistyczną, w skład której wchodzi diagnoza różnicowa i funkcjonalna,
3. sformułowanie wniosków i zaleceń.

Pielęgniarka i położna zaangażowane są w ten proces przede wszystkim na etapie przesiewowym: w ramach poradni środowiskowej, na oddziale położniczym, neonatologicznym, w ośrodku POZ czy oddziale pediatrycznym. Przesłankami, które wskazują na konieczność pokierowania dziecka do dalszej diagnostyki, są:

- narażenie na alkohol w czasie ciąży, choć nie każde dziecko narażone na alkohol w czasie ciąży będzie miało cechy FASD;
- prenatalne i/lub postnatalne ograniczenie wzrastania – zarówno mała masa urodzeniowa (<10 centyla), jak i późniejsze problemy z wzrastaniem (wzrost i/lub masa ciała <3 centyla) są cechami charakterystycznymi dla FASD i powinny być traktowane jako przesłanka do dalszej diagnostyki;
- zaburzenia neurorozwojowe o nieznannej etiologii – u dziecka, które nie rozwija się w sposób typowy, a brak jest objawów wskazujących na inną chorobę czy zaburzenie, warto rozpocząć diagnostykę w kierunku FASD;
- charakterystyczne cechy dysmorfii twarzy – skrócenie szpary powiekowej, wygładzenie rynienki podnosowej, cienka warga górna (ryc. 2).

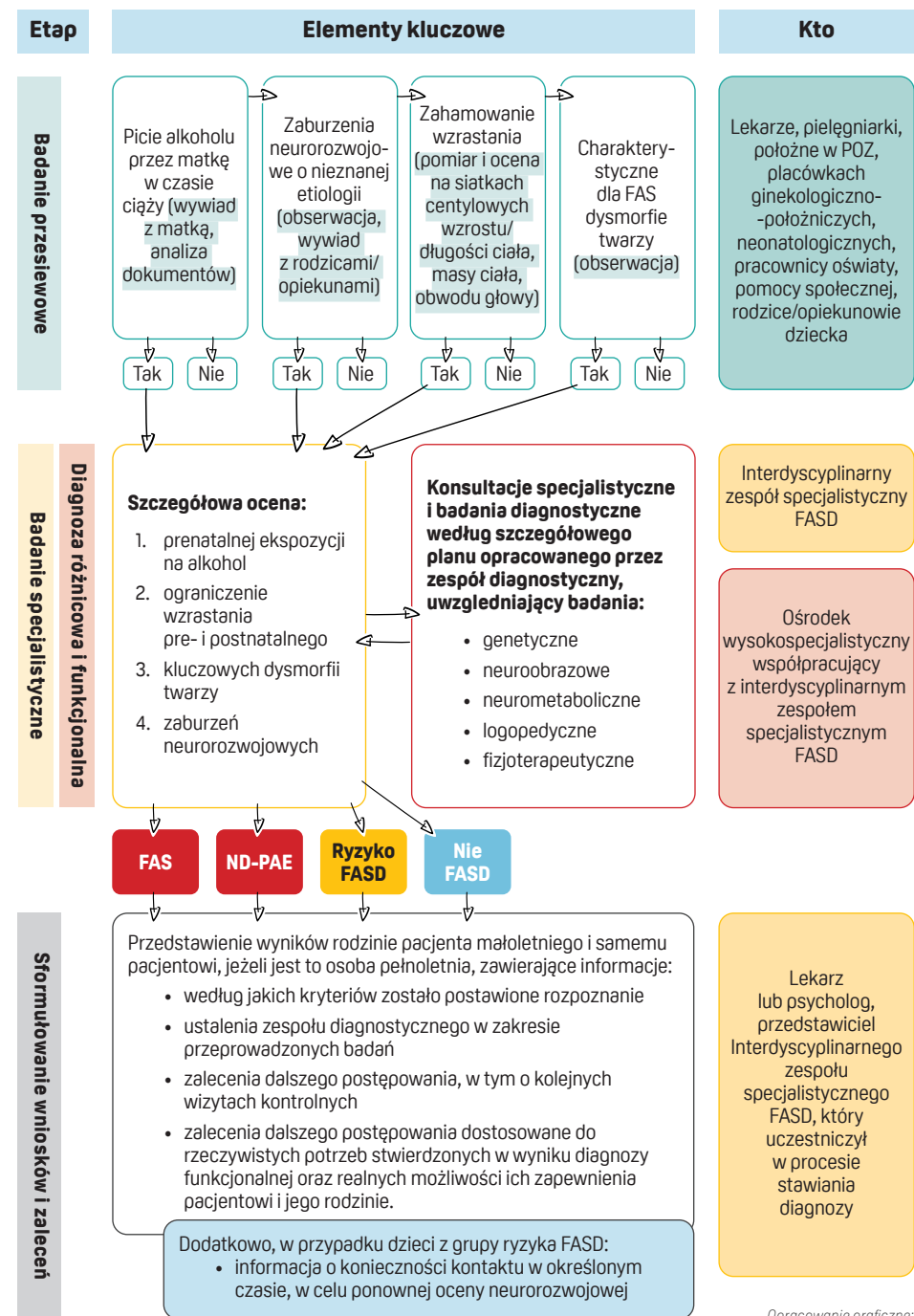
Zaangażowanie osób pracujących na etapie przesiewowym pozwala na skuteczną identyfikację pacjentów zagrożonych FASD. Diagnoza specjalistyczna powinna się odbywać w ośrodku, którego pracownicy są odpowiednio przeszkoleni, a zespół diagnozujący powinien składać się co najmniej z lekarza i psychologa. Na tym etapie wykonywana jest ocena dysmorfii, pomiary antropometryczne oraz testy psychologiczne, które prowadzą do postawienia rozpoznania.

Według polskich kryteriów w skład FASD wchodzi:

- płodowy zespół alkoholowy (FAS) (tabela 1),
- neurorozwojowe zaburzenia związane z narażeniem na alkohol (ND-PAE) (tabela 1).

Zespół diagnostyczny może postawić również diagnozę „ryzyko FASD” u dziecka, u którego nie są spełnione kryteria do rozpoznania, ale jednocześnie nie można wykluczyć, że zostanie ono postawione w przyszłości (tabela 1).

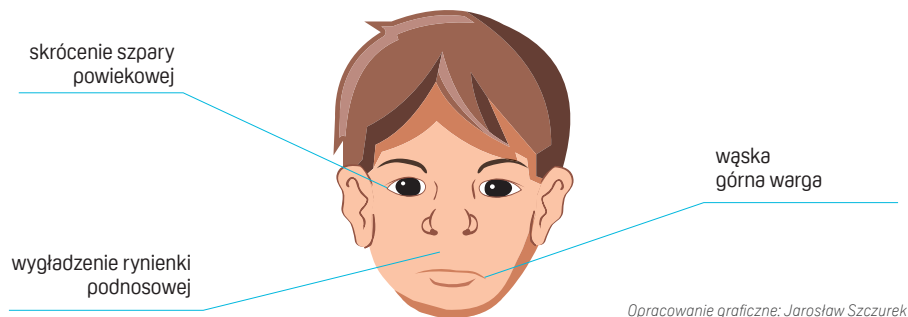
Praca zespołu diagnostycznego powinna być zwieńczona sformułowaniem opinii, która odpowiednio oznaczona i opieczętowana przekazywana jest, wraz ze stosownym komentarzem, pacjentowi i jego opiekunom podczas osobistego spotkania.



Opracowanie graficzne:
Jarosław Szczurek

Ryc. 1.

Źródło: treść pochodzi z Rekomendacji FASD, pozycja bibliograficzna nr 13



Opracowanie graficzne: Jarosław Szczurek

Ryc. 2.

► Rozpoznanie FAS, ND-PAE oraz grupy ryzyka FASD

rozpoznanie FAS (wg ICD-10: Q86.0)

wymaga obecności wszystkich cech (A, B, C i D)

A) Charakterystyczny wzór cech twarzy:

- krótkie szpary powiekowe (≤ 10 . centyla) oraz
- wąska górna warga (4 lub 5 w skali LPG) oraz
- płaska rynienka podnosowa (4 lub 5 w skali LPG)

B) Prenatalny i/lub postnatalny niedobór wzrostu/masy ciała:

- długość/wysokość i/lub masa ciała < 3 . centyla i/lub
- urodzeniowa masa ciała < 10 . centyla

C) Zaburzenia neurorozwojowe:

- deficyty w zakresie ≥ 3 obszarów poznawczych, a w przypadku stwierdzenia objawów neurologicznych – w zakresie ≥ 2 obszarów poznawczych oraz
- nieprawidłowości w zakresie ≥ 3 obszarów ze sfery emocjonalno-społecznej, zaburzeń adaptacyjnych lub objawów psychopatologicznych oraz
- znaczący wpływ ww. nieprawidłowości na codzienne życiowe czynności i funkcjonowanie szkolne, przedszkolne lub zawodowe.

