



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Предупреждение вреда, причиняемого подверженностью воздействию алкоголя в период беременности

Экспресс-обзор и примеры из
практики государств-членов ВОЗ





Европейский Офис ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними

**Леонтьевский переулок, д.9
125009 Москва, Российская Федерация
Адрес электронной почты:
euroNCDGDO@who.int**

**Вебсайт:
<http://www.euro.who.int/ru/WHONCDoffice>**



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Предупреждение вреда, причиняемого подверженностью воздействию алкоголя в период беременности

Экспресс-обзор и примеры из практики
государств-членов ВОЗ

Автор: Lisa Schölin

Аннотация

Сохраняющиеся в течение всей жизни формы инвалидности, вызванные подверженностью воздействию алкоголя в период беременности (известные как нарушения фетального алкогольного спектра), наряду с другими негативными влияниями алкоголя на течение и исход беременности являются серьезной проблемой общественного здравоохранения. В Европейском регионе ВОЗ и в Европейском союзе (ЕС) употребление алкоголя среди женщин детородного возраста является обычным явлением, и хотя многие из тех женщин, которые могут выпивать до обнаружения своей беременности, сразу после этого прекращают употреблять алкоголь, некоторые продолжают пить и после того, как обнаруживают, что они беременны. Большую тревогу вызывает число незапланированных беременностей, когда женщина продолжает пить еще долго после наступления беременности. В политике в области общественного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ и в ЕС обеспечению хорошего здоровья с самого начала жизни, включая период внутриутробного развития, уделяется особое внимание. В данном документе приводится обзор литературы о вмешательствах, направленных как на беременных женщин, так и на женщин, у которых беременность еще не наступила, и предпринимаемых в соответствии с программными документами, принятыми в ЕС и в Регионе, с целью предупреждения подверженности воздействию алкоголя в период беременности. В документе анализируется литература, в которой представлены результаты исследований по предупреждению подверженности воздействию алкоголя в период беременности, опубликованные в последнее десятилетие. Для ознакомления с опытом ведения профилактики в Регионе также приводятся примеры из практики восьми государств-членов ВОЗ в Европейском регионе.

Ключевые слова

Alcohol drinking – prevention and control
Alcohol drinking – adverse effects
Fetal alcohol spectrum disorders – prevention and control
Harm reduction
Pregnancy
Health promotion
Finland
Germany
Lithuania
Luxembourg
Norway
Poland
Slovenia
Sweden

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.

ISBN: 9789289052283

Фотографии: Fotolia.com

© Рис. 2: Helsedirektoratet

© Всемирная организация здравоохранения, 2017 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Содержание

Выражение благодарности	iv
Сокращения	v
Предисловие	vi
Резюме	vii
Введение	I
Женщины, алкоголь и беременность	2
Влияние подверженности воздействию алкоголя на репродуктивную функцию и на здоровье ребенка	3
Политика в отношении предупреждения вреда, связанного с алкоголем ..	4
Скрининг с целью выявления употребления алкоголя в период беременности	5
Вмешательства с целью предупреждения негативных последствий подверженности воздействию алкоголя в период внутриутробного развития	6
Методика обзора	8
Критерии включения	9
Критерии исключения	9
Результаты обзора	II
Вмешательства, направленные на женщин, которые могут забеременеть	12
Вмешательства, направленные на беременных женщин	14
Обсуждение результатов	16
Недостатки	17
Примеры из практики	19
Финляндия – акцент на лечебной практике	20
Германия – консультирование, политика и информированность о ФАСН	21
Литва – повышение уровня информированности о ФАСН	21
Люксембург – общенациональные кампании и акцент на медицинских услугах	22
Норвегия – акцент на медицинских услугах и успешная общенациональная кампания	23
Польша – повышение уровня информированности и развитие науки	24
Словения – широкомасштабные кампании по повышению уровня информированности	25
Швеция – акцент на поддержке лиц, страдающих ФАСН	26
Библиография	27
Приложения	33
Приложение 1. Поисковые термины	34
Приложение 2. Схема последовательности проведения обзора	35
Приложение 3. Краткое описание исследований, включенных в обзор	36

Выражение благодарности

Данный документ был подготовлен на средства Европейского союза (ЕС). Автором документа является Lisa Schölin, научный сотрудник Института социального маркетинга, университет Стирлинга, Соединенное Королевство.

Европейское региональное бюро ВОЗ выражает благодарность группе экспертов, участвовавших в рецензировании данной публикации: профессору Linda Bauld, Институт социального маркетинга, университет Стирлинга, Соединенное Королевство; г-ну Eric Carlin, директору Шотландской программы действий медицинских работников по решению проблем алкоголя (SHAAP); д-ру Therese Dowswell, Ливерпульский университет, Соединенное Королевство; д-ру Niamh Fitzgerald, Институт социального маркетинга, университет Стирлинга, Соединенное Королевство; д-ру Patricia Jackson, почетному члену совета Эдинбургского университета, старшему члену Королевского общества педиатрии и охраны детства, Соединенное Королевство; почетному профессору Moira Plant, университет Западной Англии, Соединенное Королевство; д-ру Peter Rice, председателю SHAAP; профессору Emanuele Scafato, Сотрудничающий центр ВОЗ по исследованиям и мерам по укреплению здоровья в связи с алкоголем и вызываемыми алкоголем нарушениями здоровья, Национальная обсерватория по проблемам алкоголя CNESPS, Национальный институт здравоохранения, Рим, Италия; д-ру Lesley Smith, университет Оксфорд Брукс, Соединенное Королевство; д-ру Christopher Steer, консультанту-педиатру, НСЗ г. Файф, почетному старшему преподавателю университета Данди, Эдинбургского университета и университета Сент-Эндрюс, Соединенное Королевство.

Европейское региональное бюро ВОЗ также благодарит представителей государств-членов, которые предоставили информацию о своей профилактической работе в данной области: г-жу Elisabet Aldenberg, министерство здравоохранения и социальных дел, Швеция; г-на Bernt Bull и г-жу Marianne Virtanen, управление здравоохранения, Норвегия; г-жу Joanna Głazewska, министерство здравоохранения, Польша; г-на Albert Kern, федеральное министерство здравоохранения, Германия; г-жу Gelena Kriveliene и г-на Audrius Ščeronaivičius, министерство здравоохранения, Литва; г-жу Marjatta Montonen, Национальный институт здравоохранения и социального обеспечения и г-на Ismo Tuominen, министерство социальных дел и здравоохранения, Финляндия; д-ра Simone Steil, министерство здравоохранения, Люксембург; д-ра Liza Zorman, министерство здравоохранения, Словения.

Техническое редактирование осуществляли Lars Møller, руководитель программы, Julie Brummer, консультант, и Gauden Galea, директор отдела неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни, Европейское региональное бюро ВОЗ.

Данная публикация была подготовлена при финансовой помощи Европейского союза. Выраженные в ней мнения никоим образом не могут быть истолкованы как отражающие официальную позицию Европейского союза.

Перевод настоящего документа на русский язык финансировало Министерство здравоохранения Российской Федерации в рамках Проекта по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними.

Сокращения

БСА	Беременность, сопровождаемая воздействием алкоголя
ДИ	Доверительный интервал
ЕС	Европейский союз
ЕС-27	Страны, входящие в Европейский союз после января 2007 г.
ОШ	Отношение шансов
СДА	Стандартная доза алкоголя
ФАС	Фетальный алкогольный синдром
ФАСН	Нарушения фетального алкогольного спектра
ЧФАС	Частичный фетальный алкогольный синдром
ЭКО	Экстракорпоральное оплодотворение
AUDIT	Тест для выявления злоупотребления алкоголем (из 10 пунктов)
AUDIT-C	Тест для выявления злоупотребления алкоголем (из 3 пунктов)
BALANCE	Вмешательство “Предупреждение беременности и информированность о вреде алкоголя: полноценное обсуждение вариантов”
CAGE	Опросник “Намерение уменьшить потребление алкоголя, чувство раздражения, чувство вины, потребность опохмелиться утром”
CHOICES	Вмешательство “Исследование изменения рискованного потребления алкоголя и улучшения действенности контрацепции”
EARLY	Сокращенная версия вмешательства BALANCE без консультирования по вопросам контрацепции
e-CHUG	Онлайновый опросник для самооценки собственного поведения в отношении употребления алкоголя
ITT	Анализ (обследованной популяции) по принципу включения “всех, кому было назначено лечение”
T-ACE	Опросник “Толерантность к алкоголю, раздражение, вызываемое окружением, намерение уменьшить потребление алкоголя, потребность опохмелиться утром”
TWEAK	Опросник “Толерантность к алкоголю, чувство обеспокоенности, потребность опохмелиться утром, амнезия, намерение уменьшить потребление алкоголя”

Предисловие

В 2016 г. Европейская комиссия и Европейское региональное бюро ВОЗ приступили к осуществлению рассчитанного на три года проекта мониторинга положения дел в отношении алкоголя в Европейском союзе (ЕС). Одним из промежуточных результатов этой работы стал настоящий доклад о профилактике подверженности воздействию алкоголя в период беременности.

Защита еще не родившегося ребенка от воздействия алкоголя в период беременности занимает одно из центральных мест в Планах действий ВОЗ по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012–2020 гг., и в принятой ЕС в 2006 г. стратегии, направленной на поддержку действий государств-членов по снижению связанного с алкоголем вреда.

Употребление алкоголя в период беременности может привести к целому ряду медицинских и социальных проблем как у матери, так и у ребенка и вызвать нарушения фетального алкогольного спектра, включая фетальный алкогольный синдром, и другие формы вреда, такие как мертворождение, самопроизвольный аборт и низкая масса тела при рождении.

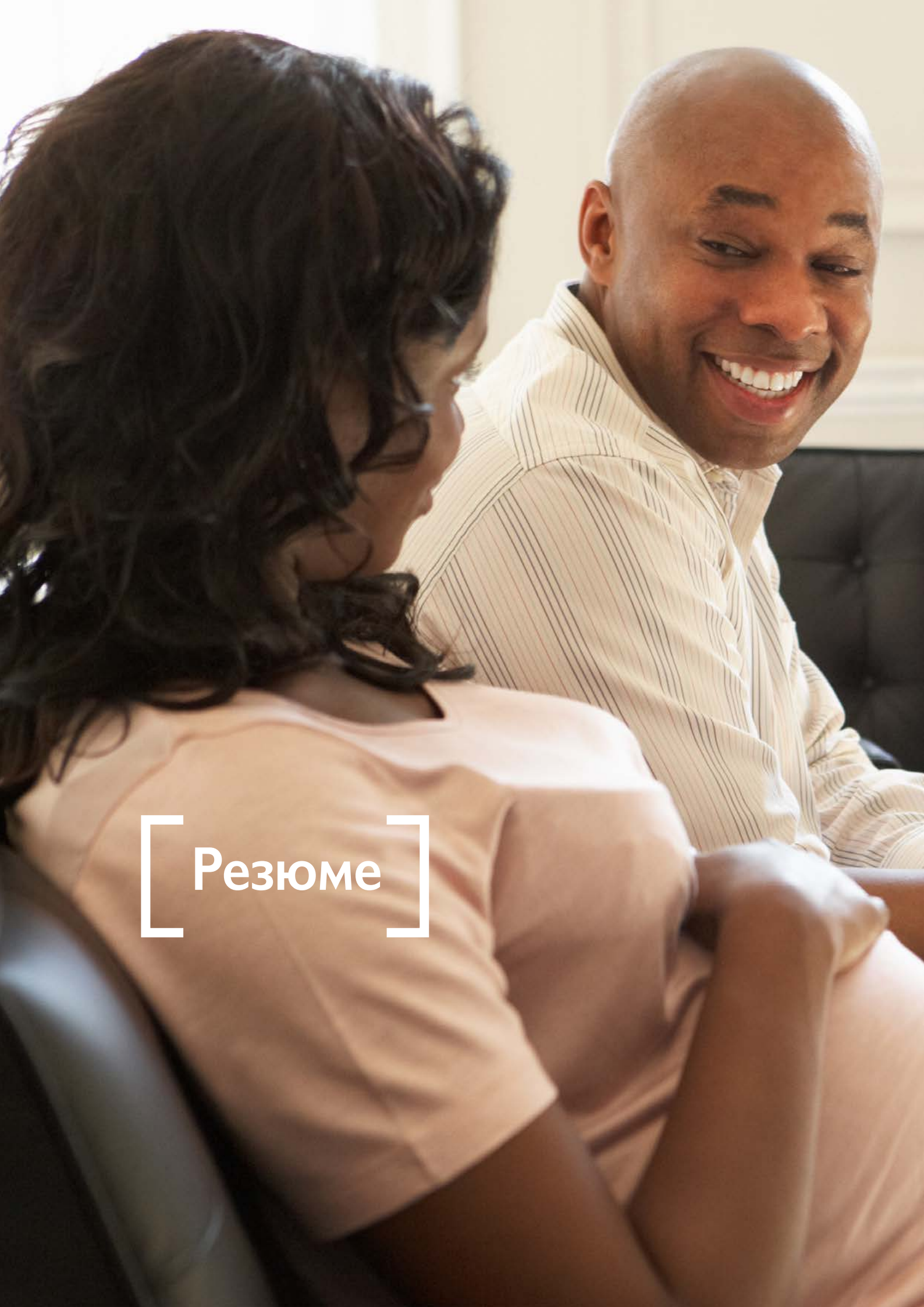
В 2014 г. ВОЗ опубликовала “Руководство по выявлению и ведению случаев употребления психоактивных веществ и нарушений, вызванных употреблением психоактивных веществ в период беременности”. Главный и общий принцип заключается в том, что “профилактика, сокращение и прекращение употребления алкоголя и наркотиков во время беременности и в послеродовой период – это жизненно важные составляющие оптимизации здоровья и благополучия женщин и их детей.” Безопасного уровня употребления алкоголя в период беременности не существует, и поэтому ВОЗ рекомендует, чтобы поставщики медико-санитарной помощи спрашивали всех беременных женщин об употреблении ими алкоголя и делали это как можно раньше в период беременности и при каждом посещении в процессе родового наблюдения.

Настоящий доклад содержит обзор опубликованных в последнее десятилетие исследований, посвященных вмешательствам с целью предупреждения подверженности воздействию алкоголя в период беременности, направленным на беременных и небеременных женщин, в соответствии с принятыми в ЕС и Европейском регионе ВОЗ программными документами. В дополнение к этому обзору приведены примеры из практики стран Региона, чтобы ознакомить читателей с опытом профилактики в Регионе.

Мы в Европейском региональном бюро ВОЗ надеемся, что этот доклад побудит государства-члены к расширению масштабов своей деятельности по повышению уровня знаний о пагубных последствиях употребления алкоголя для плода, а также к дальнейшему развитию практики полноценного выявления употребления алкоголя в период беременности.

Gauden Galea

Директор, отдел неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни, Европейское региональное бюро ВОЗ



[Резюме]

Общие сведения

В течение ряда лет отмечается рост потребления алкоголя среди женщин, и сегодня спиртные напитки употребляет значительная часть женщин в Европейском регионе ВОЗ и в странах Европейского союза (ЕС). Вред, который может быть причинен плоду употреблением алкоголя женщиной в период беременности, представляет собой проблему общественного здоровья в Регионе, особенно если учесть, что почти в половине случаев беременность не планировалась и поэтому сопровождается повышенным риском, создаваемым непреднамеренной подверженностью воздействию алкоголя. К числу рисков, создаваемых подверженностью воздействию алкоголя в период беременности, относятся выкидыш, преждевременные роды и нарушения фетального алкогольного спектра. Предупреждение вреда, причиняемого другим, в том числе еще не родившемуся ребенку, является одним из приоритетов во многих стратегиях в области здравоохранения в ЕС и Европейском регионе ВОЗ. Кроме того, в программных документах ЕС и Региона, а также в руководстве по выявлению употребления психоактивных веществ в период беременности подчеркивается необходимость осуществления вмешательств, направленных на женщин детородного возраста и беременных женщин. В настоящем докладе содержится экспресс-обзор вмешательств, предпринимаемых с целью предупреждения подверженности женщин воздействию алкоголя в период беременности, и представлены примеры профилактической работы, проводимой в Регионе.

Экспресс-обзор

В данный доклад включены 29 исследований, посвященных изучению профилактической работы, проводимой среди небеременных и беременных женщин. В нескольких исследованиях была показана действенность мер вмешательства, предпринимаемых до зачатия, в снижении риска подверженности воздействию алкоголя в период беременности путем уменьшения рискованного употребления алкоголя, более активного применения контрацепции или путем того и другого. Применение кратковременных вмешательств в работе с беременными женщинами показало, что такие вмешательства могут быть действенными, когда речь идет о женщинах с более высокими уровнями употребления алкоголя и

когда вмешательством охватываются и их партнеры. В нескольких исследованиях не было выявлено каких-либо значимых различий между группами вмешательства и контрольными группами, и это указывает на то, что оценка привычек в употреблении алкоголя сама по себе может стимулировать изменения в поведении. Данных о действенности применения подходов, предполагающих санитарное просвещение населения в целом путем проведения кампаний, мало, однако результаты свидетельствуют о том, что кампании, адаптированные к особенностям целевой группы, и хорошо продуманная форма и способ подачи основных идей могут стимулировать женщин к воздержанию от алкоголя в период беременности.

Выводы

Данные о мерах вмешательства, предпринимаемых до зачатия, свидетельствуют о многообещающих результатах в стимулировании женщин к изменениям в рискованном употреблении алкоголя и к более активному использованию контрацепции. В опубликованном ВОЗ “Руководстве по выявлению и ведению случаев употребления психоактивных веществ и нарушений, вызванных употреблением психоактивных веществ в период беременности” рекомендуется проводить скрининг всех беременных женщин и кратковременные вмешательства среди всех женщин, употребляющих спиртные напитки. В данном обзоре показано, что меры вмешательства, предпринимаемые в отношении беременных женщин, могут быть действенными, хотя в целом фактические данные не всегда являются неопровержимыми. Необходимо провести в Регионе дополнительные исследования.

Примеры из практики

Примеры из практики отражают широкое разнообразие мероприятий, проводимых в восьми государствах-членах, отмеченных в докладе. Это и проведение широкомасштабных общенациональных кампаний, и усиление мер реагирования в системе охраны материнства посредством скрининга и улучшения вариантов направления к специалистам и лечения, и поощрение научных исследований, и активизация информационно-разъяснительной работы через сотрудничество между государственными и негосударственными организациями.



[Введение]

Женщины, алкоголь и беременность

В Европейском регионе ВОЗ отмечаются самые высокие в мире уровни потребления алкоголя. Спиртные напитки в Регионе употребляют многие женщины, и это существенно отягощает бремя болезней и смертности (1,2). По мере роста гендерного равенства и смещения гендерных ролей постепенно возросло потребление алкоголя среди женщин (1). Расчеты, проведенные по всем 27 странам-членам Европейского союза (ЕС), показали, что в настоящее время употребляют алкоголь 82,1% женщин, а 3,4% женщин употребляют алкоголь в больших количествах (2).¹ В Глобальном докладе о положении дел в области алкоголя и здоровья за 2014 г., который охватывает весь Европейский регион ВОЗ, отмечается, что в настоящее время алкоголь употребляют 59,9% женщин (1). Среди взрослого населения (лица в возрасте 15 лет и старше) женщины в Регионе в среднем выпивают 10,1 литров чистого спирта в год, и у 2,9% из них имеется какое-либо нарушение здоровья, обусловленное употреблением алкоголя. Среди пьющих в Регионе эпизодическое употребление алкоголя в больших количествах² отмечается у 12,6% женщин, что намного меньше, чем среди мужчин (31,8%) (1). Однако среди молодежи в Европе гендерные различия невелики: о любом употреблении алкоголя в течение предшествующих опросу 30 дней сообщают 55% девушек и 57% юношей, а эпизодически употребляют спиртные напитки в больших количествах³ 38% девушек и 43% юношей (3). Результаты обследования "Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья" показывают, что, хотя потребление алкоголя среди подростков в Европе за последние десятилетия сократилось, сузились также и гендерные различия в употреблении спиртных напитков, и это позволяет говорить о сближении обоих полов в отношении потребления алкоголя (4).

Женщины не всегда планируют забеременеть; собственно говоря, употребление алкоголя связано с возрастанием угрозы рискованного сексуального поведения и последующего за этим риска незапланированной беременности (5–7). По имеющимся оценкам, количество незапланированных беременностей в Регионе составляет 43 на 1000 женщин и 45% всех беременностей (8). Эти показатели в разных странах разные, но важнее здесь то, что вероятность незапланированной беременности выше у женщин более молодого возраста. Например, проведенное в Великобритании исследование показало, что самая высокая распространенность незапланированной беременности наблюдается среди женщин в возрасте 16–19 лет (45,2%) (9). И поскольку беременность планируется не всегда, многие женщины продолжают пить на том же уровне, что и до наступления беременности, пока беременность у

них не подтвердится. В одномоментном поперечном исследовании в Новой Зеландии было установлено, что среди женщин, беременных в данный момент, и женщин, которые были беременны ранее, соответственно 49,6% и 36,7% употребляли алкоголь до того, как они узнали о своей беременности, но прекратили пить, как только узнали. В этих двух группах примерно каждая пятая и каждая четвертая женщина, соответственно, прекратили употреблять алкоголь до наступления беременности. Среди женщин, которые были беременны раньше, молодые женщины (в возрасте 16–24 лет) сообщали о любом употреблении алкоголя в начале беременности, а также об эпизодическом употреблении алкоголя в больших количествах в начале беременности чаще, чем женщины во всех более старших возрастных группах (10). В исследовании, в котором изучалось потребление алкоголя среди женщин в России, активно старавшихся забеременеть, 61% и 72% женщин из двух разных областей сообщили об эпизодическом употреблении алкоголя в больших количествах (11).⁴ Алкоголь может наносить ущерб процессам развития плода или вызывать изменения в них на ранних стадиях беременности, поэтому рискованное употребление алкоголя незадолго до зачатия или вскоре после него чревато проблемами.

Доля женщин, продолжающих пить во время беременности, в разных странах разная. Проведенным в Соединенных Штатах Америки исследованием было установлено, что пить продолжают 22,8% женщин (12), а австралийское исследование показало, что во время беременности пьют целых 82% женщин (13). В европейских странах распространенность проблемы тоже различается: исследование в Швеции показало, что в период беременности пьет лишь меньшинство женщин (6%) (14), тогда как исследование в Норвегии показало, что продолжают пить во время беременности 35,8% женщин (15), а по данным исследования в Соединенном Королевстве показатель распространенности употребления алкоголя в начале беременности составил 29,5% (16). В результате широкомасштабного исследования, в котором сравнивалась распространенность, показанная в нескольких наборах данных о когортах в Австралии, Ирландии, Новой Зеландии и Соединенном Королевстве, выяснилось, что распространенность колеблется от 20% до 80% (17). Таким образом, употребление алкоголя в период беременности в некоторых странах, по-видимому, стало распространенным явлением, что может быть связано с демографическими, социальными или культурными факторами. Однако частично эти колебания в данных о распространенности можно объяснить различиями в методике проведения исследований, в которых об употреблении алкоголя сообщается в разные сроки беременности.

Как правило, женщины, продолжающие пить, на самом деле все же уменьшают частоту и количество потребления алкоголя. Проведенное в Норвегии исследование показало, что после 13-й недели беременности ни одна женщина не употребляла более

¹ Потребление 40 г или более чистого спирта в день.

² Потребление 60 г или более чистого спирта за один эпизод как минимум один раз в месяц.

³ Потребление пяти или более единиц за один эпизод (одна единица равна 8 г чистого спирта).

⁴ Потребление четырех или более доз по 14 г спирта за один эпизод.

семи стандартных доз алкоголя (СДА)⁵ в неделю. Большинство женщин, продолжающих пить, после 12-й недели выпивали менее 3,5 СДА в неделю. 24,5% женщин сообщили об эпизодическом употреблении алкоголя в больших количествах до 6-й недели беременности, однако после шестой недели об этом сообщили менее 2% – возможно, как следствие того, что они узнали о своей беременности (15). Об аналогичных результатах сообщается в канадском исследовании, где 70,4% женщин, употреблявших алкоголь в период беременности, выпивали один раз в месяц или реже. Большинство сообщили об одной-двух дозах в день употребления алкоголя (53,2%) или об одной дозе или менее (42,6%) (18). Однако, по данным исследования в Ирландии, несмотря на то, что об употреблении алкоголя в начале беременности сообщили только 5% женщин, 25% пивших женщин сообщили об эпизодическом употреблении в больших количествах как минимум один раз в месяц (19). Систематизированный обзор, в котором изучались специфические факторы, позволяющие прогнозировать продолжение употребления спиртных напитков во время беременности, показал, что двумя неизменными прогностическими факторами являются подверженность насилию со стороны интимных партнеров и более высокие уровни потребления до беременности (20). Более высокая вероятность употребления алкоголя в период беременности среди женщин, которые пьют чаще и больше до беременности, указывает на то, что большое значение для предупреждения вреда, связанного с алкоголем и вызванного подверженностью его воздействию в период внутриутробного развития, могут иметь скрининг и кратковременные вмешательства, проводимые в рамках услуг по охране материнства (21).

Влияние подверженности воздействию алкоголя на репродуктивную функцию и на здоровье ребенка

Потребление алкоголя в больших количествах может негативно сказаться на способности к зачатию (22,23), а также вызвать осложнения беременности и нарушения в развитии плода, включающие низкую массу тела при рождении (24,25), малый размер плода для гестационного возраста (26) и преждевременные роды (27,28). Алкоголь может мешать развитию плода и вызывать целый ряд нарушений различной степени выраженности, которые обозначаются общим термином “нарушения фетального алкогольного спектра” (ФАСН) (29,30). Наиболее тяжелые последствия употребления алкоголя в период беременности связаны с частотой употребления в больших количествах и с моделями употребления алкоголя, среди которых самыми рискованными являются модели эпизодического употребления алкоголя в больших количествах (31). На последствия

также влияет период подверженности воздействию алкоголя, так как на некоторые стадии беременности, особенно в первом триместре, приходятся жизненно важные этапы развития плода (32). Однако данные о негативных последствиях употребления незначительных количеств алкоголя противоречивы (33). Поэтому, помимо индивидуальной чувствительности к алкоголю, никакое количество алкоголя в период беременности безопасным считаться не может (31).

Как было отмечено выше, ФАСН – это не диагноз; это общий термин, используемый для описания целого спектра особенностей развития, связанных с подверженностью воздействию алкоголя во внутриутробном периоде. Самым тяжелым состоянием в спектре врожденных пороков развития является фетальный алкогольный синдром (ФАС). В этом состоянии очевидны три основных исхода: 1) задержка роста; 2) лицевые аномалии и 3) повреждение центральной нервной системы. Помимо физических аномалий, воздействие алкоголя на центральную нервную систему приводит к устойчивой дисфункции в поведенческой и познавательной сфере, которая оказывает влияние на человека на протяжении всей жизни (34). Между странами, группами населения и разными периодами времени наблюдаются различия в распространенности ФАСН (35,36). Степень распространенности также различается в зависимости от методов сбора данных и социальной среды (36). В таких социальных условиях, как приемные семьи или семейные детские дома, тюрьмы и исправительные учреждения, а также среди коренных народностей распространенность ФАСН выше, чем в школьных учреждениях или в среде местных сообществ (37).

Обзор исследований, посвященных изучению распространенности, которые в основном проводились в Соединенных Штатах Америки, показал, что распространенность ФАС в исследованиях методом пассивного надзора составила 0,265 случаев на 1000 (медианное значение). Наиболее высокие показатели распространенности были установлены в исследованиях с активным выявлением случаев (обычно проводимых в группах повышенного риска) – 38,2 случаев на 1000 (среднее значение) (36). В отдельных исследованиях в Европе были выявлены высокие значения распространенности: например, 7,4 случаев ФАС на 1000 и 40,5 случаев ФАСН на 1000 в области Лацио в Италии (35) и общая распространенность ФАС и частичного ФАС (ЧФАС) (при котором подтверждена подверженность воздействию алкоголя в период внутриутробного развития, но присутствуют не все критерии для постановки диагноза ФАС (38)) на уровне 66,7 случаев на 1000 в одной из сельских провинций Хорватии (39). Признается, что в отчетности число случаев ФАСН, вероятно, существенно занижается (40) и что поэтому реальная распространенность вреда, причиняемого употреблением алкоголя в период беременности, неизвестна. ФАСН поражают людей на всю жизнь и связаны с высокими издержками для общества (41), а потому профилактика этих состояний

⁵ Одна стандартная доза алкоголя равна 12–13 г чистого спирта.

является одним из приоритетов для общественного здравоохранения.

Уровень знаний о рисках, связанных с подверженностью воздействию алкоголя в период беременности, в ЕС неодинаков. В результате обследования, проведенного в 2010 г. по поручению Европейской комиссии, в ходе которого гражданам задавались вопросы об их отношении к алкоголю, в том числе о знании рисков, выяснилось, что 74% респондентов были полностью согласны с тем, что алкоголь может вызывать заболевание печени (это был самый высокий уровень согласия), а 53% были полностью согласны с тем, что алкоголь может вызывать пороки развития. В целом 84% респондентов были полностью согласны или были склонны согласиться с тем, что алкоголь может вызывать пороки развития (88% женщин и 83% мужчин). Диапазон показателей согласия в ЕС был широк – от 29% полностью согласных в Чешской Республике до 78% полностью согласных в Дании (рис. 1) (42).

Политика в отношении предупреждения вреда, связанного с алкоголем

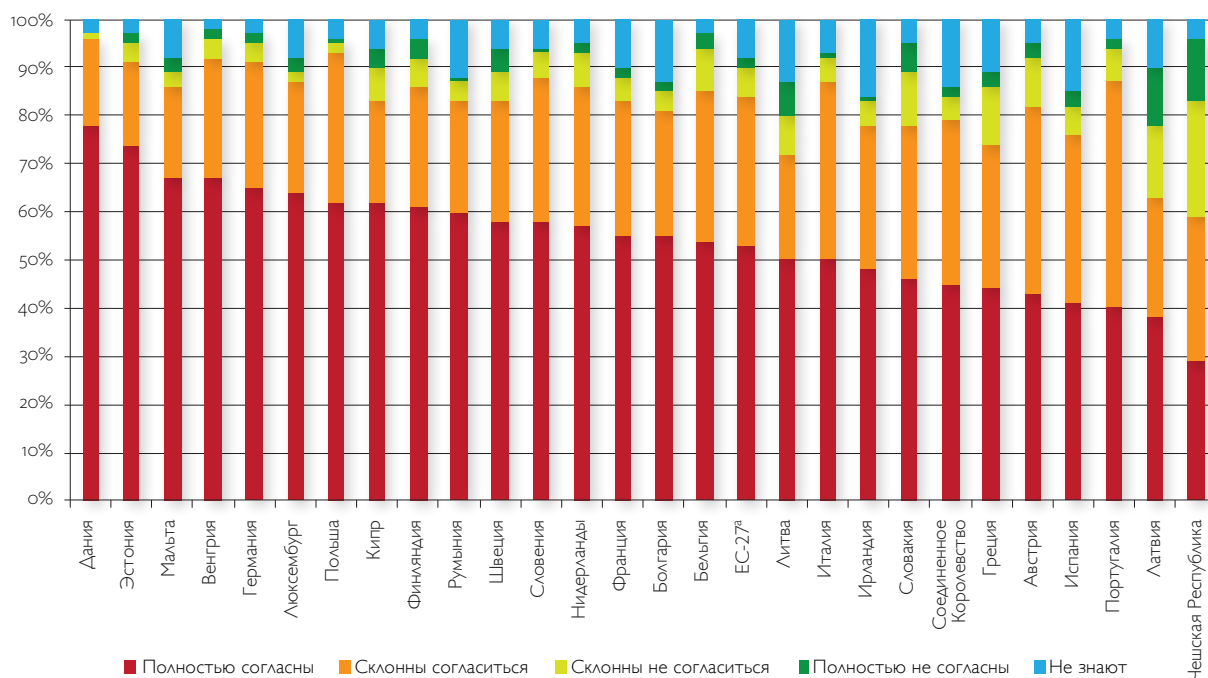
В последние годы в программных документах ВОЗ и ЕС уделяется особое внимание вопросам профилактики подверженности воздействию алкоголя в период внутриутробного развития и даются на этот счет соответствующие рекомендации. В документе

“Здоровье-2020 – основы европейской политики и стратегия для XXI века” подчеркивается важность принципа укрепления здоровья населения Европы на всех этапах жизни (43). Поскольку хорошее здоровье матери имеет первостепенное значение для здорового начала жизни, которое существенно влияет на то, чтобы здоровье в дальнейшей жизни было лучше (43), в осуществлении европейской политики здравоохранения должен применяться подход к здоровью, охватывающий все этапы жизни человека. Важными факторами в обеспечении детям наилучшего начала жизни являются здоровая беременность и способность женщин осознанно, владея всей информацией, принимать решения о том, хотят ли они и когда они хотят иметь ребенка (44).

Политика “Здоровье-2020” – это широкая основа программных целей и принципов для достижения всеобщего здоровья и благополучия европейского населения. В более конкретном выражении “План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012–2016 гг.” (45) охватывает область неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития, включая алкоголь. В этом плане действий делается упор на ведении профилактики исходя из принципа укрепления здоровья на всех этапах жизни, что также отражено в политике “Здоровье-2020”.

Принцип укрепления здоровья на всех этапах жизни, принятый в политике “Здоровье-2020”, получил свое продолжение в документе “Инвестируя в будущее детей: Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015–2020 гг.”, где внимание более узко

Рис. 1. Согласие с тем, что алкоголь может вызывать пороки развития



^aЕС-27: страны, входящие в ЕС после января 2007 г.

сосредоточено на такой целевой группе населения, как дети и подростки (46). В этой стратегии подчеркивается, что принцип охраны здоровья на всех этапах жизни предполагает профилактику нарушений и укрепление здоровья в период внутриутробного развития, а также решение проблем, связанных с потреблением алкоголя, рискованным сексуальным поведением и незапланированной беременностью среди подростков (46). “План действий по сокращению употребления алкоголя и эпизодического употребления алкоголя в больших количествах среди молодых людей, 2014–2016 гг.”, утвержденный в 2014 г. Комитетом по национальной политике и действиям в отношении алкоголя (47), продолжает одно из направлений, предусмотренных в стратегии ЕС по оказанию поддержки государствам-членам в снижении вреда, связанного с алкоголем (срок действия стратегии закончился в 2012 г.). Стратегия ЕС была направлена на защиту еще не родившегося ребенка, детей и подростков от вреда, связанного с алкоголем, и в ней была поставлена конкретная цель сократить распространенность нарушений фетального алкогольного спектра путем принятия мер против употребления алкоголя в период беременности (48). В этом Плане действий отдельно говорится о том, как уменьшить вредное воздействие алкоголя на молодое население, включая еще не родившегося ребенка. Особо отмечается необходимость повышать информированность о рисках употребления алкоголя в период беременности среди беременных женщин, женщин, планирующих беременность или кормящих грудью (47).

В 2011 г. Европейский региональный комитет ВОЗ своей резолюцией EUR/RC61/R4 утвердил “Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012–2020 гг.” (49), одной из целей которого было снижение связанного с алкоголем вреда, причиняемого другим людям. В Европейском плане действий отражены руководящие принципы и направления деятельности, изложенные в “Глобальной стратегии сокращения вредного употребления алкоголя” (50), в которой женщины детородного возраста, беременные женщины и дети упоминаются как группы населения, где вредное употребление алкоголя отрицательно сказывается на других людях, а не только на самом пьющем. Одно из направлений политики и вмешательств, предусмотренных в Глобальной стратегии, касается ответных мер служб здравоохранения. В Европейском плане действий (49) предусматривается усиление мер профилактики в первичном звене медико-санитарной помощи как один из путей снижения вреда, причиняемого другим людям в результате опасного или вредного употребления⁶ алкоголя. Это включает выявление опасного или вредного употребления алкоголя, причем особо отмечается роль акушерских и родовспомогательных служб. Одним из показателей, предложенных в Европейском плане действий, является осуществление планового сбора данных о частоте случаев ФАС в соответствии с диагностической системой Международной классификации болезней

⁶ Употребление 40 г или более чистого спирта в день для мужчин и 30 г или более для женщин.

десятого пересмотра (Q86.0). Данные, имеющиеся в Европейской информационной системе “Алкоголь и здоровье”, показывают, что плановый сбор таких данных осуществляется в одиннадцати из 53-х государств-членов, тогда как в 36 государствах-членах этого не делается (51). В шести странах данные по этому показателю отсутствуют. Наличие данных важно для мониторинга и научных исследований, однако важно гарантировать постановку диагноза детям, чтобы дети с выявленными нарушениями получали надлежащую помощь и поддержку. В Европейском плане действий также рекомендуется государствам-членам в Регионе составлять регулярные отчеты об употреблении алкоголя во время беременности и собирать данные о распространенных среди взрослых привычках потребления алкоголя (49).