D) Potwierdzona lub niepotwierdzona ekspozycja na alkohol w okresie prenatalnym:^a

- ≥ 8 standardowych porcji alkoholu w tygodniu przez ≥ 2 tygodnie ciąży lub
- ≥ 2 epizody wypicia przy jednej okazji ≥ 4 porcji alkoholu lub
- dokumentacja medyczna, sądowa lub opieki społecznej potwierdzająca duże stężenie alkoholu we krwi, terapię alkoholową, inne społeczne, prawne lub zdrowotne problemy związane z piciem alkoholu w czasie ciąży

rozpoznanie ND-PAE (wg ICD-10: G96.8) wymaga obecności 2 cech (C i D)

C) Zaburzenia neurorozwojowe:

- deficyty w zakresie ≥ 3 obszarów poznawczych, a w przypadku stwierdzenia objawów neurologicznych – w zakresie ≥ 2 obszarów poznawczych oraz
- nieprawidłowości w zakresie ≥ 3 obszarów ze sfery emocjonalno-społecznej, zaburzeń adaptacyjnych lub objawów psychopatologicznych oraz
- znaczący wpływ ww. nieprawidłowości na codzienne czynności życiowe i funkcjonowanie szkolne, przedszkolne lub zawodowe.

D) Potwierdzona ekspozycja na alkohol w okresie prenatalnym

Do rozpoznania ND-PAE konieczne jest potwierdzenie prenatalnej ekspozycji na alkohol w dawce związanej z negatywnymi skutkami neurorozwojowymi (p. zalecenie dotyczące rozpoznania prenatalnej ekspozycji na alkohol):

- ≥ 8 standardowych porcji alkoholu w tygodniu przez ≥ 2 tygodnie ciąży lub
- ≥ 2 epizody wypicia przy jednej okazji ≥ 4 porcji alkoholu lub
- dokumentacja medyczna, sądowa lub opieki potwierdzająca duże stężenie alkoholu we krwi, terapię alkoholową, inne społeczne, prawne lub zdrowotne problemy związane z piciem alkoholu w czasie ciąży.

ryzyko FASD – kategoria niediagnostyczna

Niediagnostyczną kategorię ryzyka FASD zaleca się wyróżnić w przypadku:

- dzieci po prenatalnej ekspozycji na alkohol, które są w trakcie procesu diagnostycznego lub u których przeprowadzenie pełnej diagnozy
- neuropsychologicznej nie jest możliwe
- dzieci z 3 cechami dysmorficznymi twarzy i/lub zbyt małym dla wieku obwodem głowy, z nieudokumentowaną ekspozycją na alkohol i/lub u których przeprowadzenie pełnej diagnozy neuropsychologicznej nie jest możliwe.

Dzieci z grupy ryzyka FASD wymagają postawienia diagnozy lub ponownej diagnozy oraz obserwacji w kierunku wystąpienia zaburzeń neurorozwojowych i zaburzeń wzrastania.

^a Nie należy rozpoznawać prenatalnej ekspozycji na alkohol (PAE), jeśli ją wykluczono lub pozostaje na poziomie zdecydowanie poniżej tego, o którym wiadomo, że jest związany z negatywnymi skutkami fizycznymi i/lub rozwojowymi (p. zalecenie dotyczące rozpoznania prenatalnej ekspozycji na alkohol).

LPG – lip-phitrum guide

Tabela 1.

Źródło: treść pochodzi z Rekomendacji FASD, pozycja bibliograficzna nr 13

Objawy FASD u noworodka i małego dziecka



Pacjent przychodzi na świat z FASD, choć wiele jego cech może nie ujawnić się aż do późnego dzieciństwa lub okresu adolescencji. W okresie noworodkowym teoretycznie można rozpoznać jedynie FAS – płodowy zespół alkoholowy. Na korzyść takich możliwości przemawia dostępność matki biologicznej (w późniejszych okresach jest już często niedostępna, gdyż nie wychowuje dziecka), która może zrelacjonować przebieg ciąży, jednak specyfika okresu noworodkowego znacząco utrudnia rozpoznanie. Obrzęk twarzyczki, powikłania porodu, stany współistniejące, np. wcześniactwo, są czynnikami zakłócającymi obraz¹⁴. Wydaje się więc, że pacjent, u którego podejrzewa się FASD w okresie noworodkowym, powinien trafić do diagnostyki najwcześniej po upływie 6 miesięcy.



fot. Adobe Stock

Niezależnie od możliwości postawienia rozpoznania u pacjentów narażonych na alkohol w życiu płodowym obserwuje się ze zwiększoną częstością występowanie:

- hipotermii,
- hipoglikemii,
- policytemii,
- hipotonii,
- trudności w karmieniu,
- wysokiego tonu płaczu,
- bezdechów,
- bradykardii,
- objawów abstynencyjnych, takich jak: niepokój, pobudzenie, płaczliwość, nadwrażliwość na dźwięki i światło, drżenia i drgawki,
- ryzyka infekcji oddechowych (etanol uszkadza pneumocyty I i II typu, hamuje produkcję surfaktantu),
- ryzyka sepsy (wpływ na układ immunologiczny)¹⁵.

Ponadto noworodki narażone w życiu płodowym na alkohol cechują się większą fragmentacją snu oraz zwiększoną reaktywnością na bodźce. Powszechne są problemy z karmieniem – brak koordynacji odruchu ssania i połykania, słaby odruch ssania. Warto jednak zaznaczyć, że zazwyczaj nie występują trudności adaptacyjne do życia zewnątrzmacicznego, a punktacja w skali Apgar jest wysoka. Na tym etapie zwrócić uwagę może mała masa urodzeniowa oraz małogłowie u dziecka.

U niemowlęcia z FASD zazwyczaj nie obserwuje się istotnych zaburzeń rozwoju. Pierwszym objawem, który może zaniepokoić opiekunów, jest nadruchliwość, trudności ze skupieniem uwagi oraz skracanie dystansu wobec obcych osób. Problemy te wynikają z uszkodzenia w obrębie płatów czołowych. Uwagę otoczenia mogą również przykuć problemy ze wzrastaniem. To one mogą stać się impulsem do rozpoczęcia diagnostyki.

- Dziecko zachowuje się w sposób charakterystyczny dla młodszego wieku
- Dziecko jest podatne na manipulacje i oszukiwanie przez innych
- Dziecko zmyśla lub konfabuluje – opisuje różne sytuacje w sposób niezgodny z prawdą
- Dziecko nie jest krytyczne wobec swojego zachowania, nie wyraża poczucia winy
- Dziecko ma trudności z koncentracją oraz nie może utrzymać uwagi przez dłuższy czas
- Dziecko zachowuje się impulsywnie i bez zastanowienia
- Dziecko nie może „usiedzieć” w miejscu, jest niespokojne albo nadpobudliwe
- Dziecko zachowuje się agresywnie i/lub autoagresywnie
- Dziecko ukradło coś z domu
- Dziecko ukradło coś poza domem

Źródło: treść pochodzi z Rekomendacji FASD, pozycja bibliograficzna nr 13

Tabela 2.

U dzieci z FASD w wieku poniemowlęcym często dochodzi do opóźnienia rozwoju mowy. Dzieci zaczynają być impulsywne, ich wzmożona ruchliwość oraz trudności w rozumieniu i spełnianiu poleceń czynią je bardzo absorbującymi dla opiekunów. Często pojawiają się trudności o charakterze zaburzeń integracji sensorycznej – nadwrażliwość na dźwięki i dotyk, podwrażliwość na dotyk lub w obszarze czucia głębokiego.

W późniejszych okresach niepokoić mogą naiwność, łatwość w uleganiu manipulacjom otoczenia, trudności w myśleniu abstrakcyjnym, impulsywność, zaburzenia koncentracji uwagi, trudności z koordynacją wzrokowo-ruchową czy pamięcią (tabela 2). Nie należy jednak zapominać, że każdy pacjent z FASD to odrębny zestaw objawów oraz unikalna historia życia.

Bibliografia

1. Calhoun F, Warren K. Fetal alcohol syndrome: Historical perspectives. *Neurosci Biobehav Rev.* 2007;31(2):168-171. doi:10.1016/j.neubiorev.2006.06.023.
2. Jones K, Smith D. RECOGNITION OF THE FETAL ALCOHOL SYNDROME IN EARLY INFANCY. *The Lancet.* 1973;302(7836):999-1001. doi:10.1016/S0140-6736(73)91092-1.
3. Hoyme HE, Kalberg WO, Elliott AJ, et al. Updated Clinical Guidelines for Diagnosing Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Pediatrics.* 2016;138(2). doi:10.1542/peds.2015-4256.
4. Goodlett CR, Horn KH. Mechanisms of Alcohol-Induced Damage to the Developing Nervous System.
5. Donald KA, Eastman E, Howells FM, et al. Neuroimaging effects of prenatal alcohol exposure on the developing human brain: a magnetic resonance imaging review. *Acta Neuropsychiatr.* 2015;27(5):251-269. doi:10.1017/neu.2015.12.
6. Dyląg K, Sikora-Sporek A, Bańdo B, et al. Magnetic resonance imaging (MRI) findings among children with fetal alcohol syndrome (FAS), partial fetal alcohol syndrome (pFAS) and alcohol related neurodevelopmental disorders (ARND). *Przegl Lek.* 2016;73(9):605-609.
7. Okulicz-Kozaryn K, Borkowska M, Brzózka K. FASD Prevalence among Schoolchildren in Poland. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities.* 2015.
8. May PA, Chambers CD, Kalberg WO, et al. Prevalence of Fetal Alcohol Spectrum Disorders in 4 US Communities. *JAMA.* 2018;319(5):474. doi:10.1001/jama.2017.21896.
9. Okulicz-Kozaryn K, Terlikowska J, Brzózka K, Borkowska M. Prevention and Intervention for FASD in Poland. *J Pediatr Neuropsychol.* 2017;(1993). doi:10.1007/s40817-016-0025-9.
10. Astley Professor of Epidemiology SJ. Validation of the Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD) 4-Digit Diagnostic Code. Vol 20.; 2013. Accessed July 21, 2019. <https://depts.washington.edu/fasdpn/pdfs/valid2013FAR.pdf>.
11. Cook JL, Green CR, Lilley CM, et al. Fetal alcohol spectrum disorder: a guideline for diagnosis across the lifespan. *CMAJ.* Published online 2015:1-7. doi:10.1503/cmaj.141593/-/DC1.
12. Watkins RE, Elliott EJ, Wilkins A, et al. Recommendations from a consensus development workshop on the diagnosis of fetal alcohol spectrum disorders in Australia. *BMC Pediatr.* 2013;13(1). doi:10.1186/1471-2431-13-156
13. Okulicz-Kozaryn, Katarzyna; Szymańska, Krystyna; Maryniak, Agnieszka; Dyląg, Katarzyna; Śmigiel, Robert; Helwich, Ewa; Domin, Agnieszka; Borkowska M. Rozpoznawanie spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych. *Medycyna Praktyczna – Pediatria.* 2020;Wydanie Sp.
14. Stoler JM, Holmes LB. Recognition of facial features of fetal alcohol syndrome in the newborn. *Am J Med Genet C Semin Med Genet.* 2004;127C(1):21-27. doi:10.1002/AJMG.C.30012
15. Baña A, Tabernero MJ, Pérez-Muñuzuri A, et al. Prenatal alcohol exposure and its repercussion on newborns. *J Neonatal Perinatal Med.* 2014;7(1):47-54. doi:10.3233/NPM-1471413

2

Alkohol a ciąża

dr n. med. Joanna Figuła



Ryzyko wystąpienia FASD jest związane z dawką konsumowanego alkoholu oraz czasem jego przyjmowania. Nie istnieje skuteczna metoda leczenia FASD, a jedynym skutecznym sposobem na jego zapobieganie jest **całkowity brak spożycia alkoholu przez ciężarne**.



Wpływ alkoholu na zdrowie prokreacyjne

Spożywanie alkoholu może wywierać szkodliwy wpływ nie tylko w samej ciąży, ale już podczas jej planowania. Prace dotyczące wpływu alkoholu na zdrowie prokreacyjne kobiet oraz płodność są mniej liczne niż opracowania dotyczące kobiet ciężarnych, jednak wypływają z nich dość klarowne wnioski.

Wśród par starających się o pierwszą ciążę odnotowano odwrotną zależność między ilością spożytego alkoholu a zajściem w ciążę¹. Wykazano również wpływ spożywanego alkoholu na wzrost częstości niepłodności związanej z zaburzeniami owulacji. Trend ten widoczny był zarówno w przypadku umiarkowanego, jak i wysokiego spożycia alkoholu². Dodatkowo postuluje się możliwy szkodliwy wpływ alkoholu na rezerwę jajnikową, równowagę hormonalną między estrogenami i gestagenami oraz wzrost częstości zaburzeń miesiączkowania.

Wpływ alkoholu na ciążę

Alkohol jest dobrze poznanym teratogenem powodującym różnorakie efekty psychiczne, jak również fizyczne, z których najpoważniejszym i najbardziej znanym jest alkoholowy zespół płodowy (FAS – fetal alcohol syndrome). Ryzyko wystąpienia FASD jest związane z dawką konsumowanego alkoholu oraz czasem jego przyjmowania. Nie istnieje skuteczna metoda leczenia FASD, a jedynym skutecznym sposobem na jego zapobieganie jest całkowity brak spożycia alkoholu przez ciężarne. Co istotne, nie istnieją

żadne markery alkoholowego zespołu płodowego, które pozwalałyby go wykryć prenatalnie, np. w trakcie badania USG. Diagnozę pozwala postawić powiązanie wystąpienia danej anomalii rozwojowej z nadużywaniem alkoholu przez ciążarną³.

Poza dobrze znanym FASD używanie alkoholu w trakcie ciąży związane jest z powikłaniami położniczymi, takimi jak poronienia, porody przedwczesne, wewnątrzmaciczne ograniczenie wzrostu czy też martwe urodzenia⁴.

Alkohol a karmienie piersią

Szacuje się, że w krajach zachodnich nawet połowa kobiet konsumuje alkohol w trakcie karmienia piersią. O ile świadomość na temat szkodliwości spożywania alkoholu w ciąży jest dość rozwinięta, to negatywne skutki spożywania alkoholu w trakcie karmienia piersią nie są już tak oczywiste dla części populacji matek karmiących. Tymczasem alkohol powoduje wiele negatywnych skutków, takich jak hamowanie odruchu wypływu mleka oraz zmniejszanie wyrzutu oksytocyny po podrażnieniu brodawki sutkowej⁵. Co istotne, stężenie alkoholu w mleku jest niemalże tożsame ze stężeniem alkoholu we krwi matki, co przy znacznie zmniejszonej aktywności enzymu dehydrogenazy alkoholowej noworodka powoduje, że w jego organizmie jest gorzej metabolizowany. Badania wykazały, że niemowlęta spożywające mleko matek pijących w trakcie laktacji miały inny wzorec snu – był on podzielony na krótsze odcinki, a liczba przebudzeń była większa⁵.



**Stężenie alkoholu w mleku
jest niemalże tożsame
ze stężeniem alkoholu
we krwi matki.**

Bibliografia

1. Jensen TK, Hjollund NHI, Henriksen TB, Scheike T, Kolstad H, Giwercman A, Ernst E, Bonde JP, Skakkebaek NF, Olsen J. Does moderate alcohol consumption affect fertility? Follow up study among couples planning first pregnancy. *Brit Med J*. 1998;317:505–10.
2. Grodstein F, Goldman MB, Cramer DW. Infertility in Women and Moderate Alcohol-Use. *Am J Public Health*. 1994;84:1429–32.
3. Keshav K Gupta, Vinay K Gupta, Tomohiro Shirasaka . An Update on Fetal Alcohol Syndrome-Pathogenesis, Risks, and Treatment. *Alcohol Clin Exp Res*. 2016 Aug;40(8):1594-602.
4. Alexandra C Sundermann, Sifang Zhao, Chantay L Young, LeAnn Lam, Sarah H Jones, Digna R Velez Edwards, Katherine E Hartmann . Alcohol Use in Pregnancy and Miscarriage: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Alcohol Clin Exp Res*. 2019 Aug;43(8):1606-1616.
5. Maija Bruun Haastrup 1, Anton Pottegård, Per Damkier. Alcohol and breastfeeding. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2014 Feb;114(2):168-73.