Скрининг с целью выявления употребления алкоголя в период беременности

В “Руководстве ВОЗ по выявлению и ведению случаев употребления психоактивных веществ и нарушений, вызванных употреблением психоактивных веществ во время беременности” (52) рекомендуется, чтобы все беременные женщины проходили оценку на употребление алкоголя и психоактивных веществ на ранних стадиях и даже в течение всего периода беременности (рекомендация настоятельная, качество доказательной основы низкое). В руководстве не говорится о том, как практикующие медицинские работники должны оценивать употребление алкоголя, но указывается несколько тестов и скрининговых опросников для выявления употребления алкоголя, такие как тест для выявления злоупотребления алкоголем AUDIT (53), опросники “Толерантность к алкоголю, чувство обеспокоенности, потребность опохмелиться утром, амнезия, намерение уменьшить потребление алкоголя” (TWEEK) (54) и “Толерантность к алкоголю, раздражение, вызываемое окружением, намерение уменьшить потребление алкоголя, потребность опохмелиться утром” (T-ACE) (55). Эффективность применения в первичном звене опросников для выявления употребления алкоголя подтверждена: хорошую способность выявлять у людей несколько аспектов рискованного или вредного употребления алкоголя показал тест AUDIT, а с помощью опросника CAGE (“Намерение уменьшить потребление алкоголя, чувство раздражения, чувство вины, потребность опохмелиться утром”) можно выявлять людей, злоупотребляющих алкоголем или имеющих алкогольную зависимость. Однако многие скрининговые тесты и опросники первоначально апробировались на мужчинах, причем упор делался на выявлении злоупотребления алкоголем или алкогольной зависимости, а относительно возможности применения этих тестов или опросников к женщинам, особенно беременным, ясности было меньше (56). Проводимые в 80-е и 90-е годы прошлого

столетия исследования были нацелены на разработку скрининговых опросников, которые можно было бы применять при работе с беременными женщинами. Первым из них был опросник T-ACE, за которым последовал тест TWEAK. Полный тест AUDIT, состоявший из 10 пунктов, был сокращен до трех пунктов (AUDIT-C), и такой вариант теста хорошо зарекомендовал себя при собеседованиях с беременными женщинами (57). Систематизированный обзор скрининговых опросников для беременных женщин показал, что тесты AUDIT-C, T-ACE и TWEAK обладают высокой чувствительностью и специфичностью для выявления лиц с рискованными уровнями употребления алкоголя. Показатель чувствительности теста T-ACE составлял 69–88%, показатель специфичности – 71–89%; соответствующие показатели TWEAK – 71–91% и 73–83%, показатели AUDIT-C – 95% и 85% (58). Существуют разные версии скрининговых тестов, и это может влиять на результаты. Так, в тесте TWEAK задаются два разных вопроса о толерантности к алкоголю: один звучит как “сколько доз алкоголя требуется женщине для того, чтобы почувствовать “кайф”, а другой – “сколько доз алкоголя она может выдержать прежде, чем у нее отключится сознание” (54). Вопрос о “кайфе” более уместен при моделях употребления алкоголя с большей частотой, а вопрос о “способности выдержать” более чувствителен в случае моделей эпизодического употребления в больших количествах. Важно признавать эти различия и заранее подумать, какой из вопросов наиболее уместен для определенной категории пьющих.

Однако скрининг беременных женщин с целью выявления употребления алкоголя связан с определенными трудностями. В “Руководстве по выявлению и ведению случаев употребления психоактивных веществ и нарушений, вызванных употреблением психоактивных веществ во время беременности” (52) указываются потенциальные негативные последствия при оценке потребления алкоголя беременными женщинами: это возможная стигматизация или негативное отношение со стороны медицинских работников, а также вторжение в личную жизнь женщины. Боязнь осуждения со стороны медицинских работников и беспокойство о защите ребенка может вызывать у женщин нежелание откровенно рассказывать о том, что они употребляют алкоголь (58).

Вмешательства с целью предупреждения негативных последствий подверженности воздействию алкоголя в период внутриутробного развития

В “Руководстве по выявлению и ведению случаев употребления психоактивных веществ и нарушений, вызванных употреблением психоактивных веществ

во время беременности” (52) рекомендуется предлагать всем женщинам, употребляющим алкоголь, кратковременные вмешательства, которые должны проводиться медицинским работником, предоставляющим им медико-санитарную помощь (рекомендация настоятельная, качество доказательной основы низкое). Обычной практикой является проведение кратковременных вмешательств с целью сокращения опасного и вредного употребления алкоголя среди населения в целом, однако есть и несколько других видов вмешательств, применимых к беременным женщинам или женщинам детородного возраста, в зависимости от уровня потребления ими спиртных напитков. Такие вмешательства можно разделить на две группы: выборочная или показанная профилактика и сплошная профилактика. Целевые и показанные вмешательства предназначены для того, чтобы охватить лиц и группы более высокого риска, и включают кратковременные вмешательства, проведение мотивационных интервью, поведенческую терапию (например, когнитивно-поведенческую), медикаментозные вмешательства и терапию для повышения мотивации. Сплошные вмешательства предназначены для охвата всего населения и включают кампании в средствах массовой информации, просветительские мероприятия и маркировку алкогольной продукции (59).

В проведенных ранее исследованиях анализировались фактические данные, касающиеся выборочных вмешательств в отношении небеременных и беременных женщин. Доказательства действенности кратковременных вмешательств в целом для сокращения вредного употребления алкоголя среди женщин небесспорны. Имеются данные о том, что они более полезны для женщин, чем для мужчин (57), но были представлены и данные, свидетельствующие о противоположном (60,61). Женщинам, которым угрожает подверженность воздействию алкоголя во время беременности (беременность, сопровождаемая воздействием алкоголя – БСА), т.е. женщинам детородного возраста, потребляющим алкоголь в рискованных количествах и занимающимся незащищенным сексом, могут быть полезны выборочные вмешательства. В докладе Barry et al. (59) отмечается, что риск БСА может существенно снизиться после проведения мотивационного интервью с целью снижения рискованного потребления алкоголя и консультирования по вопросам контрацепции. В докладе рекомендуется сосредоточить выборочную и показанную профилактику на женщинах детородного возраста путем проведения скрининга и кратковременных вмешательств (59). Однако данных о действенности выборочных вмешательств для беременных женщин мало. В систематизированном обзоре рандомизированных контролируемых испытаний, опубликованном в 2009 г. (62), было обнаружено только четыре испытания, в которых оценивалась действенность просветительских и/или психологических вмешательств для беременных женщин. Никаких неопровержимых доказательств действенности вмешательств обнаружено не было, отчасти потому, что было низкое качество исследований. Gilinsky et al. (63) включили в систематизированный обзор,

опубликованный в 2011 г., как рандомизированные, так и не рандомизированные контролируемые испытания и пришли к выводу, что качество фактических данных было неудовлетворительное. Тем не менее, этот обзор показал, что действенность вмешательств с целью сокращения употребления алкоголя может быть наибольшей для женщин, которые решили избрать в качестве своей цели относительно употребления алкоголя полное воздержание, и для женщин, которые пьют много и принимают участие во вмешательстве вместе со своим партнером. Несмотря на низкое качество и разнородность вмешательств, авторы высказали мнение о том, что есть некоторые данные, позволяющие предположить, что один сеанс кратковременного вмешательства может повлиять на женщин так, что они будут сохранять полное воздержание, но для того, чтобы поддержать женщин, продолжающих пить, в их желании воздерживаться от алкоголя, могут потребоваться более интенсивные вмешательства (63).

Сплошные вмешательства с целью повышения осведомленности среди населения в целом могут повлиять на отношение к употреблению алкоголя в период беременности. В популяционном исследовании в Норвегии сравнивалось отношение до и после

проведения в 1984/1985 гг. общенациональной кампании по информированию о рисках употребления алкоголя в период беременности. Результаты показали значительный рост числа согласных с тем, что "беременным женщинам следует воздерживаться от алкоголя" – с 75% в 1984 г. до 83% в 1990 г. ($P < 0,001$). Кроме того, увеличилось число респондентов, которые в качестве причины воздержания от алкоголя назвали "возможность причинения вреда плоду" (с 79% до 85%, $P < 0,001$), и число респондентов, которые усвоили информацию об алкоголе и беременности (с 65% до 71%, $P < 0,001$) (64). Crawford-Williams et al. (65) проанализировали сплошные подходы к профилактике в форме просветительских мероприятий и вмешательств со стороны общественного здравоохранения. В их обзоре, в который было включено лишь небольшое число исследований, был сделан вывод о том, что данных, подтверждающих действенность таких видов вмешательств, недостаточно. В отдельных исследованиях было установлено положительное влияние на рост осведомленности о рисках, а также на снижение потребления алкоголя, но не во всех исследованиях были установлены значимые результаты, что ограничивает возможность сделать какие-то общие выводы о действенности вмешательств.

A large stack of papers and folders is piled on a wooden desk. A magnifying glass is placed on the right side of the stack, focusing on the papers. The papers are of various colors, including white, yellow, and blue. The magnifying glass has a black handle and a black frame.

**Методика
обзора**

В данный экспресс-обзор включены исследования по изучению действенности мер по предупреждению негативных последствий употребления алкоголя в период беременности. Главная цель заключалась в том, чтобы проанализировать первичные исследования, в которых оценивались изменения в уровне информированности и/или поведении, в том числе в знаниях, психосоциальных установках и потреблении алкоголя. Не были включены в настоящий обзор исследования, в которых оценивались неонатальные исходы, так как главный упор делался на действенности профилактических подходов в изменении знаний и поведения. Однако исследования, удовлетворявшие критериям, в которых также оценивались исходы родов, были включены в обзор. Были включены вмешательства, направленные на беременных и небеременных женщин, поскольку потребление алкоголя до наступления беременности является важным прогностическим фактором употребления алкоголя в период беременности (20) и поэтому сокращение рискованного потребления алкоголя до наступления беременности может представлять собой эффективную стратегию профилактики. Не было никаких ограничений по месту проведения вмешательства (в лечебном учреждении или по месту жительства) или по тому, кто его проводил (научный работник, врач, врач-акушер, акушерка, медицинская сестра, общинный работник здравоохранения). Рассматривались исследования, опубликованные в рецензируемых журналах на английском языке. Поиск был ограничен 10-летним периодом – с 2005 по 2015 год, чтобы включить в обзор самые последние исследования в данной области. Ранее выполненные обзоры включали исследования, опубликованные до 2005 г. (62,63,65). Для поиска опубликованных исследований были использованы базы данных PubMed/MEDLINE, CINAHL и PsycINFO и поисковые термины, перечисленные в Приложении 1. Схема последовательности проведения обзора представлена в Приложении 2. Поиски проводились в период с августа по сентябрь 2015 г. Для обнаружения исследований, которые не были выявлены при поисках в базах данных, изучались также списки использованной литературы, приводимые в публикациях. Поскольку это был экспресс-обзор, главное внимание уделялось тому, чтобы представить описательный синтез всего диапазона исследований, посвященных различным видам вмешательства. Поэтому мета-анализ не выполнялся.

Критерии включения

Исследования включались в обзор в том случае, когда они удовлетворяли описанным ниже критериям относительно исследуемых контингентов, вида вмешательства, дизайна и результатов исследования:

- контингенты: беременные женщины, не обращающиеся за лечением, или женщины детородного возраста;
- вмешательства: психосоциальные вмешательства (такие как кратковременные вмешательства,

мотивационное интервьюирование, индивидуальное санитарное просвещение, поведенческая терапия), осуществляемые в медицинских учреждениях или в местном сообществе, по месту жительства, а также меры со стороны общественного здравоохранения, осуществляемые как сплошные вмешательства (кампании санитарного просвещения по различным каналам распространения информации – мультимедийные кампании, печатная информация, реклама, этикетки с предупреждением);

- дизайн исследования: рандомизированные контролируемые испытания, рандомизированные испытания, пред- и пост-интервенционные исследования, одномоментные поперечные исследования, продольные исследования, эксперименты, квазиэксперименты;
- результаты: изменения в уровне информированности или знаний о рисках, связанных с употреблением алкоголя, изменения в психосоциальных установках, уменьшение потребления алкоголя, число случаев воздержания или намерения воздерживаться от алкоголя в период беременности.

Критерии исключения

Исследования исключались в том случае, когда они представляли собой изучение осуществимости того или иного вмешательства, т.е. когда в них оценивались приемлемость и осуществимость вмешательства для предполагаемых целевых групп населения, а не его последствия. Исключались медикаментозные вмешательства, поскольку главное внимание в обзоре уделялось психосоциальным вмешательствам и вмешательствам по линии общественного здравоохранения. Исключались также вмешательства, которые непосредственно касались употребления алкоголя после рождения ребенка. Этот обзор посвящен кратковременным вмешательствам с целью предупреждения употребления алкоголя в общем контингенте беременных женщин, поэтому исследования, касающиеся женщин с алкогольной зависимостью, которым требовалось более интенсивное лечение, исключались. (В то же время алкогольная зависимость была включена как поисковый термин, чтобы расширить поиск и ничего не упустить из виду). Такое различие проводится в “Руководстве по выявлению и ведению случаев употребления психоактивных веществ и нарушений, вызванных употреблением психоактивных веществ во время беременности”, согласно которому для всех женщин, употребляющих алкоголь, нужно проводить кратковременные вмешательства (рекомендация 2), а женщинам с нарушениями здоровья вследствие употребления психоактивных веществ должна предоставляться индивидуальная помощь (рекомендация 3). Исключались исследования, в которых изучались вмешательства среди женщин, имевших медицинские состояния до беременности, кроме одного

исследования женщин, проходивших лечение в связи с экстракорпоральным оплодотворением (ЭКО) (66), так как в нем специально изучалось поведение в отношении здоровья незадолго до наступления и во время беременности. Наконец, обзор посвящен женщинам

детородного возраста (обычно он определяется в пределах 15–44 лет), поэтому исследования, в которых изучались только вопросы подростковой беременности и в которых выборки включали только женщин подросткового возраста, исключались.

[Результаты обзора]



В обзор были включены двадцать девять публикаций. В тринадцати из них описывались подходы к профилактике среди небеременных женщин, а шестнадцать касались беременных женщин. В следующих двух разделах кратко излагаются результаты, разделенные на эти две группы исследований.

Вмешательства, направленные на женщин, которые могут забеременеть

Краткое описание исследований, включенных в обзор

В обзор были включены тринадцать исследований, посвященных мерам предупреждения подверженности воздействию алкоголя в период беременности, предпринимаемым до зачатия, а также более широким мерам вмешательства по повышению информированности женщин с целью предупреждения подверженности воздействию алкоголя в период беременности (67-79). Краткое описание исследований приводится в Приложении 3 (таблица 3.1). Одиннадцать исследований были проведены в Соединенных Штатах Америки и два исследования в Южной Африке (67,79). В четырех исследованиях для участия были отобраны женщины из среды местного населения, в двух исследованиях были отобраны женщины из числа студенток колледжа, в двух исследованиях – женщины из этнических групп американских индейцев (73,78) и американских индейцев/коренных жителей Аляски (76), для одного исследования были отобраны женщины, обращающиеся в клинические центры охраны здоровья матери и ребенка (7), в одно исследование были включены женщины из разных социальных сред (включая колледжи и местные сообщества) (77), для одного исследования были отобраны женщины, живущие в сельском районе, где большинство женщин работали в коммерческом сельскохозяйственном производстве (67), а в одном исследовании были использованы записи регистрации рождения, включенные в ретроспективную схему (79). В двух исследованиях рассматривалось влияние более широких информационно-просветительских кампаний на небеременных женщин (78,79). Из одного исследования недвусмысленно исключались женщины, которые сообщали об употреблении более 20 доз алкоголя в неделю (70), а из одного – женщины, страдающие опиоидной зависимостью (75).

Краткое описание результатов

В одном исследовании конкретного определения женщин, подверженных риску БСА, не давалось, а включались женщины, которые могли забеременеть и употребляли алкоголь в рискованных количествах, определяемых как три дозы или более за один эпизод в течение последнего месяца (70). В трех

исследованиях подверженными риску БСА считались женщины, у которых был вагинальный половой акт с партнером мужского пола без использования действенной контрацепции в течение последних 90 дней и была рискованная модель потребления алкоголя, подразумевающая употребление трех доз или более за один эпизод или в среднем семи доз или более в неделю (71,75,77). В двух исследованиях рискованное употребление алкоголя (как один из факторов риска БСА) определялось как пять доз или более за один эпизод или восемь доз или более в неделю в течение последних 90 дней и применялась та же мера оценки сексуального поведения (72,74). В одном исследовании рискованное употребление алкоголя было определено как пять доз или более за один эпизод или семь доз в неделю в течение последних 90 дней (67), а в одном в качестве определения было принято употребление четырех доз алкоголя за один эпизод или семи доз или более в неделю за последние 90 дней при той же мере оценки использования контрацепции. В остальных исследованиях риск БСА определялся как совершение вагинального полового акта без использования действенной контрацепции и рискованное употребление алкоголя в количестве трех доз или более за один эпизод или восьми доз или более в течение последних двух недель (76), как совершение вагинального полового акта без использования действенной контрацепции и употребление алкоголя в любом количестве в течение последних 90 дней (73) и как совершение вагинального полового акта без использования действенной контрацепции в течение последних четырех месяцев и употребление алкоголя в любом количестве в течение последних 30 дней (68).

Вмешательства различались по интенсивности и продолжительности (Приложение 3, таблица 3.1). Некоторые из них занимали всего 20 минут (76), тогда как более интенсивные вмешательства с использованием мотивационных интервью включали по четыре 45–60-минутных сеанса, а также дополнительную консультацию по вопросам контрацепции (72). Пять исследований включали в себя вмешательство CHOICES (“Исследование изменения рискованного потребления алкоголя и улучшения действенности контрацепции”), вмешательство BALANCE (“Предупреждение беременности и информированность о вреде алкоголя: полноценное обсуждение вариантов”) и вмешательство EARLY (сокращенную версию вмешательства BALANCE без консультирования по вопросам контрацепции) (69,71,72,74,75). Три исследования включали адаптированные версии вмешательства CHOICES (67,73,77), которое было разработано при поддержке Центров по контролю и профилактике заболеваний США и в котором акцентируется внимание на изменении как поведения в отношении алкоголя, так и использования контрацепции среди небеременных женщин. Это вмешательство включает в себя четыре сеанса мотивационного интервью, а также консультацию по вопросам контрацепции (59). Для облегчения внедрения и проведения вмешательства CHOICES были разработаны более краткие его версии, в соответствии с которыми вмешательства BALANCE и

EARLY включают один сеанс мотивационного интервью, но вмешательство EARLY не включает консультации по вопросам контрацепции (75). Из оставшихся трех исследований два включали адаптированные версии опросника e-Check Up to Go (e-CHUG – онлайн-опросника для самооценки собственного поведения в отношении употребления алкоголя, первоначально разработанного для студентов колледжей) (70,76), а одно представляло собой вмешательство с рассылкой специально адаптированных мотивационных сообщений (68).

В четырех исследованиях, в которых использовалась схема рандомизированного контролируемого испытания, были показаны статистически значимые результаты, касающиеся риска БСА, после проведенного вмешательства (67,69,72,74). Ingersoll et al. (74) в своем исследовании вмешательства BALANCE выявили значимое снижение риска БСА при контрольной оценке через один месяц в группе вмешательства по сравнению с группой контроля. Serperish et al. (69) также установили снижение риска БСА через четыре месяца после вмешательства BALANCE, причем в группе вмешательства значимо большее снижение, чем в группе контроля. Другое исследование с вмешательством на основе CHOICES (67) показало, что через три месяца после него значительно меньше женщин были подвержены риску БСА по сравнению с группой контроля, и данный эффект оставался значимым через 12 месяцев. Шансы не быть подверженными риску БСА были в два раза выше у женщин, которые входили в группу вмешательства, чем у женщин в группе контроля (67).

Однако в других исследованиях результаты вмешательства были менее убедительны. Ingersoll et al. (75) сравнили женщин, с которыми было проведено вмешательство EARLY, с группой, которой был предоставлен информационный видеофильм, и другой группой, которая получила информационную брошюру. Снижение риска БСА было очевидным во всех трех группах через три и шесть месяцев, но в группе, с которой было проведено вмешательство EARLY, на момент последней контрольной оценки степень снижения риска была наибольшей. В то же время в целом величина эффекта различных вмешательств была небольшой, в пределах от 0,16 до 0,41. Кроме того, в двух исследованиях – вмешательства с применением адаптированной версии CHOICES (73) и вмешательства с использованием онлайн-опросника e-CHUG (76) – были отмечены снижения риска БСА, которые оставались значимыми в течение длительного времени, хотя существенной разницы между условиями лечения (76) или между точками оценки (73) не было. Аналогичным образом, Wilton et al. (77) обнаружили общее значимое снижение риска БСА через шесть месяцев по итогам вмешательства Healthy Choices (которое является адаптированной версией вмешательств CHOICES и “Исследования Healthy Mom”). Значительной разницы в результатах у женщин, с которыми вмешательство проводилось лично или по телефону, не обнаружено.

Интересным представляется один аспект, который был отмечен в двух исследованиях: станут ли женщины менять только одну форму поведения для того, чтобы снизить риск БСА. Floyd et al. (72) установили, что по прошествии девяти месяцев после вмешательства женщины из группы вмешательства чаще уменьшали рискованное употребление алкоголя и использовали действенную контрацепцию. Однако по сравнению с группой контроля женщины из группы вмешательства немного чаще меняли свое поведение в отношении использования контрацепции, а женщины в группе контроля чаще уменьшали рискованное употребление алкоголя. Дальнейший анализ показал, что вероятность использования действенной контрацепции при контрольной оценке через три, шесть и девять месяцев была более чем в два раза выше у женщин в группе вмешательства, и у них же значительно выше была вероятность сокращения рискованного употребления алкоголя во всех точках контрольной оценки через любой промежуток времени (72). Rendall-Mkosi et al. (67) не выявили значимых изменений в рискованном употреблении алкоголя через 12 месяцев, хотя в целом наблюдалось значимое снижение среди прошедших тест AUDIT. Что касается контрацепции, число женщин, не использующих действенную контрацепцию, значительно сократилось, при этом в группе вмешательства число использующих ее женщин через три и 12 месяцев было значительно больше (67).

В двух исследованиях оценивалось влияние санитарного просвещения среди населения в целом на предупреждение подверженности воздействию алкоголя в период беременности (78,79). Chersich et al. (79) провели исследование в Южной Африке после того, как там была проведена кампания всеобщей профилактики подверженности воздействию алкоголя в период беременности с целью изменить социальные нормы с помощью всевозможных рекламных и информационных материалов в средствах массовой информации, а также через службы медико-санитарной помощи. Для участия в этом исследовании были приглашены отобранные методом случайной выборки матери половины всех детей, родившихся в течение одного года. Такая ретроспективная схема позволила исследователям оценить, какое влияние имела кампания на употребление алкоголя в период беременности: для этого ими были изучены изменения в употреблении алкоголя беременными, в знании о рисках и в диагнозах ФАС/ЧФАС. В результате исследования было установлено, что после указанного вмешательства произошло значительное уменьшение в числе случаев ФАС/ЧФАС, а также в количестве употребляемого алкоголя в неделю. Также значительно возросло число женщин, которые узнали о вреде употребления алкоголя во время беременности от медсестер и увидели или услышали об этом по телевидению или по радио (79). Другая кампания, на этот раз в Соединенных Штатах Америки, при проведении которой использовались плакаты, реклама по радио и брошюры, была рассчитана на женщин, принадлежавших к этнической группе американских индейцев. Результаты исследования показали, что в произвольной нерепрезентативной выборке женщин

репродуктивного возраста большинство посчитали эту кампанию приемлемой и правильной в культурном отношении и полагали, что она расширила их знания о ФАС и в целом о рисках употребления алкоголя во время беременности. Большинство женщин сообщили, что сократили употребление алкоголя именно благодаря этой кампании. Тем не менее, результаты скорее были основаны на субъективных мнениях, чем на инструменте скрининга для выявления злоупотребления алкоголем, к тому же не было представлено никаких результатов оценки до и после кампании.

Вмешательства, направленные на беременных женщин

Краткое описание исследований, включенных в обзор

В обзор были включены шестнадцать исследований, в которых изучались вмешательства, направленные либо на сокращение употребления алкоголя во время беременности, либо на повышение осведомленности у беременных женщин (66,80-94) (краткое описание приводится в Приложении 3, таблица 3.2). Девять исследований были проведены в Соединенных Штатах Америки (66,81–83,86–88,90,93), три в Швеции (80,84,92), одно в Австралии (94), одно в Южной Африке (85), одно в Ирландии (89) и одно в Нидерландах (91). В восьми исследованиях для участия были отобраны беременные женщины, обратившиеся в службу дородовой помощи или в аналогичные службы охраны материнства (80,83-85,87-89,92), в пять исследований специально были включены беременные женщины, у которых было выявлено употребление алкоголя (81,82,86,90,91), а в одно исследование были включены женщины, проходящие лечение в связи с экстракорпоральным оплодотворением и употребляющие алкоголь в рискованных количествах (семь или более доз в неделю или три или более доз за один эпизод) (66). В одном исследовании рассматривалось влияние более широкой кампании, направленной на беременных женщин (93), а в другом изучалось влияние на беременных и небеременных женщин формы подачи и содержания основных тезисов, касающихся потребления алкоголя во время беременности (94). В пяти исследованиях, из которых в одно (82) была включена подвыборка из более масштабного исследования (81), были недвусмысленно исключены все женщины с алкогольной зависимостью или проходящие лечение по поводу злоупотребления алкоголем (или иным психоактивным веществом) (66,81,82,88,89).

Краткое описание результатов

Смогли ли вмешательства побудить женщин к воздержанию от алкоголя или оказать влияние на

употребляемое ими количество, о котором они сообщают – именно эти исходы вмешательств представляли интерес во включенных в обзор исследованиях. В трех исследованиях в качестве меры оценки исхода использовался полный отказ от употребления алкоголя (80,82,86). Bortes et al. (80) выяснили, что полностью отказаться от употребления алкоголя скорее были готовы женщины, получившие вмешательство (информационную брошюру об употреблении алкоголя в период беременности перед их первым дородовым обследованием), чем женщины из группы контроля. Кроме того, O'Connor & Whalley (86) установили, что женщины, которые получили кратковременное разовое вмешательство (10-15 минут), с вероятностью, большей в пять раз, чем группа контроля, были готовы полностью отказаться от употребления алкоголя при контрольной оценке в третьем триместре. Chang et al. (82) также использовали полный отказ от употребления алкоголя в качестве меры оценки исхода, но все участницы исследования показали позитивные результаты скрининга на предмет употребления алкоголя (дали положительные ответы на вопросы в опроснике T-ACE об употреблении алкоголя в течение последних трех месяцев, об употреблении одной и более доз алкоголя за один день употребления в течение последних шести месяцев или об употреблении алкоголя в период предыдущей беременности). В этом исследовании изучалась важность выбора цели. Во время регистрации для участия в исследовании женщины относительно употребления алкоголя ставили перед собой цель либо полностью отказаться от употребления алкоголя, либо сократить его. Из тех женщин, которые на момент регистрации для участия в исследовании употребляли алкоголь и поставили перед собой цель полностью прекратить его употребление, к моменту контрольной оценки полностью от него воздерживалась половина, тогда как среди женщин, которые поставили цель только сократить употребление алкоголя, от употребления не воздерживался никто. Большинство женщин, воздерживавшихся от употребления алкоголя на момент регистрации для участия в исследовании (но показавших позитивные результаты скрининга при оценке любых количеств и моделей употребления алкоголя) и поставивших перед собой цель полностью воздерживаться от его употребления, продолжали воздержание (82).

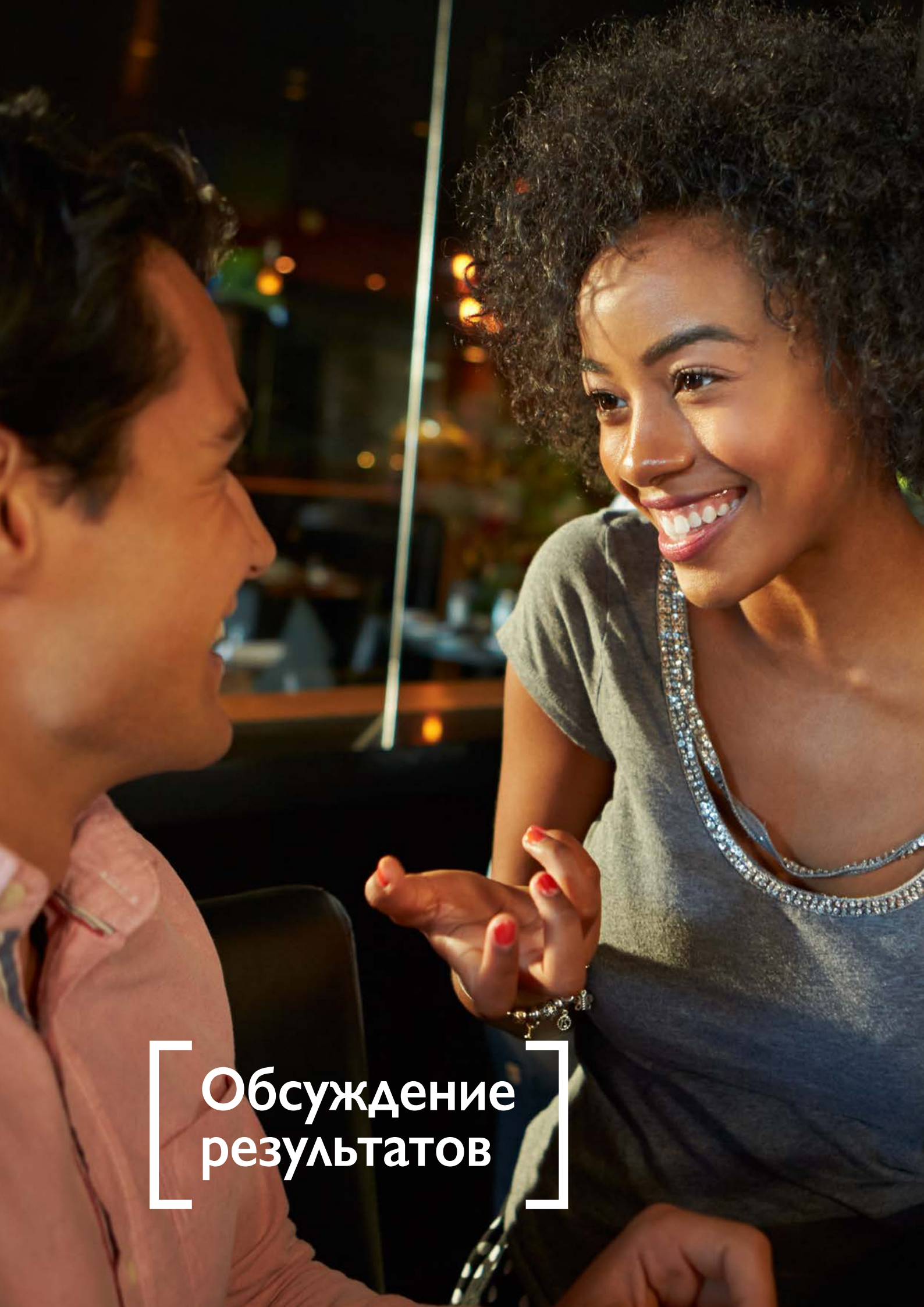
В двух исследованиях рассматривалось влияние на беременных женщин более широких кампаний по информированию о вреде употребления алкоголя в период беременности и влияние формы подачи и содержания сообщений об алкоголе и беременности (93,94). France et al. (94) изучали влияние содержания сообщений о алкоголе и беременности на намерения беременных и небеременных женщин и на их уверенность в своей способности отказаться от употребления алкоголя или сократить его в период нынешней или будущей беременности. Сообщение, апеллирующее к самооэффективности женщины, ассоциировалось с более серьезными намерениями воздерживаться от употребления алкоголя по сравнению с условием вмешательства в группе контроля, в то время

как в группе, где полученные сообщения апеллировали к страху, значительно больше женщин было намерено воздерживаться от употребления алкоголя по сравнению с группой, получившей сообщения с акцентом на самоэффективности, и группой контроля. В исследовании было установлено, что при комбинированном подходе, сочетающем апелляцию к страху и самоэффективности, тоже больше женщин выразило намерение воздерживаться от употребления алкоголя, чем при апелляции к самоэффективности и в группе контроля. При использовании сообщений, апеллирующих к страху, и комбинированных сообщений субъективная уверенность женщин в способности воздерживаться от употребления алкоголя была выше. Как показано в исследовании, форма подачи и содержание сообщений на тему алкоголя и беременности может оказывать влияние на поведение женщин, хотя в этом исследовании не проводилось последующего наблюдения за тем, согласуется ли их поведение с намерениями. Lowe et al. (93) установили, что после мультимедийного вмешательства, в котором информация подавалась несколькими разными способами, больше получивших это вмешательство женщин в дальнейшем заводили разговор на тему алкоголя и беременности по крайней мере с одной из своих подруг. По сравнению с группой контроля женщины из группы вмешательства также расширили после вмешательства свои знания по четырем вопросам, касающимся рисков употребления алкоголя в период беременности. Что касается влияния вмешательства на употребление алкоголя в период беременности, в нескольких исследованиях не было найдено различий в мерах оценки исходов в отношении употребления алкоголя между группой вмешательства и группой контроля (83,84,88,89,92). Кроме того, Osterman et al. (87) установили, что и группа вмешательства, и группа контроля значительно уменьшили число баллов, набираемых в тесте AUDIT, по сравнению с числом баллов в исходном состоянии, а Tzilos et al. (90) установили, что на момент контрольной оценки число женщин, употребляющих алкоголь, в целом сократилось по сравнению с исходным состоянием. Обе группы значительно сократили количество употребляемого алкоголя по сравнению с исходным состоянием, хотя разница между группами была незначительной. В обоих указанных исследованиях группа контроля, помимо оценки исходного состояния, получила некоторую письменную информацию, касающуюся употребления алкоголя в период беременности.

В ряде исследований, однако, было отмечено значительное влияние вмешательства на сокращение употребления алкоголя среди беременных женщин. Rossi

et al. (66) включили в исследование женщин, которые проходили лечение в связи с экстракорпоральным оплодотворением и сообщали о рискованном употреблении алкоголя (сверх рекомендованного предела – семи доз или более в неделю или трех доз или более за один эпизод) или дали положительные ответы в опроснике T-ACE. Результаты исследования показали, что по сравнению с группой контроля в группе вмешательства значительно снизилось количество алкоголя, принимаемого женщинами за один день употребления алкоголя. Marais et al. (85) установили, что через четыре с половиной месяца число баллов, набираемых по результатам теста AUDIT, среди женщин как из группы вмешательства, так и из группы контроля уменьшилось, но среди женщин, получивших вмешательство, это число на момент контрольной оценки оказались значительно ниже. При делении женщин на группы в зависимости от их уровня употребления алкоголя Chang et al. (81) обнаружили, что женщины, которые употребляли большее количество алкоголя во время регистрации для участия в исследовании, более значительно сократили свое потребление после кратковременного персонального вмешательства. Тем не менее, van der Wulp et al. (91) обнаружили, что проведенное ими вмешательство с комментариями, адаптированными с помощью компьютера, ассоциировалось со значимыми сокращениями потребления среди женщин, которые употребляли алкоголь в количестве на одно стандартное отклонение ниже среднего, но не среди женщин, которые употребляли алкоголь в количестве на одно стандартное отклонение выше среднего.

И, наконец, два исследования были сосредоточены именно на том, чтобы во вмешательстве принимали участие партнеры беременных женщин. Chang et al. (81) установили, что вмешательство оказывало больше влияния на женщин, употребляющих большее количество алкоголя, когда в нем участвовали их партнеры, причем это было влияние и на количество доз алкоголя за один день употребления, и на комбинации доз в день его употребления, и на процент таких дней. Hogberg et al. (84) исследовали влияние вмешательства, которое включало в себя диалог об алкоголе с позиции жизненного цикла, в котором принимал участие партнер. Исследования показывают значительные различия в потреблении алкоголя в период беременности со слов женщин, но также были отмечены и значительные различия в поддержке женщин со стороны партнеров. По сравнению с женщинами из группы контроля, женщины из группы вмешательства в два раза чаще сообщали о том, что их партнер теперь всегда предлагает им безалкогольные варианты питья (84).