Ocena prenatalnej ekspozycji na alkohol

dr n. med. Katarzyna Kowalska



Ocena prenatalnej ekspozycji na alkohol stanowi nieodłączny element rzetelnej diagnozy w kierunku FASD. Dotychczas nie ustalono jednej dawki alkoholu, która w każdym przypadku byłaby równie niebezpieczna, dlatego istotne jest zebranie jak najbardziej precyzyjnych informacji na temat ilości spożywanego alkoholu przez kobietę, okresu ciąży, w którym alkohol był spożywany, częstotliwości picia i jego stylu.

Badania przeprowadzone do tej pory (1–7) pokazują, że dawka alkoholu, która powoduje zaburzenia neurorozwojowe, to:

- ≥ 8 standardowych porcji alkoholu w tygodniu przez ≥ 2 tygodnie ciąży lub
- ≥ 2 epizody wypicia przy jednej okazji ≥ 4 porcji alkoholu.

Przez jedną standardową porcję alkoholu rozumiemy **10 g 100% alkoholu** w różnych rodzajach napojów alkoholowych. W praktyce jest to ilość odpowiadająca:



szkłance piwa
o mocy 5%
(pojemność
250 ml)



kieliskowi wina
o mocy 12%
(pojemność
100 ml)



kieliskowi wódki
o mocy 40%
(pojemność
30 ml)



kieliskowi
nałewki o mocy
18% (pojemność
75 ml)

Dane na temat spożywania alkoholu w okresie ciąży możemy pozyskać z trzech źródeł: wywiadu bezpośredniego, pośredniego lub dokumentacji.

Wywiad bezpośredni dotyczy sytuacji, gdy informacji udziela sama kobieta. Możliwe jest wtedy uzyskanie najpełniejszych danych na temat ekspozycji płodu na działanie alkoholu.

Żeby było to możliwe, konieczne jest nawiązanie dobrego kontaktu z matką. Wywiad powinien być przeprowadzony w miejscu zapewniającym poufność, a osoba zbierająca wywiad powinna stworzyć atmosferę zaufania, szacunku, akceptacji, nieoceniania. Należy zapewnić kobietę, że uzyskane dane będą służyły jedynie postawieniu diagnozy dziecku i zaplanowaniu dla niego odpowiednich oddziaływań terapeutycznych.

W opracowanych polskich kryteriach diagnostycznych (8) zaleca się, aby wywiad dotyczący spożywania alkoholu przeprowadzić podczas pierwszej w ciąży wizyty lekarskiej i nie później niż w czasie spotkania z położną w 20. – 21. tygodniu ciąży. Wskazane jest, aby pytania dotyczące spożywania alkoholu umieścić w szerszym kontekście wywiadu medycznego, obejmującego ogólną sytuację zdrowotną i życiową kobiety. Ważne jest, aby unikać pytań zamkniętych, czyli np.: „Czy pije Pani alkohol?”, co nie tylko skłania do szybkiej odpowiedzi „NIE”, ale jest też zbyt ogólne, aby uzyskać istotne informacje na temat ilości, częstotliwości i stylu picia alkoholu w poszczególnych okresach ciąży. W trakcie zbierania wstępnego wywiadu alkoholowego można posłużyć się narzędziami, np. testem AUDIT-C. Dobrze jest też zacząć od pytań dotyczących spożywania alkoholu w okresie 3 miesięcy przed zajściem w ciążę, co może stanowić lepszy predyktor picia w ciąży (zwłaszcza w początkowych jej etapach), niż bezpośrednie pytania o picie w okresie, gdy kobieta już wiedziała, że jest w ciąży (9). Wywiad można również zacząć od pytań dotyczących innych używek (papierosy, inne substancje psychoaktywne), które także mogą szkodliwie wpływać na płód, a ponadto ich stosowanie zwiększa ryzyko picia alkoholu.

Wywiad pośredni przeprowadzany jest z osobami, które były świadkami spożywania alkoholu przez kobietę w ciąży. Najczęściej są to członkowie rodziny lub przyjaciele, którzy mieli regularny kontakt z matką w czasie jej ciąży. Ważne jest, aby pamiętać, że osoby udzielające wywiadu muszą być wiarygodne i nie może występować konflikt interesów pomiędzy nimi a matką. W praktyce takie sytuacje najczęściej pojawiają się, gdy ojciec dziecka lub członkowie jego rodziny pozostają w konflikcie z matką. Samej informacji o nadużywaniu alkoholu lub uzależnieniu od niego nie możemy traktować jako potwierdzenia narażenia w okresie ciąży, ale stanowi ona duży czynnik ryzyka. Dziecko urodzone z takiej ciąży należy zakwalifikować do grupy ryzyka FASD.

Ostatnim źródłem danych na temat spożywania alkoholu przez kobietę w ciąży może być dokumentacja medyczna, sądowa, pomocy społecznej lub inna. W trakcie diagnozy w kierunku FASD mogą być przydatne dokumenty potwierdzające np. leczenie z powodu problemów alkoholowych, udokumentowane upojenie alkoholowe w czasie ciąży (lub porodu), prowadzenie pojazdu pod wpływem alkoholu.

Bibliografia

1. Jacobson J.L., Jacobson S.W., Sokol R.J. i wsp.: Teratogenic effects of alcohol on infant development. *Alcohol Clin. Exp. Res.*, 1993; 17 (1): 174–183.
2. O’Leary C.M., Nassar N., Zubrick S.R. i wsp.: Evidence of a complex association between dose, pattern and timing of prenatal alcohol exposure and child behaviour problems. *Addiction*, 2010; 105 (1): 74–86.
3. Larkby C.A., Goldschmidt L., Hanusa B.H., Day N.L.: Prenatal alcohol exposure is associated with conduct disorder in adolescence: findings from a birth cohort. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatr.*, 2011; 50 (3): 262–271.
4. Patra J., Bakker R., Irving H. i wsp.: Dose response relationship between alcohol consumption before and during pregnancy and the risk of low birthweight, preterm birth and small for gestational age (SGA) – a systematic review and meta analyses. *BJOG*, 2011; 118: 1411–1421.
5. Feldman H.S., Jones K.L., Lindsay S. i wsp.: Prenatal alcohol exposure patterns and alcohol related birth defects and growth deficiencies: a prospective study. *Alcohol Clin. Exp. Res.*, 2012; 36 (4): 670–676.
6. May P.A., Blankenship J., Marais A.S. i wsp.: Maternal alcohol consumption producing fetal alcohol spectrum disorders (FASD): quantity, frequency, and timing of drinking. *Drug Alcohol Depend.*, 2013; 133 (2): 502–512.
7. Flak A.L., Su S., Bertrand J. i wsp.: The association of mild, moderate, and binge prenatal alcohol exposure and child neuropsychological outcomes: a meta analysis. *Alcohol Clin. Exp. Res.*, 2014; 38 (1): 214–226.
8. Rozpoznawanie spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych. Zalecenia opracowane przez interdyscyplinarny zespół polskich ekspertów. *Medycyna praktyczna. Pediatria. Wydanie specjalne* 1/2020.
9. Symon A., Rankin J., Sinclair H. i wsp.: Peri conceptual and mid pregnancy drinking: a cross sectional assessment in two Scottish health board areas using a 7 day Retrospective Diary. *J. Adv. Nurs.*, 2016; 73 (2): 375–38.

4 Profil trudności pacjenta FASD

z punktu widzenia psychiatry dziecięcego

lek. Aleksandra Sikora-Sporek



Skutki narażenia na alkohol w okresie prenatalnym trwają całe życie, często nierozpoznane przyczyniają się do istotnych trudności w funkcjonowaniu codziennym, zaburzeń zdrowia psychicznego, mogą zwiększać podatność na konflikty z prawem, doprowadzać do licznych konsekwencji owocujących złamaniem linii życiowej pacjenta.