Обсуждение
результатов

В этом экспресс-обзоре представлен анализ проведенных в последнее десятилетие исследований по изучению различных подходов к предупреждению подверженности воздействию алкоголя в период беременности. До сих пор в этой сфере исследований остается много областей, которые нуждаются в дальнейшем изучении, прежде чем можно будет сделать окончательные выводы о способности вмешательств влиять на психосоциальные установки и поведение женщин в отношении употребления алкоголя в период беременности; тем не менее, знания по многим важным аспектам имеются уже сейчас.

В настоящее время женщины пьют больше, чем они пили раньше, и в маркетинге алкоголя нашли ориентированный на женщин способ рекламирования алкогольной продукции и стимулирования потребления алкоголя среди женщин (95). Более широкие подходы, охватывающие все население, которые оказывают влияние на общее потребление алкоголя (96), будут также влиять и на уровни потребления алкоголя среди женщин. В данном обзоре показано, что наряду с более широкой политикой в отношении алкоголя влияние на предупреждение или снижение подверженности воздействию алкоголя в период беременности может оказывать и профилактика, конкретно направленная на беременных женщин и женщин детородного возраста.

Такие вмешательства, как мотивационные интервью, в которых главное внимание уделяется сокращению количества употребляемого алкоголя и повышению уровня использования контрацепции, явно идут женщинам на пользу. Большие возможности открывает работа с женщинами в клиниках сексуального здоровья: имеются подтверждения того, что проводимые там вмешательства оказывали влияние на применение контрацепции, хотя на рискованное употребление алкоголя они влияли меньше (67,72). Если сокращение рискованного употребления алкоголя может привести к улучшению здоровья в целом и к снижению риска подверженности воздействию алкоголя в период беременности, то пропаганда действенной контрацепции среди женщин может предупредить БСА. В то же время имеются данные, подтверждающие, что вмешательства, касающиеся сразу двух этих форм поведения, действительно снижают риск БСА (67,69,72,74). Фактических данных об эффективности санитарного просвещения всего населения немного (65), но вполне очевидно, что, если грамотно подходить к способу подачи и содержанию сообщений об употреблении алкоголя в период беременности и предоставлять информацию, адаптированную к особенностям аудитории, это может побудить женщин воздерживаться от употребления алкоголя или сократить потребление, если они забеременеют или когда они уже беременны.

В нескольких исследованиях было установлено, что вмешательства, проводимые среди беременных женщин, могут влиять на сокращение потребления алкоголя по сравнению с группами контроля. Однако при отсутствии значимых различий между группами вмешательства и группами контроля, когда сокращение потребления

отмечалось в тех и других группах, возникают вопросы об эффективности оценки привычек в употреблении алкоголя. Этот вывод может быть особенно важен при оказании услуг по охране материнства. Согласно "Руководству ВОЗ по выявлению и ведению случаев употребления психоактивных веществ и нарушений, вызванных употреблением психоактивных веществ во время беременности" (52), всем женщинам рекомендуется пройти процедуру скрининга на предмет употребления алкоголя. Коль скоро скрининг сам по себе оказывает профилактическое влияние, а кратковременное вмешательство может дополнительно стимулировать изменения в поведении, полноценные программы скрининга и кратковременных вмешательств в службах охраны материнства являются важной областью для проведения профилактики. Поскольку в фактических данных нет полной ясности в отношении наиболее эффективной практики ведения этой работы с точки зрения выбора инструментов скрининга, мер оценки исхода и видов вмешательства, по этим темам необходимы дальнейшие исследования

Недостатки

Необходимо признать несколько недостатков, присущих данному экспресс-обзору, и учитывать их при интерпретации результатов и выводов. Большинство исследований были проведены за пределами Европейского региона. Различия в уровнях потребления алкоголя и причиняемого им вреда, например, между Соединенными Штатами Америки и различными странами в Регионе ограничивают возможность применения тех же вмешательств в том или ином контексте Европейского региона. Для оценки результатов использовались разные переменные, что ограничивает возможность сравнивать разные исследования. Некоторые исследования были относительно небольшими, и продолжительность вмешательств в них была разной: от всего лишь пяти минут до 60 минут и более, а некоторые вмешательства проводились в течение нескольких сеансов. Способы проведения также были разные: некоторые вмешательства проводились научными или медицинскими работниками, в то время как в других использовались компьютеры или они проводились дистанционно, что могло по-разному влиять на разные группы людей (небеременных или беременных женщин).

Одним из главных недостатков было то, что многие исследования страдали высоким процентом выбытия участниц (эта проблема была особенно характерна для нескольких исследований с участием беременных женщин). В целом процент выбытия колебался от 0% до 41% к моменту последней контрольной оценки. Было мало исследований, в схеме которых предусматривалась попытка (когда это было возможно) слепым методом отнести участниц и исследователей к тому или иному условию исследования. Все исследования были основаны на данных об употреблении алкоголя, сообщаемых

самими участницами, и тут в принципе могла возникать погрешность, обусловленная проблемой социальной желательности, когда женщины могли не сообщать свой фактический уровень употребления алкоголя. Наконец, среди тех немногих исследований, которые включали более широкие вмешательства на уровне общественного здравоохранения, в нескольких из них

проводилась оценка намерения воздерживаться от употребления алкоголя или уменьшить уровень его употребления или оценивались субъективные изменения в знаниях или уменьшение уровня потребления алкоголя (78,79,94), что ограничивает возможность на основании этой небольшой выборки исследований сделать выводы о фактическом изменении в поведении.



**Примеры из
практики**

В этом разделе содержатся примеры профилактической работы, проводимой в восьми государствах-членах ВОЗ в продолжение работ, схематично представленных в хронологических таблицах в документе “Алкоголь и здоровье: доклад о положении дел в 35 европейских странах, 2013 г.”(97). В сентябре 2015 г., в соответствии с положениями вышеуказанного доклада, государствам-членам ВОЗ была направлена просьба представить информацию о мероприятиях, связанных с ФАЧН, которые проводились за предыдущие пять лет. Чтобы показать весь спектр различных связанных с ФАЧН мероприятий в ЕС и в Европейском регионе ВОЗ, в данном докладе описаны профили отдельных стран. Более подробную информацию можно найти в “Докладе о положении дел”. Эти примеры из практики отражают шаги, которые предприняли отдельные государства-члены в целях предупреждения вреда, причиняемого подверженностью воздействию алкоголя *in utero*, и показывают, что в Регионе был проведен целый ряд мероприятий, включающих пропаганду национальной стратегии, активизацию усилий по выявлению женщин, потребляющих алкоголь, и ведению беременности у них в системе родовспоможения, а также широкомасштабные информационно-просветительские кампании. Наряду с использованием доказательной базы, позволяющим строить практику на основе современной и эффективной методики, важным фактором в развитии профилактики в данной области является обмен передовым опытом в Регионе.

Финляндия – акцент на лечебной практике

В Финляндии распространенность употребления алкоголя и количество его потребления увеличились. Алкоголь употребляют 90% женщин фертильного возраста. Достоверных последних оценок распространенности ФАЧН в Финляндии нет. Осведомленность о рисках врожденных пороков развития, связанных с потреблением алкоголя, среди населения в целом в Финляндии выше среднего показателя по ЕС, тем не менее, доносить эту информацию до женщин до того, как они начнут планировать беременность, или до того, как у них наступит незапланированная беременность, по-прежнему трудно.

Были разработаны целевые стратегии, направленные на решение проблем, связанных с алкоголем, в рамках услуг по охране материнства. Услугами бесплатных родильных домов пользуются почти 100% беременных женщин, а бесплатный набор для новорожденных, который включает детскую одежду и средства по уходу за ребенком, является важным стимулом для явки женщин на обследование на раннем этапе беременности. А это, в свою очередь, является важной предпосылкой для успешного осуществления подхода к предоставлению помощи на основе скрининга и консультирования.

Скрининг широко используется родильными домами по всей стране. В 2014 году доля родильных домов, применяющих тест AUDIT или аналогичный инструмент скрининга, составила 87%. Для беременных женщин, у которых выявляются проблемы злоупотребления наркотиками или алкоголем, существуют специализированные клиники со стационарным и амбулаторным вариантами лечения. Кроме того, воздерживаться от алкоголя и/или наркотиков в период беременности матерям помогают предоставляемые в стационарах услуги по охране здоровья матери и ребенка, которые также укрепляют позитивную связь между матерью и ребенком после родов. В этот процесс включается всё больше отцов. В случаях тяжелой алкогольной или наркотической зависимости на законном основании может быть разрешено принудительное лечение. В частности, медицинские работники обязаны информировать органы охраны детства, если развитие новорожденного или ребенка более старшего возраста может быть поставлено под угрозу, например, из-за рискованного употребления алкоголя женщиной в период беременности.

Работа в системе охраны материнства и детства по профилактике употребления алкоголя предусматривается в клинических руководствах. Отдельный раздел, посвященный алкоголю и беременности, включен в выпущенное в 2010 г. Финским обществом врачей Duodecim “Клиническое руководство по лечению расстройств, вызванных употреблением алкоголя” (Alkoholiingelmaisen käypä hoito). Кроме того, опубликованное в 2013 г. “Клиническое руководство для родильных домов” включает в себя этапы и основные тезисы, касающиеся предупреждения связанного с алкоголем вреда, например, следующие:

- предупреждать женщин репродуктивного возраста и их супругов о рисках, связанных с потреблением алкоголя, следует на ранней стадии, когда они обращаются в службы здравоохранения;
- все клиенты родильных домов должны быть опрошены на предмет употребления алкоголя;
- для оценки употребления алкоголя беременными женщинами и их партнерами рекомендуется тест AUDIT;
- когда женщина планирует беременность, необходимо рекомендовать ей не пить до состояния опьянения;
- от потребления алкоголя рекомендуется отказаться не позже подтверждения беременности.

Финляндия

Участвующие организации/учреждения

Национальный институт здравоохранения и социального обеспечения, Финское общество врачей Duodecim, больничный округ Хельсинки и области Уусимаа, A-Clinic Foundation (неправительственная организация), монополия сети розничной продажи алкоголя Alko, Федерация домов и приютов для женщин и детей (неправительственная организация), Финская ассоциация людей с ограниченными интеллектуальными и физическими возможностями (неправительственная организация).

Лицо для контактов

Г-н Ismo Tuominen
Советник министра по юридическим вопросам
Управление укрепления здоровья и социального обеспечения
Министерство социальных дел и здравоохранения
Адрес электронной почты: ismo.tuominen@stm.fi

Карманный справочник “Подумай о детях. Не пей. Остановим ФАСН”, разработанный организацией TESS-Ambulance Munich, которая осуществляет надзор за детьми, подверженными риску после “воздействия токсинов во время беременности”.

Были организованы общенациональные кампании как по проблеме ФАСН в частности, так и по связанному с алкоголем вреду в целом. Каждые два года проводится Национальная неделя осведомленности. В 2015 году она проводилась в пятый раз под лозунгом “Алкоголь? Чем меньше, тем лучше”. В апреле 2015 г. было начато осуществление общенационального экспериментального школьного проекта по предупреждению ФАСН, который продлится до марта 2018 г. В октябре 2015 г. был завершен общенациональный проект, в рамках которого была разработана и реализована передвижная выставка под названием Zero. Наконец, было проведено несколько мероприятий по усилению профилактики ФАСН в службах здравоохранения, включая использование новой “куклы ФАСН” для специалистов, преподавателей, методистов и других интересующихся этими вопросами людей с целью улучшения профилактики ФАСН. Через Федеральный центр санитарного просвещения и Немецкий центр по вопросам наркомании беременные женщины и их партнеры могут получить несколько информационных брошюр об употреблении алкоголя во время беременности.

Германия – консультирование, политика и информированность о ФАСН

Был инициирован общенациональный экспериментальный проект, имеющий целью увеличить объем услуг по консультированию беременных женщин по вопросам курения и употребления спиртных напитков. Приоритетное финансирование началось в марте 2011 года с семи одногодичных проектов. Вторая фаза началась в 2012 году с трех двухгодичных проектов международного обмена наиболее эффективными методами проведения этой работы. Ориентирами для успешной реализации проектов служили результаты их оценки.

Было издано и принято несколько руководящих и программных документов, в том числе:

Национальная стратегия реализации государственной политики в области наркотиков и аддикции (см. раздел об алкоголе, цель б);

“Дети и алкоголь: рекомендации для родителей по решению проблемы. Научные знания, Национальная стратегия реализации государственной политики в области наркотиков и аддикции”;

“Медицинские рекомендации на доказательной основе и на основе консенсуса (S3) по диагностике фетального алкогольного синдрома” (полная и краткая версии);

Германия

Лицо для контактов

Albert Kern
Отдел проблем аддикции и наркотиков
Федеральное министерство здравоохранения
Адрес электронной почты: Albert.Kern@bmg.bund.de

Литва – повышение уровня информированности о ФАСН

Для повышения уровня информированности о ФАСН в последние несколько лет было организовано несколько мероприятий. Литовская ассоциация студентов-медиков, Национальное управление по контролю наркотиков, табака и алкоголя, медицинский факультет Вильнюсского университета и Литовское общество генетики человека организовали в Вильнюсе 9 сентября в 2012 и 2013 гг. мероприятия в связи с Днем фетального алкогольного синдрома. В ходе этих мероприятий распространялась информация в форме брошюр, плакатов, радио- и телепередач и викторин о вреде, причиняемом употреблением алкоголя в период беременности. Литовская ассоциация студентов-

медиков совместно с парламентской комиссией по профилактике наркотической и алкогольной зависимости, управлением по контролю наркотиков, табака и алкоголя, Национальной коалицией по контролю табака и алкоголя и Вильнюсским городским муниципалитетом организовали в 2013 и 2014 гг. в Каунасе, в 2014 и 2015 гг. в Вильнюсе и в 2016 г. в Каунасе и Вильнюсе мероприятие под лозунгом “Мама, я хочу родиться трезвым”. Это мероприятие включало приглашение прохожих к участию в викторине вместе со студентами-медиками и представителями государственных и негосударственных учреждений и организаций.

В 2013 г. было введено требование обследовать здоровье беременной женщины во время второго посещения (до двенадцатой недели беременности) (Приказ № V-900 “О медико-санитарной помощи беременным женщинам, роженицам и новорожденным”) и обсуждать различные факторы, включая аддикцию. Женщины, у которых выявляются факторы риска, направляются на консультацию или в учреждения вторичной медико-санитарной помощи уровня В. Во время осуществления литовско-швейцарской программы сотрудничества в 2015 г., целью которой было улучшение работы перинатальных и неонатальных служб, эти факторы включали алкоголь, курение и наркотики в период беременности с учетом информации о том, что безопасное количество потребляемого алкоголя в период беременности не существует. В 2014 г. в парламенте была проведена первая балтийская конференция по предупреждению потребления алкоголя в период беременности. В конференции приняли участие эксперты в этой области из Национального института проблем злоупотребления алкоголем и алкоголизма, Института экономики здравоохранения (Канада), ВОЗ и выступающие из стран Балтии и из Нидерландов. В 2015 и 2016 гг. в парламенте были организованы пресс-конференции по этой проблеме.

В Закон Литовской Республики о контроле алкоголя № I-857, ст. 9, будет внесена поправка, которая вступит в силу 1 ноября 2016 г. В соответствии с этой поправкой, на алкогольные напитки, предназначенные для продажи, должны наноситься этикетки с предупреждением о том, что употребление алкоголя в период беременности может причинить вред неродившемуся ребенку.

Литва

Участвующие организации/учреждения

Научно-исследовательский институт здравоохранения при Литовском университете медицинских наук, Литовская ассоциация студентов-медиков, парламентская комиссия по профилактике наркотической и алкогольной зависимости, Страновой офис ВОЗ в Литве, управление по контролю наркотиков, табака и алкоголя, Национальная коалиция по контролю табака и алкоголя, Литовское общество генетики человека.

Лицо для контактов

Audrius Šcerponavičius

Директор

Управление медико-санитарной помощи

Министерство здравоохранения Литвы

Адрес электронной почты: audrius.scerponavicius@sam.lt

Люксембург – общенациональные кампании и акцент на медицинских услугах

В 2013 г. министерством здравоохранения была разработана и с тех пор проводится кампания общественного здравоохранения под лозунгом “Никакого алкоголя во время беременности и кормления грудью”. Объектом кампании стало все население, но особое внимание уделяется женщинам, планирующим беременность, и беременным женщинам, а также медицинским работникам. Цель кампании заключалась в том, чтобы донести до населения информацию о потенциальном вреде алкоголя, употребляемого в период беременности и кормления грудью. Главная мысль, распространяемая в ходе кампании, состояла в том, что ФАС на 100 процентов можно предупредить. Были разработаны материалы кампании на двух языках, такие как плакаты и брошюры, и за ходом кампании можно наблюдать на веб-странице национального портала здравоохранения и на Facebook. Для медицинских работников были разработаны рекомендации и повсеместно распространены среди врачей, акушеров и фармацевтов.

Люксембург

Участвующие организации/учреждения

Службы родовспоможения министерства здравоохранения, Национальная ассоциация акушеров, отдел национальной администрации по семейным пособиям, Национальный центр профилактики аддикций, несколько национальных ассоциаций, занимающихся консультированием, консалтингом и образовательно-просветительской работой среди беременных женщин и молодых родителей.

Лицо для контактов

Д-р Simone Steil
Главный санитарный инспектор
Отдел предотвратимых заболеваний
Главное управление здравоохранения
Министерство здравоохранения
Адрес электронной почты: simone.steil@ms.etat.lu

Норвегия – акцент на медицинских услугах и успешная общенациональная кампания

В 2005 г. были опубликованы доклад “Алкоголь и беременность” и руководство по оказанию помощи в период беременности. В докладе содержалась рекомендация не употреблять алкоголя во время беременности. В 2007 г. был опубликован государственный “Национальный план действий в отношении алкоголя и наркотиков”, в котором, в соответствии с положениями доклада 2005 г., управлению здравоохранения предлагалось предоставлять информацию о последствиях употребления алкоголя в период беременности и внедрить в практику скрининг беременных женщин. Обучение методам скрининга включено в программы профессиональной подготовки акушеров и врачей общей практики, а для его проведения используется норвежский опросник, в которых объединены вопросы из опросников TWEAK and AUDIT-C. Кроме этого, в Норвегии была внедрена программа обучения медицинских и социальных работников в муниципалитетах под названием “Tidlig inn” (кратковременное вмешательство). В эту программу входит модуль, посвященный употреблению алкоголя в период беременности и тому, как проводить мотивационные интервью при общении с беременными женщинами. Эта программа широко распространяется по всей стране через центры повышения профессиональной квалификации.