U wielu osób będących pod opieką takich instytucji jak poradnie zdrowia psychicznego, oddziały psychiatryczne, sądowe czy instytucje opiekuńcze, inne trudności czy objawy przykrywają pierwotną przyczynę, jaką jest FASD. W pewnym wieku, przy braku części ważnych dla opiniowania informacji, niedostępności wczesnego wywiadu rozwojowego, ekspozycyjnego, znacznej niesprawności samego pacjenta, licznych dotychczasowych diagnoz zamazujących obraz kliniczny, diagnoza FASD może być znacznie utrudniona. Upływający czas działa na niekorzyść pacjenta i opóźnia włączenie odpowiednich wczesnych oddziaływań terapeutycznych, nakierowanych na kompensację trudności.



Fot. Freepik

Rozpoznawalne cechy zewnętrzne FASD mogą z czasem stawać się coraz mniej wyraźne, zwłaszcza u pacjentów dorosłych, jednak deficyty w różnych obszarach funkcjonowania mózgu dotyczą z zasady każdego pacjenta. W praktyce klinicznej zdarza się, że pacjenci z niepełnym FAS (jak ARND, ND-PAE w zależności od używanej klasyfikacji) funkcjonują znacznie gorzej niż pacjenci z pełnoobjawowym płodowym zespołem alkoholowym. Najczęstsze problemy dotyczące zdrowia psychicznego w okresie wczesnego dzieciństwa u dzieci z FASD dotyczą zaburzeń więzi, zaburzeń lękowych, zaburzeń snu, zaburzeń karmienia. Niejednokrotnie są to dzieci obciążone traumą wczesnodziecięcą, doświadczeniami przemocy fizycznej, psychicznej, również nadużyć seksualnych. W okresie późnego dzieciństwa dołączają się problemy związane z nieukończonym treningiem czystości, moczeniem, zabrudzaniem, z zachowaniami opozycyjno-buntowniczymi, jest to też najczęstszy okres diagnozowania niepełnosprawności intelektualnej, zaburzeń hiperkinetycznych/uwagowych oraz trudności szkolnych. W okresie nastoletniości oraz wczesnej dorosłości obserwujemy powikłania nieleczonych wcześniej zaburzeń, ale też epizody depresyjne, początki uzależnień, poważniejszych konfliktów z prawem na bazie masywnych zaburzeń zachowania, czy kształtujących się niekorzystnych cech zaburzeń osobowości. Znaczącą rolę w udziale wymienionych zaburzeń ma niekorzystny wpływ alkoholu na oś podwzgórze – przysadka – nadnercza, który doprowadza do jej hiperaktywacji.



Najczęstsza triada objawów obserwowana u pacjenta FASD to obniżone możliwości poznawcze: niepełnosprawność intelektualna, niska norma intelektualna lub pogranicze niepełnosprawności intelektualnej (25%), zaburzenia zachowania (35–80%) oraz zaburzenia hiperkinetyczne (70–90%).

Możliwości intelektualne nie zawsze wyjaśniają problemy pacjenta. Niektórzy mogą prezentować się jako bardziej zaradni, kompetentni, „radzący sobie dobrze” ze względu na badalne (testami) prawidłowe IQ, jednak w życiu codziennym zmagają się z szeregiem trudności z powodu zaburzeń adaptacyjnych, wykonawczych, pamięciowych, językowych. Nieprawidłowy osąd, nieumiejętność wnioskowania, dedukowania, uczenia się na błędach, zastosowania nabytej wiedzy w życiu codziennym powoduje, że łatwo podlegają manipulacjom i mogą być wykorzystani w sprawach prawnych/sądowych.

Nieleczona impulsywność, trudności uwagowe i zaburzenia zachowania powodują, że pacjenci dość łatwo wnikają się w hiperkinetyczne zaburzenia zachowania, które w dalszej kolejności zaczynają nosić znamiona demoralizacji. Dodatkowo, na skutek braku dojrzałych strategii radzenia sobie, sięgają po różnego rodzaju używki, co powoduje, że opieka nad nimi zaczyna przewyższać możliwości opiekunów (także w kwestii bezpieczeństwa) i w konsekwencji trafiają pod opiekę instytucji. Również dlatego, że pod wpływem substancji psychoaktywnych i alkoholu, oraz dodatkowej „namowy” osób z otoczenia, popełniają przestępstwa częściej niż pacjenci bez uszkodzenia poalkoholowego. Częściej też są narażeni na zachowania samobójcze, samouszkodzające, zwłaszcza gdy mają rozpoznane już wcześniej zaburzenia psychiczne.

Nie jest możliwe leczenie przyczynowe FASD, stabilizację funkcjonowania próbuje się uzyskać poprzez wczesną diagnozę oraz pomoc w postaci: oddziaływań behawioralnych, systemowych, opiekuńczych oraz farmakoterapię. Farmakoterapia pacjentów z FASD jest trudna, a reakcja na leki nie zawsze zgodna z oczekiwaną. Leczenie psychofarmakologiczne z powodu deficytów językowych, pamięciowych, obniżonego wglądu jest znacznie mniej skuteczne niż u osób z populacji ogólnej. Przyczyną jest pierwotna dysfunkcja mózgu spowodowana uszkodzeniem alkoholowym.

Osoby z FASD są narażone na spektrum problemów, które będą im towarzyszyć na co dzień. By ograniczyć ich wtórne niepełnosprawności, przez całe życie będzie im potrzebny nadzór i wsparcie osób z otoczenia. Opracowywane są coraz to nowe protokoły leczenia i wspierania osób z FASD, ponieważ dotychczasowe dostępne dane mówiące o rokowaniu nie są optymistyczne i wskazują na wysoki wskaźnik zaburzeń psychicznych, uzależnień, kłopotów z prawem, słabym wykształceniem, problemami z zatrudnieniem i samodzielnym życiem.

Bibliografia

1. American Psychiatric Association. 2010. Available from www.dsm5.org/ProposedRevisions.
2. Burd, Larry, Diane K. Fast, Julianne Conry, and Andrew D. Williams. 2010. Fetal alcohol spectrum disorder as a marker for increased risk of involvement with correction systems. *Journal of Psychiatry & Law* 38(4).
3. Conry, Julianne, and Diane K. Fast. 2000. Fetal alcohol syndrome and the criminal justice system. Vancouver: British Columbia Fetal Alcohol Syndrome Resource Society.
4. Conry, Julianne L., Diane K. Fast, and Christine A. Looock. 1997. Youth in the criminal justice system: Identifying FAS and other developmental disabilities. Final report to the Ministry of the Attorney General: Vancouver, BC.
5. Famy, Chris, Ann P. Streissguth, and Alan S. Unis. 1998. Mental illness in adults with fetal alcohol syndrome or fetal alcohol effects. *American Journal of Psychiatry* 155(4).
6. Fast, Diane K., Julianne L. Conry, and Christine A. Looock. 1999. Identifying fetal alcohol syndrome (FAS) among youth in the criminal justice system. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 20(5).
7. Jones, Kenneth L., and David W. Smith. 1973. Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. *Lancet* ii(November 3).
8. MacPherson, Patricia, and Albert E. Chudley. 2007. FASD: Screening and estimating incidence in an adult correctional population. Paper presented at the 2nd International Conference on Fetal Alcohol Spectrum Disorder, Victoria, BC.
9. Mattson, Sarah N., Nicole Crocker, and Tanya T. Nguyen. 2011. Fetal alcohol spectrum disorders: Neuropsychological and behavioral features. *Neuropsychology Review* 21.
10. O'Connor, Mary J., and Blair Paley. 2009. Psychiatric conditions associated with prenatal alcohol exposure. *Developmental Disabilities Research Reviews*.
11. Riley, Edward P., Christie L. McGee, and Elizabeth R. Sowell. 2004. Teratogenic effects of alcohol: A decade of brain imaging. *American Journal of Medical Genetics* 127C(1).
12. Schonfeld, Amy M., Blair Paley, Fred Frankel, and Mary J. O'Connor. 2006. Executive functioning predicts social skills following prenatal alcohol exposure. *Child Neuropsychology*.
13. Spohr, Hans-Ludwig, Judith Willms, and Hans-Christoph Steinhausen. 1993. Prenatal alcohol exposure and long-term developmental consequences. *The Lancet* 341(8850).
14. Spohr, H. L., J. Willms, and H. C. Steinhausen. 1994. The fetal alcohol syndrome in adolescence.
15. Streissguth, Ann P., Helen M. Barr, Julia Kogan, and Fred L. Bookstein. 1996. Final report to the CDC on understanding the occurrence of secondary disabilities in fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effects. Seattle: University of Washington.
16. Streissguth, Ann P., Fred L. Bookstein, Helen M. Barr, Paul D. Sampson, Kieran O'Malley, and Julia K. Young. 2004. Risk factors for adverse life outcomes in fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effects. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 25(4).
17. Toneatto, Tony. 2004. Cognitive deficits caused by alcohol and other drugs: Treatment implications. In *Alcohol and drug problems: A practical guide for counselors*, 3rd Edition, ed. Susan Harrison and Virginia Carver. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.
18. Uban, Kristina A., Tamara Bodnar, Kelly Butts, Joanna H. Sliwowska, Wendy Comeau, and Joanne Weinberg. 2011. Direct and indirect mechanisms of alcohol teratogenesis: Implications for understanding alterations in brain and behavior in FASD. In *Fetal alcohol spectrum disorder: Management and policy perspectives of FASD*, ed. Edward P. Riley, Sterling Clarren, Joanne Weinberg, and Egon Jonsson, Weinheim, Germany: Wiley-Blackwell.
19. Walthall, Johanna C., Mary J. O'Connor, and Blair Paley. 2008. A comparison of psychopathology in children with and without prenatal alcohol exposure. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*.
20. Weinberg, J., J. H. Sliwowska, N. Lan, and K. G. C. Hellemans. 2008. Prenatal alcohol exposure: Foetal programming, the hypothalamic-pituitary-adrenal axis and sex differences in outcome. *Journal of Neuroendocrinology* 20.

5 FASD W POZ

– gdzie się
„chowają” pacjenci?

lek. Piotr Kudłacz



Pracownicy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) – położne, pielęgniarki oraz lekarze, odgrywają kluczową rolę zarówno w profilaktyce, jak i rozpoznawaniu płodowych zespołów alkoholowych (FASD). Ciągłość opieki, zaufanie, dostępność oraz znajomość środowiska lokalnego są atutami, które mogą znacząco wpłynąć zarówno na zmniejszenie częstości spożywania alkoholu przez przyszłe matki, jak i na skuteczniejsze wykrywanie przypadków FASD wśród ich dzieci.



W Polsce około
15% kobiet
ciężarnych
pije alkohol

Wśród działań profilaktycznych w POZ należy wymienić edukację pacjentek planujących ciążę oraz ciężarnych na temat szkodliwości spożywania alkoholu w ciąży. O tym, jak dużo jest do zrobienia, niech świadczą dane z populacji polskiej, wskazujące, że około 15% kobiet ciężarnych pije alkohol¹. Należy pamiętać, że rozmowa z przyszłą matką na temat przyjmowania przez nią alkoholu w ciąży powinna zawsze odbywać się w atmosferze szczególnej poufności i szacunku.

Biorąc pod uwagę, że według danych amerykańskich około 45% kobiet zachodzi w nieplanowaną ciążę², lekarze i pielęgniarki POZ powinni niejako przesiewowo zbierać wywiad dotyczący spożywania alkoholu u wszystkich pacjentek w wieku rozrodczym, bowiem nie istnieje bezpieczna dawka alkoholu dla organizmu płodu. Ponadto POZ jest miejscem, gdzie powinno się prowadzić edukację w zakresie wpływu alkoholu na płodność, szkodliwości spożywania alkoholu w ciąży oraz metod skutecznej antykoncepcji. Wydaje się, że powyższe działania edukacyjne powinno się kierować do wszystkich pacjentów w wieku rozrodczym.

Kolejnym zadaniem POZ jest przesiewowa ocena pacjentów pediatrycznych w kierunku występowania FASD. Szacuje się, że u dużej części osób z FASD choroba nie jest rozpoznawana lub jest błędnie rozpoznawana, a co za tym idzie – pacjenci nie otrzymują właściwej opieki³. Często diagnostyka jest rozpoczynana dopiero wtedy, kiedy dziecko zaczyna edukację szkolną.

Postawienie rozpoznania FASD jest procesem wieloetapowym, który zaczyna się od wyłonienia osób z grupy ryzyka i skierowania ich do dalszej diagnostyki w ośrodkach specjalistycznych. W praktyce we wstępną ocenę ryzyka FASD powinni zaangażowani być: lekarze (przede wszystkim ginekolodzy, neonatolodzy, pediatrzy, lekarze rodzinni), pielęgniarki i położne (pracujące w oddziałach ginekologiczno-położniczych, pediatrycznych oraz w POZ), pracownicy socjalni i oświatowi, wreszcie rodzice i opiekunowie dziecka⁴.



W praktyce we wstępną ocenę ryzyka FASD powinni zaangażowani być: lekarze (przede wszystkim ginekolodzy, neonatolodzy, pediatrzy, lekarze rodzinni), pielęgniarki i położne (pracujące w oddziałach ginekologiczno-położniczych, pediatrycznych oraz w POZ), pracownicy socjalni i oświatowi, wreszcie rodzice i opiekunowie dziecka⁴.

Ocena przesiewowa, którą przeprowadzić można w warunkach POZ, składa się z dwóch elementów, tj. oceny prenatalnej ekspozycji na alkohol oraz obserwacji dziecka. Pierwsza część polega na rozmowie bezpośrednio z matką i osobami z jej otoczenia oraz ewentualnej analizie dokumentacji (medycznej, sądowej, dokumentów z opieki społecznej). Niekiedy wiedza na temat prenatalnego narażenia na alkohol okazuje się kluczowa dla skierowania dziecka do dalszej diagnostyki w kierunku FASD, szczególnie jeśli obserwowane problemy rozwojowe dziecka są niespecyficzne, a dotychczasowa diagnostyka nie przynosi odpowiedzi co do ich przyczyny. Druga część obejmuje obserwację dziecka – w praktyce przede wszystkim ocenę wzrastania (długość, masa ciała, obwód głowy) oraz ocenę neurorozwojową dziecka. Elementy te są częścią rutynowych badań bilansowych dziecka zdrowego. Ocena przesiewowa może obejmować także ocenę charakterystycznych cech dysmorfii twarzy związanych z FAS. Wstępna ocena w ramach POZ z założenia jest mniej dokładna niż badania w ośrodku specjalistycznym. Pozwala jednak spośród kierowanych pacjentów wyłonić tych, którzy mogą skorzystać z dalszej diagnostyki.

Bibliografia

1. Wojtyła A., Kapka-Skrzypczak L., Diatczyk J. i wsp.: Alcohol-related developmental origin of adult health – population studies in Poland among mothers nad newborns (2010–2012). *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 2012; 19 (3): 365–77.
2. Finer LB, Zolna MR. Declines in Unintended Pregnancy in the United States, 2008–2011. *New England Journal of Medicine*. 2016;374(9):843–852.
3. Denny L, Coles S, Blitz R. Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Am Fam Physician*. 2017;96(8):515–522.
4. Okulicz-Kozaryn K, Szymańska K, Maryniak A, i wsp. Rozpoznawanie spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych. Zalecenia opracowane przez interdyscyplinarny zespół polskich ekspertów. *Medycyna Praktyczna. Pediatria*. Published online 2020:[30 nlb.].

6

Dziecko z FASD na oddziale pediatrycznym

mgr Klaudia Kukuczka



Hospitalizacja jest trudnym doświadczeniem dla dzieci. Wiąże się z dużym obciążeniem fizycznym i psychicznym. Wymaga od dziecka przystosowania się do nowego środowiska, co dla pacjentów z FASD może stanowić szczególnie trudne wyzwanie. Pielęgniarka, jako osoba najbliższa małemu pacjentowi, ma zasadniczy wpływ na to, czy prawidłowo przystosuje się on do środowiska szpitalnego.

Wpływ hospitalizacji na chore dziecko zależy od wieku pacjenta i tego, jak radzi sobie z trudną sytuacją. Pielęgniarka na oddziale pediatrycznym stoi przed zadaniem właściwego wprowadzenia dziecka w rolę pacjenta, zminimalizowania jego lęków oraz nawiązania i utrzymania więzi z nim i jego rodzicami. Procedura przyjęcia na oddział dziecka z FASD nie odbiega znacząco od przyjęcia innych pacjentów. Dziecko przyjmowane jest na oddział z rodzicem bądź opiekunem prawnym, który przebywa z dzieckiem podczas całej hospitalizacji. Często zdarza się, że rolę opiekuna prawnego pacjenta z FASD pełni rodzic zastępczy, rodzic adopcyjny lub pracownik placówki opiekuńczo-wychowawczej.