После принятия Национального плана действий в 2007 г. была развернута общенациональная кампания в СМИ (пример приведен на рис. 2), которая проводилась ежегодно в период с 2009 по 2013 г., а затем в меньших масштабах в 2014 и 2015 гг. Ее цели заключались в следующем:

- информировать женщин/супружеские пары детородного возраста о рекомендациях органов здравоохранения и повысить уровень информированности о рисках для ребенка, если его мать пьет;
- изменить психосоциальные установки и поведение женщин/супружеских пар;
- поощрять женщин/супружеские пары к тому, чтобы они сознательно принимали решение в соответствии с рекомендациями;
- изменить социальные нормы с терпимого отношения к употреблению алкоголя в период беременности на поддержку принципа “во время беременности – никакого алкоголя”.

Кампания состояла из нескольких элементов и включала направление писем с информационными листовками и плакатами всем врачам общей практики, гинекологам и в муниципальные поликлиники. Также были установлены контакты с журналистами и медицинскими специалистами, в результате чего в СМИ появилось много информационных статей. В интернете (Google), в журналах и газетах были размещены рекламные материалы, а на веб-сайтах, посвященных беременности, развернуты веб-баннеры. Были сняты и показаны по телевидению, в кинотеатрах и по YouTube три варианта короткометражного фильма “Snart mamma” (“Ты становишься мамой”). Кампания была отмечена высшей наградой в своей номинации в конкурсе SA-BRE Awards и также получила “Алмазный приз” SA-BRE. Можно утверждать, что благодаря этой кампании изменилось отношение к употреблению алкоголя в период беременности: данные обследования среди

Рис. 2. Рисунок, использовавшийся в общенациональной кампании “За безалкогольную беременность” в Норвегии



населения показывают, что, например, в 2013 г. людей, которые считали, что беременной женщине можно немного выпить за ужином, было 20%, тогда как в 2009 г. такого мнения придерживались 40%.

В 2012–2014 гг. в округе Рогаланд был осуществлен экспериментальный проект с целью апробирования практики раннего консультирования по вопросам алкоголя и образа жизни, проводимого акушерками в местных поликлиниках, в соответствии с которой женщинам предлагалась дополнительная консультация еще до их первого приема у врача. Консультация строилась на мотивационном интервью в стиле консультирования и включала оценку с помощью опросника TWEAK. В ходе осуществления проекта была составлена брошюра (на норвежском и английском языках) для медицинских работников, чтобы облегчить и стандартизировать процесс консультирования. Оценка проекта дал Международный институт научных исследований в г. Ставангер, который отметил, что женщины и акушерки были очень довольны консультациями и что можно рекомендовать такую практику другим. Оценка окончательных итогов будет дана в следующей редакции руководства по оказанию помощи в период беременности, но в некоторых муниципалитетах проведение консультаций продолжалось и после завершения проекта. Наконец, Центр повышения профессиональной квалификации/KoRus Sør в Боргестеде организует ежегодную конференцию под названием "Var-net og Rusen" ("Ребенок и интоксикация"), посвященную вреду, причиняемому ребенку алкоголем. Этот центр представляет собой специализированное учреждение, обладающее высоким уровнем компетентности в области токсикомании, которое предлагает местным сообществам, медицинским работникам и помощникам по уходу за больными консультации, информационные материалы и учебные курсы.

Норвегия

Участвующие организации/учреждения

Норвежская ассоциация врачей, Норвежская ассоциация акушеров, Норвежская организация медицинских сестер и региональные центры повышения профессиональной квалификации (Kompetansesenter Rus), благотворительные учреждения, негосударственные организации, общественные движения, государственные органы.

Лицо для контактов

Marianne Virtanen
Старший советник
Управление профилактического здравоохранения
Норвежский директорат здравоохранения
Адрес электронной почты: marianne.virtanen@helsedir.no

Польша – повышение уровня информированности и развитие науки

В 2007 г. стартовала кампания "Беременность без алкоголя", которая продолжается с тех пор на уровне местных органов государственного управления Польши. Кампания включает распространение разнообразной информации, такой как плакаты, листовки, публикации и рекламу по телевидению и радио. В дополнение к этому был создан веб-сайт с цифровой информацией об этой кампании, а также об имеющихся письменных материалах.

Был снят фильм о научно-исследовательском проекте профессора Urbanik, в котором получали изображения методом ядерного магнитного резонанса и использовали протонную магнитно-резонансную спектроскопию. В фильме представлены пионерные достижения польских ученых в анализе изменений в химическом составе головного мозга детей, подвергшихся воздействию алкоголя в утробе матери, а также в изучении влияния повреждений головного мозга на функционирование детей. Этот фильм был показан на национальной конференции, а также на нескольких международных конференциях.

Для улучшения доказательной базы о распространенности ФАСН был предпринят еще один научно-исследовательский проект. Цель этого проекта состоит в оценке распространенности ФАСН среди детей и разработке эффективного средства диагностики. Результаты показали, что распространенность ФАСН в Польше составляет 20 на 1000 живорождений, в том числе 4 на 1000 с диагнозом ФАС. При региональной специализированной детской больнице Св. Людовика в Кракове был открыт комплексный центр диагностики и лечения детей с ФАСН, который входит в структуру Национального фонда здравоохранения. Главное внимание уделяется стандартам диагностики ФАСН и обучению врачей и психологов диагностическим терминам. В настоящее время идет подготовка к проведению дальнейшей работы по оценке и измерению черепно-лицевой дисморфии с помощью устройств для получения трехмерных изображений.

Польша

Участвующие организации/учреждения

Местные органы государственного управления и негосударственные организации.

Лицо для контактов

Joanna Głazewska
Главный эксперт
Управление общественного здравоохранения
Министерство здравоохранения
Адрес электронной почты: j.glazewska@mz.gov.pl

Словения – широкомасштабные кампании по повышению уровня информированности

В 2013/2014 гг. в Горенском регионе – одном из девяти регионов Словении, расположенном в ее юго-западной части, – был разработан и реализован экспериментальный проект по проблемам алкоголя и беременности. Этот проект был инициирован Национальным институтом общественного здравоохранения совместно с местными педиатрами и акушерами-гинекологами при финансовой поддержке министерства здравоохранения. Его целью было повышение информированности об опасных последствиях употребления алкоголя для еще не родившегося ребенка и поощрение матерей к отказу от употребления алкоголя, когда они планируют беременность, в период беременности и во время кормления грудью. В проект входили следующие мероприятия: 1) обследование психосоциальных установок относительно употребления алкоголя в период беременности и во время кормления грудью у женщин и их партнеров, посещающих занятия в группах будущих родителей; 2) однодневное совещание экспертов по целому ряду вопросов с целью расширения возможностей медицинских работников в повышении информированности женщин детородного возраста, и 3) повышение информированности всего населения и женщин детородного возраста с использованием листовок, озаглавленных “За наилучшее начало” и плаката “Пожалуйста, никакого алкоголя нам двоим!” Листовки и плакаты распространялись среди таких учреждений, как медицинские учреждения, аптеки, высшие учебные заведения, центры социальной работы и библиотеки. Проект был представлен в Риме на третьей Европейской конференции по ФАСН в 2014 г. В дальнейшем этот экспериментальный проект будет использоваться в качестве стартовой площадки для развития и реализации такого подхода во всех девяти регионах.

В 2014 г. были организованы мероприятия в День фетального алкогольного синдрома. Главное внимание в них уделялось основному тезису: “Нет безопасного количества алкоголя, нет безопасного спиртного напитка и нет безопасного времени, когда можно пить в период беременности”. Это было подчеркнуто Национальным институтом общественного здравоохранения, который также выступил с заявлением о том, что самый лучший и самый безопасный совет беременным и кормящим женщинам – это полное воздержание от алкоголя. Была подчеркнута важность поддержки со стороны партнеров и людей, окружающих женщин. Институт научных исследований и разработок Utrip представил предварительные результаты обследования по интернету среди женщин детородного возраста и беременных женщин, а также среди медицинских работников и ознакомил с международной кампанией “Слишком рано пить”. Этот же ключевой тезис был подчеркнут и помещен на веб-сайтах учреждений и организаций

в День фетального алкогольного синдрома в 2015 г. Распространялась листовка “За наилучшее начало”, а по YouTube и по телевидению был показан на словенском языке норвежский фильм “Snart mamma”. В восьми регионах было проведено однодневное мероприятие с установкой информационных киосков. Молодежная организация “No Excuse Slovenia” (“Никаких отговорок, Словения”) провела общенациональную семидневную акцию в социальных СМИ (в Facebook и Twitter), в рамках которой распространялся этот тезис с использованием хэштега #nepijemza2.

В 2014/2015 гг. были проведены семинары и лекции, в том числе однодневное совещание экспертов в одном регионе (см. выше), короткие лекции для медицинских работников в нескольких других регионах, презентация на совещании Ассоциации перинатальной медицины Словении, короткая лекция для студентов-медиков и семинар для активистов негосударственных организаций. Было подготовлено несколько письменных материалов на тему алкоголя и беременности, включая листовку “За наилучшее начало”, главу в учебнике для вузов по лечебному питанию в период беременности (2015 г.) и статьи в популярных журналах.

Наконец, продолжается работа по улучшению ответных мер медицинских служб. Важную роль в рамках междисциплинарного подхода к решению проблемы опасного и вредного употребления алкоголя среди взрослого населения Словении играют гинекологи, которые могут объединять усилия секторов здравоохранения и социального обеспечения. Дальнейшая работа будет включать разработку протокола скрининга и кратковременного вмешательства, обучение специалистов и апробирование такого подхода во всех девяти регионах здравоохранения. Осенью 2016 г. материалы, предназначенные для подготовки будущих родителей к рождению ребенка и выполнению своих родительских функций, будут опубликованы в интернете и их можно будет использовать в группах обучения будущих родителей (на занятиях по подготовке к родам). Это будут письменные материалы по различным темам, касающимся употребления алкоголя в период беременности и в послеродовой период, для медицинских специалистов, статьи для беременных женщин и для будущих отцов и сокращенный вариант информационно-просветительских материалов для будущих родителей. Тема алкоголя будет включена в содержание первого и второго занятия во время беременности, которые должны проводиться с обоими будущими родителями. Первое занятие планируется в первом триместре беременности.

Словения

Участвующие организации/учреждения

Национальный институт общественного здравоохранения Словении, молодежная организация "No Excuse Slovenia", министерство здравоохранения, Институт Utrip.

Лицо для контактов

Liza Zorman

Управление общественного здравоохранения
Министерство здравоохранения

Адрес электронной почты: liza.zorman@gov.si

Швеция – акцент на поддержке лиц, страдающих ФАСН

В 2009 г. Шведский национальный институт общественного здравоохранения опубликовал систематизированный обзор литературы "Подверженность воздействию малых доз алкоголя в период беременности: причиняет ли она вред?", в котором была дана общая картина состояния научных данных о потреблении малых количеств алкоголя в период беременности. Национальный совет по здравоохранению и социальному обеспечению совместно с Национальным управлением образования и школ для лиц с особыми потребностями разработал методические материалы для детских садов и детских дошкольных учреждений по работе с детьми, страдающими ФАС/ФАСН, а Шведский центр по распространению знаний и навыков, касающихся ухода за больными и престарелыми в семье, по просьбе Национального совета опубликовал оценку уровня знаний по данному вопросу. Центром также опубликован анализ затрат, связанных с нездоровьем, обусловленным ФАС. Были проведены мероприятия по повышению уровня профессионального образования. Так, по всей стране около 40 лиц, играющих ключевую роль в данной области (врачи и медицинские сестры), приняли участие в учебных курсах по проблемам алкоголя и беременности, которые проводились совместно с Центром повышения профессиональной квалификации по проблеме ФАС при больнице Sørlandets в Норвегии. Эти учебные курсы также дали возможность медицинским работникам обсудить вопрос о том, как донести приобретенные ими знания до учреждений у себя дома, чтобы развивать дальше это направление деятельности. Шведское управление по оценке технологий здравоохранения и оценке работы социальных служб запланировало в 2015 г. оценить уровень знания методики исследования, диагностики и поддержки детей с ФАС/ФАСН в нескольких областях. Эта работа включала картирование возможностей получения родителями и их грудными детьми поддержки

от Национального совета по здравоохранению и социальному обеспечению и углубленное изучение сотрудничества между различными действующими субъектами, которые вступают в контакт с детьми, родившимися с дефектами, связанными с алкоголем. Планируется работа по оценке распространенности ФАС/ФАСН. Национальный совет по здравоохранению поддерживает осуществление врачебного наблюдения в рамках ориентированной на целевую группу медико-санитарной помощи детям в больнице Розенлундс (подчинена Стокгольмскому окружному совету) для матерей, у которых во время беременности были проблемы аддикции. Дети находятся под наблюдением до наступления школьного возраста. Национальный совет также поддержал создание материала для осуществления на региональном уровне экспериментальных клинических мероприятий, направленных на повышение профессиональной компетентности, необходимой для проведения исследования, диагностики, обучения навыкам социального функционирования и наблюдения за детьми с пороками развития, свидетельствующими об их подверженности воздействию алкоголя или наркотиков в период внутриутробного развития.

Швеция

Участвующие организации/учреждения

Национальный совет по здравоохранению и социальному обеспечению, Шведский национальный институт общественного здравоохранения, Шведский центр по распространению знаний и навыков, касающихся ухода за больными и престарелыми в семье, Шведское управление по оценке технологий здравоохранения и оценке работы социальных служб, Центр повышения профессиональной квалификации по проблеме ФАС при больнице Sørlandets в Норвегии, Национальное управление образования и школ для лиц с особыми потребностями.

Лицо для контактов

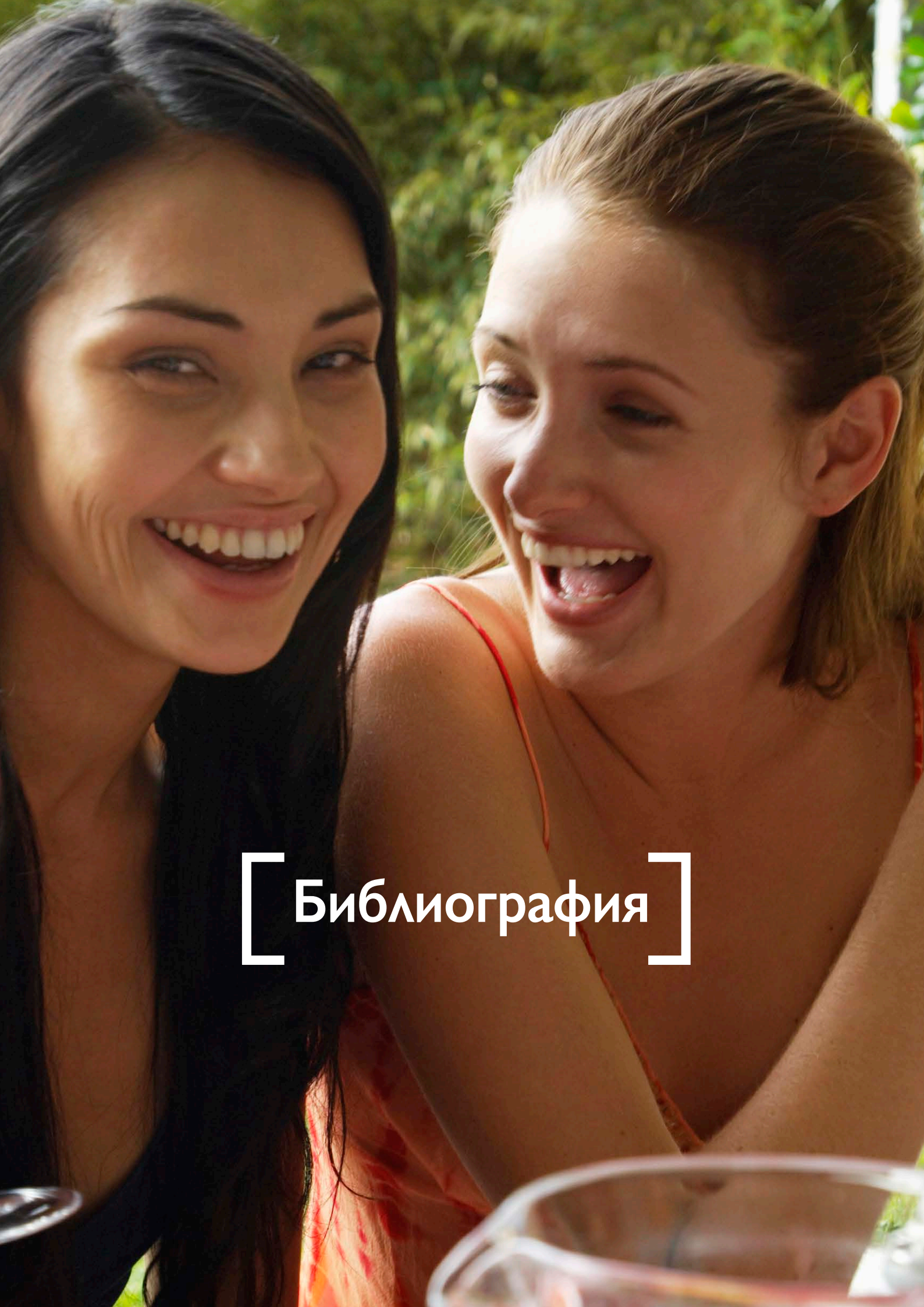
Elisabet Aldenberg

Специальный советник

Управление общественного здравоохранения и медико-санитарной помощи

Министерство здравоохранения и социальных дел

Адрес электронной почты: elisabet.aldenberg@regeringskansliet.se

A close-up photograph of two young women laughing joyfully. The woman on the left has long dark hair and is wearing a black top. The woman on the right has light brown hair pulled back and is wearing an orange top. They are outdoors with green foliage in the background. A glass is visible in the bottom foreground.

[Библиография]

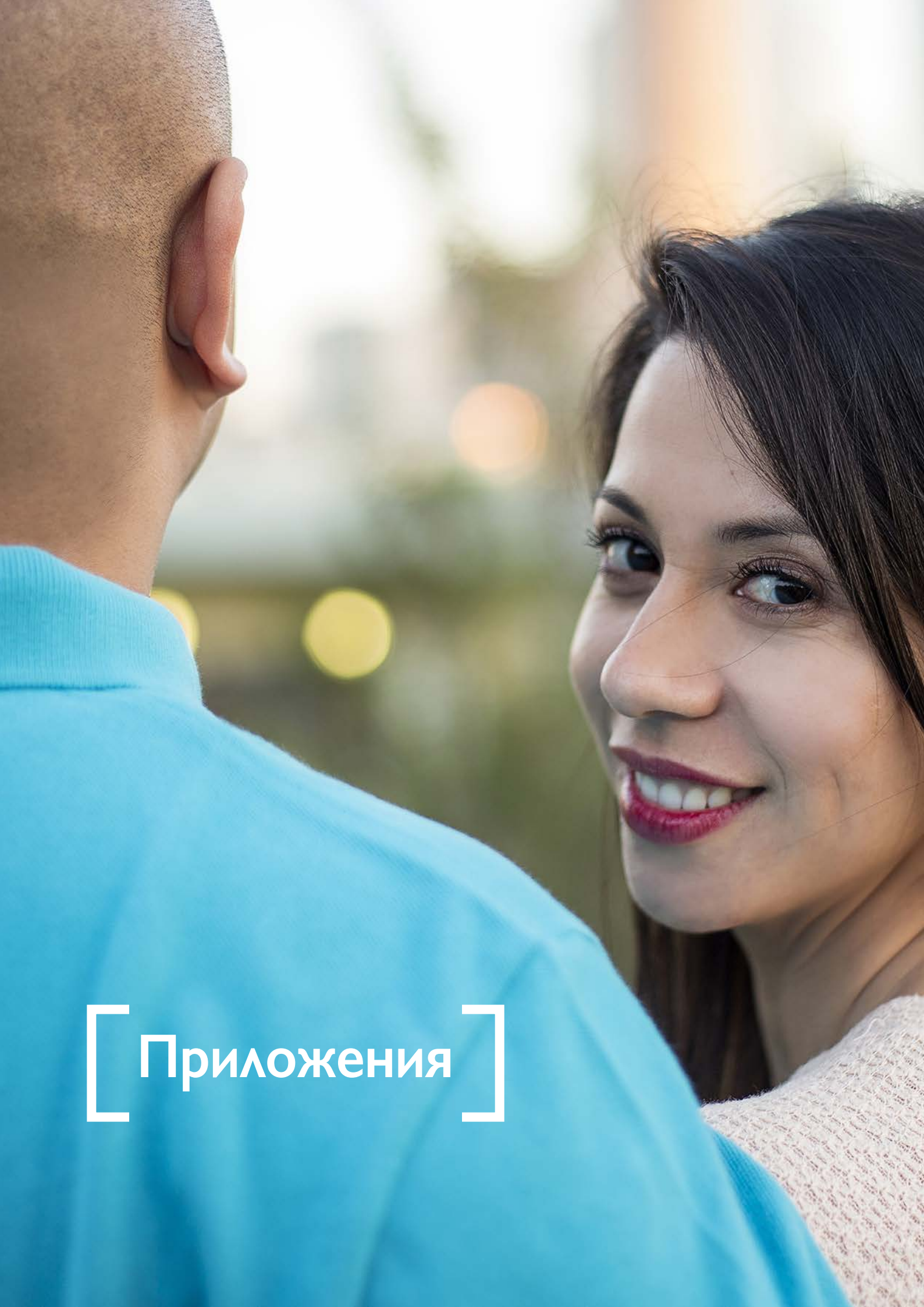
1. Global status report on alcohol and health 2014 [Глобальный доклад о положении дел в области алкоголя и здоровья, 2014 г., на англ. языке]. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1, accessed 9 July 2016).
2. Rehm J, Shield KD, Gmel G, Rehm MX, Frick U. Modeling the impact of alcohol dependence on mortality burden and the effect of available treatment interventions in the European Union. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2013;23(2):89–97.
3. Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A et al. The 2011 ESPAD Report – Substance Use Among Students in 36 European Countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs; 2012 (http://www.espad.org/Uploads/ESPAD_reports/2011/The_2011_ESPAD_Report_FULL_2012_10_29.pdf, accessed 9 July 2016).
4. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being – Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No7-Growing-up-unequal-full-report.pdf?ua=1, accessed 16 July 2016).
5. Bellis MA, Hughes K, Calafat A, Juan M, Ramon A, Rodriguez JA et al. Sexual uses of alcohol and drugs and the associated health risks: A cross sectional study of young people in nine European cities. *BMC Public Health.* 2008;8(1):1–11.
6. Thompson JC, Kao T-C, Thomas RJ. The relationship between alcohol use and risk-taking sexual behaviours in a large behavioural study. *Prev Med.* 2005;41(1):247–52.
7. Rehm J, Shield KD, Joharchi N, Shuper PA. Alcohol consumption and the intention to engage in unprotected sex: systematic review and meta-analysis of experimental studies. *Addiction.* 2012;107(1):51–9.
8. Sedgh G, Singh S, Hussain R. Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. *Stud Fam Plann.* 2014;45(3):301–14.
9. Wellings K, Jones KG, Mercer CH, Tanton C, Clifton S, Datta J et al. The prevalence of unplanned pregnancy and associated factors in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lancet.* 2013;382(9907):1807–16.
10. Parackal SM, Parackal MK, Harraway JA. Prevalence and correlates of drinking in early pregnancy among women who stopped drinking on pregnancy recognition. *Matern Child Health J.* 2013;17(3):520–9.
11. Balachova T, Bonner B, Chaffin M, Bard D, Isurina G, Tsvetkova L et al. Women's alcohol consumption and risk for alcohol-exposed pregnancies in Russia. *Addiction.* 2012;107(1):109–17.
12. Ethen MK, Ramadhani TA, Scheuerle AE, Canfield MA, Wyszynski DF, Druschel CM et al. Alcohol consumption by women before and during pregnancy. *Matern Child Health J.* 2009;13(2):274–85.
13. Anderson AE, Hure AJ, Forder P, Powers JR, Kay-Lambkin FJ, Loxton DJ. Predictors of antenatal alcohol use among Australian women: a prospective cohort study. *BJOG.* 2013;120(11):1366–74.
14. Nilsen P, Holmqvist M, Hultgren E, Bendtsen P, Cedergren M. Alcohol use before and during pregnancy and factors influencing change among Swedish women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2008;87(7):768–74.
15. Alvik A, Heyerdahl S, Haldorsen T, Lindemann R. Alcohol use before and during pregnancy: a population-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006;85(11):1292–8.
16. Smith L, Savory J, Couves J, Burns E. Alcohol consumption during pregnancy: cross-sectional survey. *Midwifery.* 2014;30(12):1173–8.
17. O'Keeffe LM, Kearney PM, McCarthy FP, Khashan AS, Greene RA, North RA et al. Prevalence and predictors of alcohol use during pregnancy: findings from international multicentre cohort studies. *BMJ Open.* 2015;5(7).
18. Walker MJ, Al-Sahab B, Islam F, Tamim H. The epidemiology of alcohol utilization during pregnancy: an analysis of the Canadian Maternity Experiences Survey (MES). *BMC Pregnancy Childbirth.* 2011;11(1):52.
19. Murphy DJ, Mullally A, Cleary BJ, Fahey T, Barry J. Behavioural change in relation to alcohol exposure in early pregnancy and impact on perinatal outcomes – a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013;13(1):8.
20. Skagerström J, Chang G, Nilsen P. Predictors of drinking during pregnancy: a systematic review. *J Womens Health.* 2011;20(6):901–13.
21. Mengel MB, Searight HR, Cook K. Preventing alcohol-exposed pregnancies. *J Am Board Fam Med.* 2007;19(5):494–505.
22. Eggert J, Theobald H, Engfeldt P. Effects of alcohol consumption on female fertility during an 18-year period. *Fertil Steril.* 2004;81(2):379–83.
23. Tolstrup JS, Kjaer SK, Holst C, Sharif H, Munk C, Osler M et al. Alcohol use as predictor for infertility in a representative population of Danish women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003;82(8):744–9.

24. Brooke OG, Anderson HR, Bland JM, Peacock JL, Stewart CM. Effects on birth weight of smoking, alcohol, caffeine, socioeconomic factors, and psychosocial stress. *BMJ*. 1989;298(6676):795–801.
25. Valero De Bernabé J, Soriano T, Albaladejo R, Juarranz M, Calle ME, Martínez D et al. Risk factors for low birth weight: a review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2004;116(1):3–15.
26. Chiaffarino F, Parazzini F, Chatenoud L, Ricci E, Sandretti F, Cipriani S et al. Alcohol drinking and risk of small for gestational age birth. *Eur J Clin Nutr*. 2006;60(9):1062–6.
27. Miyake Y, Tanaka K, Okubo H, Sasaki S, Arakawa M. Alcohol consumption during pregnancy and birth outcomes: the Kyushu Okinawa Maternal and Child Health Study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14(1):79.
28. Feodor Nilsson S, Andersen PK, Strandberg-Larsen K, Nybo Andersen A-M. Risk factors for miscarriage from a prevention perspective: a nationwide follow-up study. *BJOG*. 2014;121(11):1375–85.
29. Clarke ME, Gibbard WB. Overview of fetal alcohol spectrum disorders for mental health professionals. *Can Child Adolesc Psychiatr Rev*. 2003;12(3):57–63.
30. Alcohol and pregnancy – Preventing and managing fetal alcohol spectrum disorders. London: British Medical Association; 2015.
31. O’Leary C. Fetal alcohol syndrome: a literature review. National alcohol strategy 2001 to 2003-04. Occasional paper 2002. Canberra: Commonwealth Dept. of Health and Ageing; 2002 (<http://www.flourishpaediatrics.com.au/docs/fnational-drug-strategy-fetal-alcohol-syndrome-a-literature-review-etalsyn.pdf>, accessed 9 July 2016).
32. May P, Gossage JP. Maternal risk factors for fetal alcohol spectrum disorders: not as simple as it might seem. *Alcohol Res Heal*. 2011;34(1).
33. Henderson J, Gray R, Brocklehurst P. Systematic review of effects of low-moderate prenatal alcohol exposure on pregnancy outcome. *BJOG*. 2007;114(3):243–52.
34. O’Leary CM. Fetal alcohol syndrome: diagnosis, epidemiology, and developmental outcomes. *J Paediatr Child Health*. 2004;40(1–2):2–7.
35. May PA, Fiorentino D, Phillip Gossage J, Kalberg WO, Eugene Hoyme H, Robinson LK et al. Epidemiology of FASD in a province in Italy: prevalence and characteristics of children in a random sample of schools. *Alcohol Clin Exp Res*. 2006;30(9):1562–75.
36. Roozen S, Peters G-JY, Kok G, Townend D, Nijhuis J, Curfs L. Worldwide prevalence of fetal alcohol spectrum disorders: a systematic literature review including meta-analysis. *Alcohol Clin Exp Res*. 2016;40(1):18–32.
37. Ospinna M, Dennett L. Systematic review on the prevalence of fetal alcohol spectrum disorders. Edmonton AB: Institute of Health Economics; 2013 (http://fasd.alberta.ca/documents/Systematic_Prevalence_Report_FASD.pdf, accessed 9 July 2016).
38. Riley EP, Infante MA, Warren KR. Fetal alcohol spectrum disorders: an overview. *Neuropsychol Rev*. 2011;21(2):73–80.
39. Petković G, Barišić I. Prevalence of fetal alcohol syndrome and maternal characteristics in a sample of schoolchildren from a rural province of Croatia. *Int J Environ Res Public Health*. 2013;10(4):1547–61.
40. Morleo M, Woolfall K, Dedman D, Mukherjee R, Bellis MA, Cook PA. Under-reporting of foetal alcohol spectrum disorders: an analysis of hospital episode statistics. *BMC Pediatr*. 2011;11(1):1–6.
41. Stade B, Ali A, Bennett D, Campbell D, Johnston M, Lens C et al. The burden of prenatal exposure to alcohol: revised measurement of cost. *Can J Clin Pharmacol*. 2009;16(1):e91–102.
42. EU citizens’ attitudes towards alcohol. Brussels: TNS Opinion & Social; 2010 (Special Eurobarometer 331; http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/ebs_331_en.pdf, accessed 10 August 2016, accessed 9 July 2016).
43. Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf, по состоянию на 6 декабря 2016 г.).
44. Минская декларация. Охват всех этапов жизни в контексте положений политики Здоровье-2020. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/289966/The-Minsk-Declaration-RU-rev1.pdf?ua=1, по состоянию на 6 декабря 2016 г.).
45. План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с инфекционными заболеваниями, 2012–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/174654/e96638-Rus.pdf?ua=1, по состоянию на 6 декабря 2016 г.).
46. Инвестируя в будущее детей: Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 г (EUR/RC64/12; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/253776/64wd12_Rus_InvestCAHstrategy_140440.pdf?ua=1, по состоянию на 2 декабря 2016 г.).

47. Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking) (2014–2016). Brussels: European Commission, Directorate for Health and Food Safety; 2014 (http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/2014_2016_actionplan_youthdrinking_en.pdf, accessed 9 July 2016).
48. Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. An EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm. Brussels: Commission of the European Communities, 2006 (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_com_625_en.pdf, accessed 9 July 2016).
49. Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/187154/e96726R.pdf?ua=1, по состоянию на 2 декабря 2016 г.).
50. Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2010 г. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85544/1/9789241599931_rus.pdf?ua=1, по состоянию на 4 декабря 2016 г.).
51. Global Health Observatory Data Repository (European Region) [online database]. Harm from alcohol by country. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/gho/data/node.main-euro.A1360?lang=en&showonly=GISAH>, accessed 16 July 2016).
52. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy [Руководство по выявлению и ведению случаев употребления психоактивных веществ и нарушений, вызванных употреблением психоактивных веществ во время беременности, на англ. языке]. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107130/1/9789241548731_eng.pdf?ua=1, accessed 9 July 2016).
53. Babor TF, De La Fuente JR, Saunders J, Grant M. AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary care, 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2001 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/167205/1/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf, accessed 16 July 2016).
54. Russell M. New assessment tools for drinking in pregnancy: T-ACE, TWEAK, and others. *Alcohol Health Res World*. 1994;18(1):55–61.
55. Sokol RJ, Martier SS, Ager JW. The T-ACE questions: practical prenatal detection of risk-drinking. *Am J Obstet Gynecol*. 1989;160(4):863–8; discussion 868–70.
56. Chang G. Alcohol-screening instruments for pregnant women. *Alcohol Res Heal*. 2001; 25(3):204–9.
57. Floyd RL, Weber MK, Denny C, O'Connor MJ. Prevention of fetal alcohol spectrum disorders. *Dev Disabil Res Rev*. 2009;15(3):193–9.
58. Burns E, Gray R, Smith LA. Brief screening questionnaires to identify problem drinking during pregnancy: a systematic review. *Addiction*. 2010;105(4):601–14.
59. Barry KL, Caetano R, Chang G, DeJoseph MC, Miller LA, O'Connor MJ et al. Reducing alcohol-exposed pregnancies: A report of the National Task Force on Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Effect. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2009 (<http://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/documents/RedAlcoholPreg.pdf>, accessed 9 July 2016).
60. Kaner EFS, Dickinson HO, Beyer F, Pienaar E, Schlesinger C, Campbell F et al. The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: A systematic review. *Drug Alcohol Rev*. 2009;28(3):301–23.
61. Gebara CF de P, Bhone FM de C, Ronzani TM, Lourenço LM, Noto AR. Brief intervention and decrease of alcohol consumption among women: a systematic review. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2013;8:31.
62. Stade BC, Bailey C, Dzendoletas D, Sgro M, Dowswell T, Bennett D. Psychological and/or educational interventions for reducing alcohol consumption in pregnant women and women planning pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(2):CD004228.
63. Gilinsky A, Swanson V, Power K. Interventions delivered during antenatal care to reduce alcohol consumption during pregnancy: A systematic review. *Addict Res Theory*. 2011;19(3).
64. Ihlen BM, Amundsen A, Trønnes L. Reduced alcohol use in pregnancy and changed attitudes in the population. *Addiction*. 1993;88(3):389–94.
65. Crawford-Williams F, Fielder A, Mikocka-Walus A, Esterman A. A critical review of public health interventions aimed at reducing alcohol consumption and/or increasing knowledge among pregnant women. *Drug Alcohol Rev*. 2015;34(2):154–61.
66. Rossi B V, Chang G, Berry KF, Hornstein MD, Missmer SA. In vitro fertilization outcomes and alcohol consumption in at-risk drinkers: the effects of a randomized intervention. *Am J Addict*. 2013;22(5):481–5.
67. Rendall-Mkosi K, Morojele N, London L, Moodley S, Singh C, Girdler-Brown B. A randomized controlled trial of motivational interviewing to prevent risk for an alcohol-exposed pregnancy in the Western Cape, South Africa. *Addiction*. 2013;108(4):725–32.