Fot. Freepik

Należy zwrócić szczególną uwagę, czy osoba zgłaszająca się z dzieckiem na oddział jest rzeczywiście jego opiekunem prawnym. W placówkach rolę opiekuna prawnego często pełni dyrektor, zaś dzieci pozostają pod opieką wychowawców i to oni są osobami znającymi je najlepiej i sprawującymi realną opiekę.

Rolą pielęgniarki jest zapoznanie się z dzieckiem oraz jego opiekunem, wykonanie podstawowych pomiarów, takich jak: masa ciała, wzrost, temperatura, ciśnienie tętnicze krwi, tętno, saturacja oraz obwód głowy. Wzrost, masa ciała i obwód głowy są bardzo istotne w diagnostyce dzieci z FASD. Pielęgniarka przeprowadza z opiekunem wywiad, który pomaga w zaplanowaniu odpowiedniej opieki nad dzieckiem. W kontekście FASD należy dopytać o istotne aspekty codziennego funkcjonowania dziecka. Na zlecenie lekarza pobierana jest krew do badań, mały pacjent przygotowany jest do EEG czy innych badań obrazowych. Następnie dziecko oraz jego opiekun zapoznawani są z topografią oddziału, prawami pacjenta, planem dnia oraz panującymi na oddziale zasadami. Specyficzne trudności wynikające z uszkodzenia układu nerwowego, przede wszystkim dotyczące funkcji wykonawczych, często utrudniają adaptację dzieci z FASD. Pomocne mogą być modyfi-

kacje procesu – częste powtarzanie zasad funkcjonowania oddziału, stworzenie obrazkowych instrukcji przypominających pacjentowi te zasady, wyraźne, obrazkowe oznaczenie np. miejsc, do których nie wolno wchodzić. Jeśli podczas pobytu dziecko oraz opiekun mają zapewnioną opiekę psychologa, warto, aby personel pielęgniarski pozostawał z nim w kontakcie, pozyskując informacje na temat szczególnych potrzeb dziecka.

Samopoczucie dziecka w szpitalu zależy od wielu czynników, między innymi od relacji z personelem. Dziecko czuje, czy personel go lubi, czy rozumie jego problemy i potrzeby, okazuje cierpliwość, zainteresowanie i poprawnie się z nim komunikuje. Pielęgniarki i pozostały personel szpitala powinni zawsze postrzegać dziecko jako partnera w leczeniu i zachęcać je do udziału w procesie leczenia. Dotyczy to również dziecka, którego rozwój odbiega od typowego. Pielęgniarki muszą być zaznajomione z przyzwyczajeniami dziecka, aby pomóc mu przystosować się do nowego środowiska. Ważnym aspektem przystosowania dziecka do pobytu w szpitalu jest właściwa komunikacja między personelem pielęgniarskim a małym pacjentem. To ona kształtuje pozytywny stosunek dziecka do procesu leczenia. Treść przekazywanych informacji jest niezwykle istotna. Ważne jest kilkakrotne wytłumaczenie dziecku w sposób zrozumiały celowości każdej nowej sytuacji i działań planowanych. Dzięki zachowaniu spokoju, opanowanie w kontaktach z dzieckiem, ustaleniu planu dnia i regularności wykonywanych działań dziecko będzie miało poczucie bezpieczeństwa i spokoju. Mały pacjent powinien mieć możliwość stawiania pytań dotyczących pobytu w szpitalu. Poziom przekazywanych mu informacji musi być dostosowany do jego wieku, możliwości i potrzeb w danej chwili. Pracujące na oddziale pielęgniarki powinny cechować się cierpliwością, gdyż dzieci z FASD często się denerwują, ulegają zmianom nastroju oraz reagują impulsywnie. Istotne jest także zadbanie o komfort fizyczny małego pacjenta. Dzieci z FASD bardziej reagują na bodźce, dlatego też ważne jest zapewnienie im odpowiednich warunków, np. poprzez ograniczenie liczby osób na sali, przyciemnienie światła czy zminimalizowanie hałasów.

Pielęgniarka powinna również zachęcać rodziców do czynnego udziału w czynnościach pielęgnacyjnych i stwarzać warunki do częstego kontaktu z dziećmi.



Dziecko czuje, czy personel go lubi, czy rozumie jego problemy i potrzeby, okazuje cierpliwość, zainteresowanie i poprawnie się z nim komunikuje.

Bibliografia

1. Rakowska-Różewicz O., Wybrane standardy i procedury w pielęgniarstwie pediatricznym. Wyd. Czelej, Lublin 2001: 39–45.
2. Muscari M.E., Pediatria i pielęgniarstwo pediatriczne. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2005: 45–62.
3. Szczupał B. (2013), Dziecko z FASD – problemy diagnostyczne oraz wybrane strategie i metody pracy. Rozprawy Społeczne, 1(VII), s. 79–87.
4. Molly N. Milians, Educational Needs and Care of Children with FASD. Current Developmental Disorders Reports, volume 2, pages 210–218 (2015).

Udział położnej w profilaktyce FASD

dr n. o zdr. Anna Szablewska



Ze względu na rosnący odsetek kobiet spożywających alkohol codziennie w małych ilościach, zarówno w Polsce, jak i innych krajach Unii Europejskiej powinna wzrosnąć czujność personelu medycznego dotycząca profilaktyki FASD, już w ramach opieki przedkonceptyjnej.

Położna jest jedną z osób odpowiedzialnych za badanie przesiewowe, którego celem jest ocena prenatalnej ekspozycji na alkohol, wykonanie pomiarów antropometrycznych i ocena według siatek centylowych w celu wykluczenia ograniczenia wzrastania oraz odnotowanie jakichkolwiek nieprawidłowości w zakresie neurorozwoju dziecka.

Największym problemem w praktyce położnej jest uzyskanie wiarygodnych danych na temat konsumpcji alkoholu przez kobiety w ciąży. Ciężarne często nie przyznają się do spożywania alkoholu w czasie ciąży, ze względu na obawę przed negatywną oceną społeczną. Weryfikacja danych jest utrudniona przez brak jednolitej dokumentacji medycznej.

W wywiadzie zawartym w karcie położniczej/procesie pielęgnowania lub w karcie przebiegu ciąży powinna zostać odnotowana informacja dotycząca konsumpcji alkoholu (również w przypadku incydentalnego spożywania alkoholu, zanim kobieta dowiedziała się, że jest w ciąży) oraz tzw. wzoru spożywania alkoholu, częstotliwości i innych zachowań zdrowotnych. Na podstawie uzyskanych informacji możliwe jest właściwe planowanie opieki położnej w profilaktyce FAS. Będzie ona dotyczyć okresu przedkonceptyjnego, edukacji przedporodowej oraz opieki poporodowej. Zgodnie z wytycznymi zespołu działającego przy Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych położna jest jedną z osób odpowiedzialnych za badanie przesiewowe, którego celem jest ocena prenatalnej ekspozycji na alkohol (wywiad z matką lub środowiskowy, analiza dokumentacji), wykonanie pomiarów antropometrycznych i ocena według siatek centylowych w celu wykluczenia ograniczenia wzrastania oraz odnotowanie jakichkolwiek nieprawidłowości w zakresie neurorozwoju dziecka¹. Nieprawidłowości powinny zawsze prowadzić do refleksji o możliwości wystąpienia FASD oraz skierowania przez położną pacjentki i jej dziecka na specjalistyczną diagnostykę. W zależności od wyniku przeprowadzonego wywiadu położna powinna zaplanować konkretne interwencje, np. w ramach edukacji przedporodowej oraz praktyce położnej środowiskowo-rodzinnej, których czas trwania i zakres uzależniony jest od kwalifikacji pacjentki do danej grupy².



fot. Adobe Stock

Istotnym elementem opieki przedkoncepcyjnej i okołoporodowej jest edukacja w zakresie właściwej suplementacji, w celu zapobiegania wadom cewy nerwowej. Według Rekomendacji Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników w przypadku nadużywania alkoholu zalecenia dotyczące dawek folianów zawierają się w grupie zaleceń jak dla ryzyka pośredniego, tj.: 0,8 mg kwasu foliowego, w tym aktywne foliany i witamina B12 przez okres 12 tygodni przed ciążą, cały okres ciąży oraz laktacji³. Niebagatelny i zarazem trudny do oszacowania jest negatywny wpływ niedoborów żywieniowych, które często występują u kobiet ciężarnych nadużywających alkoholu lub od niego uzależnionych. Deficyty dotyczą zwłaszcza kluczowych dla rozwoju neuronów folianów, choline i witaminy A, co w istotny sposób może zaburzyć budowę i funkcję OUN płodu⁴. Ponadto alkohol zmniejsza w łożysku stężenie białka, transport żelaza, witaminy B12 i wielonienasyconych kwasów tłuszczowych, a także zaburza metabolizm glukozy i cholesterolu. Kobiety nadużywające alkoholu mają także zwiększone ryzyko wystąpienia powikłań związanych z niepowściągliwymi wymiotami ciężarnych oraz zwiększone ryzyko wystąpienia encefalopatii Wernickiego^{5, 6}. Według National Institutes of Health ciąża, w której dochodzi do konsumpcji alkoholu, kategoryzowana jest jako : high-risk pregnancy, czyli ciąża wysokiego ryzyka położniczego⁷.