68. Tenkku LE, Mengel MB, Nicholson RA, Hile MG, Morris DS, Salas J. A web-based intervention to reduce alcohol-exposed pregnancies in the community. *Health Educ Behav.* 2011;38(6):563–73.
69. Ceperich SD, Ingersoll KS. Motivational interviewing + feedback intervention to reduce alcohol-exposed pregnancy risk among college binge drinkers: determinants and patterns of response. *J Behav Med.* 2011;34(5):381–95.
70. Delrahim-Howlett K, Chambers CD, Clapp JD, Xu R, Duke K, Moyer RJ et al. Web-based assessment and brief intervention for alcohol use in women of child-bearing potential: a report of the primary findings. *Alcohol Clin Exp Res.* 2011;35(7):1331–8.
71. Farrell-Carnahan L, Hetteema J, Jackson J, Kamalanathan S, Ritterband LM, Ingersoll KS. Feasibility and promise of a remote-delivered preconception motivational interviewing intervention to reduce risk for alcohol-exposed pregnancy. *Telemed J e-Health.* 2013;19(8):597–604.
72. Floyd RL, Sobell M, Velasquez MM, Ingersoll K, Nettleman M, Sobell L et al. Preventing alcohol-exposed pregnancies: a randomized controlled trial. *Am J Prev Med.* 2007;32(1):1–10.
73. Hanson JD, Miller AL, Winberg A, Elliott AJ. Prevention of alcohol-exposed pregnancies among nonpregnant American Indian women. *Am J Health Promot.* 2013;27(Suppl. 3):S66–73.
74. Ingersoll KS, Ceperich SD, Nettleman MD, Karanda K, Brocksen S, Johnson BA. Reducing alcohol-exposed pregnancy risk in college women: initial outcomes of a clinical trial of a motivational intervention. *J Subst Abuse Treat.* 2005;29(3):173–80.
75. Ingersoll KS, Ceperich SD, Hetteema JE, Farrell-Carnahan L, Penberthy JK. Preconceptional motivational interviewing interventions to reduce alcohol-exposed pregnancy risk. *J Subst Abuse Treat.* 2013;44(4):407–16.
76. Montag AC, Brodine SK, Alcaraz JE, Clapp JD, Allison MA, Calac DJ et al. Preventing alcohol-exposed pregnancy among an American Indian/Alaska Native population: effect of a screening, brief intervention, and referral to treatment intervention. *Alcohol Clin Exp Res.* 2015;39(1):126–35.
77. Wilton G, Moberg DP, Van Stelle KR, Dold LL, Obmascher K, Goodrich J. A randomized trial comparing telephone versus in-person brief intervention to reduce the risk of an alcohol-exposed pregnancy. *J Subst Abuse Treat.* 2013;45(5):389–94.
78. Hanson JD, Winberg A, Elliott A. Development of a media campaign on fetal alcohol spectrum disorders for Northern Plains American Indian communities. *Health Promot Pract.* 2012;13(6):842–7.
79. Chersich MF, Urban M, Olivier L, Davies L-A, Chetty C, Viljoen D. Universal prevention is associated with lower prevalence of fetal alcohol spectrum disorders in Northern Cape, South Africa: a multicentre before-after study. *Alcohol Alcohol.* 2012;47(1):67–74.
80. Bortes C, Geidne S, Eriksson C. Preventing Alcohol Consumption during Pregnancy: A Randomized Controlled Trial. *Health.* 2015;7(3):289–99.
81. Chang G, McNamara TK, Orav EJ, Koby D, Lavigne A, Ludman B et al. Brief intervention for prenatal alcohol use: a randomized trial. *Obstet Gynecol.* 2005;105 (5 Pt 1):991–8.
82. Chang G, McNamara TK, Orav EJ, Wilkins-Haug L. Brief intervention for prenatal alcohol use: the role of drinking goal selection. *J Subst Abuse Treat.* 2006;31(4):419–24.
83. Evans WD, Wallace JL, Snider J. Pilot evaluation of the text4baby mobile health program. *BMC Public Health.* 2012;12(1):1031.
84. Högberg H, Spak F, Larsson M. Dialogue between Midwives and Parents-to-Be about Alcohol, from a Life Cycle Perspective – An Intervention Study. *Creat Educ.* 2015;6(5):489–500.
85. Marais S, Jordaan E, Viljoen D, Olivier L, Waal J de, Poole C. The effect of brief interventions on the drinking behaviour of pregnant women in a high-risk rural South African community: a cluster randomised trial. *Early Child Dev Care.* 2010;181(4).
86. O'Connor MJ, Whaley SE. Brief intervention for alcohol use by pregnant women. *Am J Public Health.* 2007;97(2):252–8.
87. Osterman RL, Carle AC, Ammerman RT, Gates D. Single-session motivational intervention to decrease alcohol use during pregnancy. *J Subst Abuse Treat.* 2014;47(1):10–9.
88. Osterman RL, Dyehouse J. Effects of a motivational interviewing intervention to decrease prenatal alcohol use. *West J Nurs Res.* 2012;34(4):434–54.
89. Sheehan J, Gill A, Kelly BD. The effectiveness of a brief intervention to reduce alcohol consumption in pregnancy: a controlled trial. *Ir J Psychol Med.* 2014;31(03):175–89.
90. Tzilos GK, Sokol RJ, Ondersma SJ. A randomized phase I trial of a brief computer-delivered intervention for alcohol use during pregnancy. *J Womens Health.* 2011;20(10):1517–24.
91. van der Wulp NY, Hoving C, Eijmael K, Candel MJ, van Dalen W, De Vries H. Reducing alcohol use during pregnancy via health counseling by midwives and internet-based computer-tailored feedback: A Cluster Randomized Trial. *J Med Internet Res.* 2014;16(12):e274.

92. Nilsen P, Holmqvist M, Bendtsen P, Hultgren E, Cedergren M. Is questionnaire-based alcohol counseling more effective for pregnant women than standard maternity care? *J Womens Health*. 2010;19(1):161–7.
93. Lowe JB, Baxter L, Hirokawa R, Pearce E, Peterson JJ. Description of a media campaign about alcohol use during pregnancy. *J Stud Alcohol Drugs*. 2010;71(5):739–41.
94. France KE, Donovan RJ, Bower C, Elliott EJ, Payne JM, D'Antoine H et al. Messages that increase women's intentions to abstain from alcohol during pregnancy: results from quantitative testing of advertising concepts. *BMC Public Health*. 2014;14(1):30.
95. Hastings G. "They'll drink bucket loads of the stuff": An analysis of internal alcohol industry advertising documents. London: The Alcohol and Education Research Council; 2009 (http://oro.open.ac.uk/22913/1/AERC_FinalReport_0060.pdf, accessed 9 July 2016).
96. Martineau F, Tyner E, Lorenc T, Petticrew M, Lock K. Population-level interventions to reduce alcohol-related harm: an overview of systematic reviews. *Prev Med*. 2013;57(4):278–96.
97. Status report on alcohol and health in 35 European countries ["Алкоголь и здоровье: доклад о положении дел в 35 европейских странах, 2013 г.", на англ. языке]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0017/190430/Status-Report-on-Alcohol-and-Health-in-35-European-Countries.pdf, accessed 9 July 2016).



[Приложения]

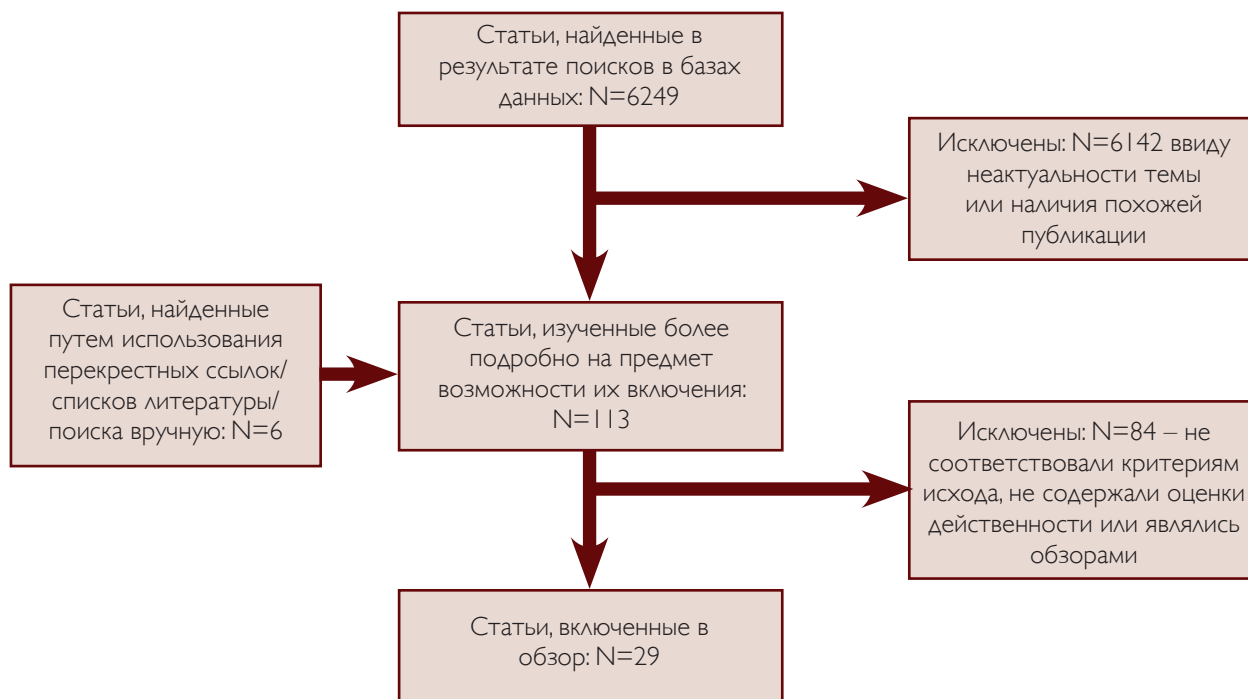
Приложение I.

Поисковые термины

- Pregnant [Беременная, беременные]
- Prenatal [Дородовый, пренатальный]
- Antenatal [Дородовый, антенатальный]
- Maternal [Материнский]
- Alcohol/alcohol consumption/alcohol drinking/ alcohol dependence [Алкоголь/потребление алкоголя/употребление алкоголя/алкогольная зависимость]
- Risky drinking [Рискованное употребление алкоголя]
- Heavy drinking [Употребление алкоголя в больших количествах]
- Intervention [Вмешательство]
- Brief intervention/alcohol brief intervention [Кратковременное вмешательство/ кратковременное вмешательство по поводу употребления алкоголя]
- Public health [Общественное здравоохранение]
- Health promotion [Укрепление здоровья]
- Health education [Санитарное просвещение]

Приложение 2.

Схема последовательности проведения обзора



Приложение 3.

Краткое описание исследований, включенных в обзор

Таблица 3.1. Резюме включенных в обзор исследований, посвященных предупреждению беременности, сопровождаемой алкоголем (БСА)

Библиографическая ссылка	Контингент исследования	Дизайн исследования	Вид вмешательства	Основные меры оценки исходов	Основные результаты
Seperich & Ingersoll (2011) (1)	228 небеременных женщин в возрасте 18-24 лет в университете Mid-Atlantic, США.	Рандомизированное контролируемое испытание.	Вмешательство BALANCE; разовые очные сеансы (60-75 минут) мотивационного интервьюирования с индивидуальным комментарием о рискованном употреблении алкоголя и риске беременности. Контрольный прием через 1 и 4 месяцев. Группа контроля получала только информацию.	Риск БСА: в течение последних 90 дней рискованное употребление алкоголя (4 дозы или более за один эпизод как минимум один раз или 7 доз или более в неделю) и половая близость без реального использования контрацепции.	В исходном состоянии (до начала испытания) риску БСА были подвержены все женщины. Через 4 месяца у 20,9% женщин в группе вмешательства и у 34,6% в группе контроля по-прежнему сохранялся риск БСА ($P < 0,02$). Значимых различий в снижении рискованного употребления алкоголя или в готовности применять действенную контрацепцию не было.
Chersich et al. (2012) (2)	106 небеременных женщин (в послеродовом периоде) с новорожденными в Северной Капской провинции, Южная Африка.	Одномоментное поперечное когортное исследование.	Проводимая в течение одного года сплошная кампания по повышению информированности о ФАСН, включая рекламу в местных СМИ, распространение информации в местных общинах и предоставление информации в медицинских учреждениях.	Распространенность ФАС/ЧФАС, знание о рисках употребления алкоголя в период беременности, употребление алкоголя матерями (ретроспективная оценка в хронологическом порядке).	Значимое снижение числа случаев ФАС/ЧФАС после вмешательства (с 8,9% до 5,7%, $P = 0,002$). Употребление алкоголя в период беременности оценивалось лишь в небольшой выборке до и после вмешательства, в которой был поставлен диагноз ФАС/ЧФАС. Медианное число единиц алкоголя в неделю снизилось с 14,9 до 5,8 ($P = 0,04$). У женщин в группе случаев и контроля в выборке, проходившей оценку после вмешательства, повысился уровень знаний и восприятия информации о ФАСН. Доля женщин, получивших информацию от медсестер, увеличилась с 66,7% до 81,3% ($P = 0,04$); получили информацию из радио- и телепередач 60,7% по сравнению с 39,5% до вмешательства ($P = 0,02$), а 87,0% считали, что плакаты о вреде употребления алкоголя могут отвлечь женщин от употребления алкоголя (ранее было 65,2%) ($P = 0,01$).
Delrahim-Howlett et al. (2011) (3)	150 небеременных женщин в возрасте 18-44 лет в штате Калифорния, США.	Рандомизированное контролируемое испытание.	Адаптированная версия онлайн-опросника e-CHUG, включая вмешательство по интернету с индивидуальными комментариями, в сравнении с общей медицинской информацией. Контроль через 1 и 2 месяца. Группа контроля получала общие, не индивидуальные комментарии и информацию.	Рискованное употребление алкоголя (3 дозы или более за один эпизод в течение последних 30 дней).	При контроле через 1 месяц не было выявлено значимых различий в снижении числа случаев рискованного употребления между группой вмешательства (72%) и группой контроля (68%) ($P = 0,634$). Через 2 месяца было отмечено устойчивое снижение числа случаев рискованного употребления (77%), однако значимых различий между обеими группами не было ($P = 0,795$). В целом значимых различий в какой-либо мере употребления алкоголя между двумя группами не было.

Таблица 3.1 (продолжение)

Библиографическая ссылка	Контингент исследования	Дизайн исследования	Вид вмешательства	Основные меры оценки исходов	Основные результаты
Farrell-Carnahan et al. (2013) (4)	44 небеременные женщины в возрасте 18–44 лет в штате Вирджиния, США.	Проспективное исследование с вмешательством (экспериментальное).	Вмешательство EARLY (60 минут), один сеанс мотивационного интервью по телефону. Контроль через 3 и 6 месяцев.	Риск БСА: в течение последних 90 дней рискованное употребление алкоголя (3 дозы или более за один эпизод как минимум один раз или 7 доз или более в неделю) и половая близость без реального использования контрацепции.	В исходном состоянии риску БСА были подвержены все женщины. Через 3 месяца было отмечено значимое снижение числа женщин, подвергающихся риску БСА – до 68,5%, и это снижение через 6 месяцев сохранялось на уровне 68,8% ($P < 0,01$).
Floyd et al. (2007) (5)	830 небеременных женщин в возрасте 18–44 лет в трех штатах США.	Рандомизированное контролируемое испытание.	Вмешательство CHOICES; четыре очных сеанса мотивационного интервью (45–60 минут) плюс одна консультация по контрацепции. Контроль через 3, 6 и 9 месяцев. Группа контроля получила только информацию.	Риск БСА: в течение последних 90 дней рискованное употребление алкоголя (5 доз или более за один эпизод и 8 доз или более в неделю) и половая близость без реального использования контрацепции.	Среди женщин, принявших вмешательство, шансы снижения риска БСА через 3 месяца были равны 2,32 (95-процентный доверительный интервал (ДИ): 1,69–3,20), через 6 месяцев 2,15 (95-процентный ДИ: 1,52–3,06) и через 9 месяцев 2,11 (95-процентный ДИ: 1,47–3,03) по сравнению с группой контроля. Изменения в одной или двух формах поведения через 3 месяца, 33,8% в группе вмешательства и 36,2% в группе контроля уменьшили риск БСА только благодаря более частому использованию контрацепции, 27,6% и 34,9%, соответственно, только благодаря уменьшению рискованного употребления алкоголя, а 38,6% и 28,9%, соответственно, изменили обе формы поведения ($P < 0,05$). Через 9 месяцев 32,8% группы вмешательства и 31,1% группы контроля изменили только использование контрацепции, 19,9% и 34,1%, соответственно, только уменьшили потребляемое количество алкоголя, а 47,3% и 34,8%, соответственно, изменили обе формы поведения ($P < 0,05$).
Hanson et al. (2012) (6)	119 небеременных женщин из этнической группы американских индейцев в возрасте 18–44 лет на территории Северной равнины, США.	Одномоментное поперечное исследование.	Мультимедийная кампания по информированию о ФАСН с использованием радио, плакатов.	Знание о ФАС и субъективное сообщение об уменьшении потребления алкоголя.	Результаты показали, что в выборке женщин детородного возраста, сформированной женщинами по собственному выбору ($N=119$), 85,7% считали, что кампания в культурном отношении была приемлемой и правильной, 91,6% считали, что она повысила их уровень знаний о ФАС, а 93,3% повысили свой уровень знаний о рисках употребления алкоголя в период беременности. Большинство женщин (71,8%) в результате кампании уменьшили потребление алкоголя. Однако эти результаты основаны на субъективных восприятиях, а не на использовании какого-либо опросника для выявления употребления алкоголя, и не было представлено никаких мер оценки до и после проведения кампании.
Hanson et al. (2013) (7)	231 небеременная женщина из этнической группы американских индейцев в возрасте 18–44 лет на территории Северной равнины, США.	Продольное исследование.	Вмешательство с мотивационным интервью, адаптированная версия вмешательства CHOICES; пять сеансов мотивационного интервью по телефону и рассылка письменных материалов по почте. Контроль через 3, 6, 9 и 12 месяцев.	Риск БСА: в течение последних 90 дней любое употребление алкоголя и половая близость без реального использования контрацепции. Готовность изменить поведение.	В исходном состоянии риску БСА были подвержены 54% женщин. После вмешательства доля женщин, подверженных риску БСА, существенно снизилась по сравнению с исходным состоянием: через 3 месяца до 29%, через 6 месяцев до 27%, через 9 месяцев до 35% и через 12 месяцев до 20% ($P < 0,001$). Значимой разницы между точками контроля не было.

Таблица 3.1 (продолжение)

Библиографическая ссылка	Контингент исследования	Дизайн исследования	Вид вмешательства	Основные меры оценки исходов	Основные результаты
Ingersoll et al. (2005) (8)	228 небеременных женщин в возрасте 18–24 лет в университете Mid-Atlantic, США.	Рандомизированное контролируемое испытание.	Вмешательство BALANCE; один сеанс очного мотивационного интервью (60–75 минут) с индивидуальным комментарием о рискованном употреблении алкоголя и о риске забеременеть. Контроль через 1 месяц. Группа контроля получила только информацию.	Риск БСА: в течение последних 90 дней рискованное употребление алкоголя (5 доз или более за один эпизод или 8 доз или более в неделю) и половая близость без реального использования контрацепции.	В исходном состоянии риску подвергались все женщины, на момент контроля через 1 месяц риску все еще подвергались 26,1% женщин в группе вмешательства и 45,7% в группе контроля ($P < 0,05$).
Ingersoll et al. (2013) (9)	217 небеременных женщин в возрасте 18–44 года в штате Вирджиния, США.	Рандомизированное контролируемое испытание.	Вмешательство EARLY; один сеанс очного мотивационного интервью (60 минут) с последующим комментарием и оценкой. Контроль через 3 и 6 месяцев. Группы сравнения получили либо информационный видеofilm о риске БСА и о здоровье женщин с последующим 5-минутным собеседованием с консультантом, либо информационную брошюру о здоровье женщин, ФАЧН и контрацепции.	Риск БСА: в течение последних 90 дней рискованное употребление алкоголя (3 дозы или более за один эпизод или 7 доз или более в неделю) и половая близость без реального использования контрацепции.	В исходном состоянии риску БСА подвергались все женщины. Во всей выборке этот риск снизился на 45,9%. Значимой разницы при всех условиях вмешательства не было. Доля женщин из группы получивших вмешательство EARLY, которые по-прежнему подвергались риску на