Szacuje się na, podstawie badania z 2015 r. przeprowadzonego przez PARPA w projekcie „ALICJA”, że przynajmniej 2% społeczeństwa to osoby z FASD, a co za tym idzie, podmiotem naszej opieki mogą stać również dorosłe kobiety ciężarne obciążone FASD⁸. Spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych nie jest chorobą dziedziczną, istnieje jednak duże ryzyko, że kobieta, najczęściej z niezdiagnozowanym FASD, urodzi dziecko z FASD lub innym zaburzeniem neurorozwojowym. Jest to związane uwarunkowaniami środowiskowymi wpływającymi na zwiększone prawdopodobieństwo konsumpcji alkoholu oraz z ograniczonymi możliwościami myślenia przyczynowo-skutkowego, planowania i zaburzonymi relacjami społecznymi, które często występują u tych osób. Dorosła kobieta z FASD często myśli i zachowuje się jak osoba niedojrzała, dlatego łatwo może wejść w ryzykowne relacje towarzyskie i seksualne lub stać się ofiarą gwałtu. Dodatkowo może nie rozumieć, że spożywany przez nią alkohol może zaszkodzić rozwijającemu się dziecku.

Bibliografia

1. Zespół działający przy Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA). Rozpoznawanie spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych. Postępy Pediatr Med Prakt. 2020;1.
2. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów. Zapobieganie Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych (FASD). 2018.
3. Bomba-Opon D, Hirnle L, Kalinka J, Seremak-Mrozikiewicz A. Folate supplementation during the preconception period, pregnancy and puerperium: Polish society of gynecologists and obstetricians guidelines. Ginekol i Perinatol Prakt. 2017;2(5):210-214. doi:10.5603/GP.a2017.0113.
4. Drews K. Aktywne wspomaganie szlaku folianów - Epigenetyczny wpływ choline i witaminy B12 na rozwój ciąży. Ginekol Pol. 2015;86(12):940-946. doi:10.17772/gp/60561.
5. Węsek A, Stankiewicz R, Schabowski J. Wernicke's Encephalopathy – a set of neurological symptoms caused by lack of vitamin B1. Med Ogólna i Nauk o Zdrowiu. 2010;16(2):236-241.
6. Rabenda-Łącka K, Wilczyński J, Bręborowicz G, Leśniak P, Jurga S, Radoch Z. Encefalopatia Wernickego w przebiegu niepowściągliwych wymiotów ciężarnych. Ginekol Pol. 2003;74(8):633-637.
7. <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/high-risk/conditioninfo/factors>.
8. Okulicz-Kozaryn K, Borkowska M. Diagnoza FASD dla celów edukacyjnych i wychowawczych. :168-183.

Jak zadawać trudne pytania?

Warsztaty z komunikacji z elementami dialogu motywacyjnego

mgr Anna Skórska-Tokarska
mgr Małgorzata Żach



Własne przekonania osób zajmujących się pomocą kobietom pijącym w ciąży mogą wpływać na jakość udzielanej im pomocy. W tym kontekście warto się zastanowić, dlaczego kobiety w ciąży piją alkohol. Powodem może być fakt, że kobieta:

- nie wie, że jest w ciąży,
- jest uzależniona od alkoholu,
- nie wie, jaki wpływ na dziecko może mieć picie przez nią alkoholu,
- doświadcza silnego stresu,
- ma problemy ze zdrowiem psychicznym.

Implikuje to liczne trudności w pracy i świadczeniu efektywnej pomocy ciężarnym. Kolejną grupą wymagającą pomocy są rodzice dzieci z rozpoznanym FASD.

Niezależnie od problemów ujawniających się u zgłaszających się osób, ważne jest empatyczne podejście do pacjentów i profesjonalne zaopiekowanie się zgłaszanym problemem. Niezbędne są przy tym umiejętności z zakresu konstruktywnej komunikacji. W komunikacji z pacjentem pomocnym narzędziem jest dialog motywujący.

Dialog motywujący jest opartym na współpracy, ukierunkowanym na pacjenta stylem opieki, mającym na celu wzmocnienie motywacji pacjenta do zmiany poprzez pomoc pacjentowi w rozwiązaniu jego ambiwalencji. Prowadzi to do zmiany, która oparta jest na argumentacji samego pacjenta. Rolą pracownika opieki zdrowotnej jest bycie przewodnikiem, wsłuchiwanie się w obawy pacjenta, wydobywanie jego potrzeb, mocnych stron, wzmocnianie jego pewności siebie i sprawczości oraz pomoc przy tworzeniu planu zmiany.

Kluczem do skutecznego wzmacniania motywacji pacjenta jest, oprócz umiejętności właściwej komunikacji, budowanie z pacjentem relacji polegającej na nawiązaniu spokojnej i nieocenianej współpracy, która pozostawi pacjentowi prawo ostatecznej decyzji dotyczącej własnego zdrowia.



Duch dialogu motywacyjnego jest oparty na:

współpracy, akceptacji,
wywoływaniu siły
i trosce.

W umocnieniu sprawczości pacjenta pomagają cztery procesy w dialogu motywującym:

- **angażowanie** – tworzenie atmosfery współpracy, w której gotowość pracy pacjenta będzie ulegać wzmocnieniu,
- **ukierunkowywanie** – proces poszukiwania i podtrzymywania kierunku zmiany,
- **wywoływanie i wzmocnienie wewnętrznej motywacji** do zmiany,
- **planowanie** – sformułowanie konkretnego planu działania.

Podstawowe umiejętności związane z prowadzeniem dialogu motywującego obejmują wzmocnianie języka zmiany poprzez:

- stawianie pytań otwartych,
- dowartościowanie,
- odzwierciedlanie,
- podsumowanie.

Dialog motywacyjny jest metodą wzbudzającą wewnętrzną motywację do zmiany – osoba, której pomagamy, sama zaczyna zastanawiać się, czego chce, a specjalista jej w tym jedynie towarzyszy. Takie podejście sprawia, że pojawia się wewnętrzna motywacja, która nie jest oparta na aktywności specjalisty, ale własnych przemyśleniach osoby, której zmiana dotyczy. Jest to zdecydowanie najbardziej efektywny sposób motywowania i jednocześnie najmniej obciążający zarówno dla osoby motywowanej, jak i motywującej.

Bibliografia

1. Arkowicz H., Miller W. R., Rollnick S. (red.) (2017) Dialog motywujący w terapii problemów psychologicznych. Kraków, WUJ.
2. Borkowska M., Okulicz – Kozaryn K., Opuchlik K., Stanisławska A. (2018) Zapobieganie spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych (FASD). Warszawa, PARPA.
3. Fudała J., Jadczyk – Szumiło T. (2021) Co powinniśmy wiedzieć o FASD, kiedy pomagamy osobom uzależnionym od alkoholu? Warszawa, PARPA.
4. Jarczyńska J. M., Derwich A. (2020) Podejście integrujące terapię poznawczo – behawioralną i dialog motywujący. Warszawa, Eneteia.
5. Miller W. R., Rollnick S. (2014) Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie. Kraków, WUJ.
6. <https://www.gov.pl/web/gis/spozywanie-alkoholu-przez-kobiety-w-ciazy>.





www.fundacja-zdrowie-dziecka.pl



Ministerstwo
Zdrowia



Zadanie dofinansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych
na zlecenie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom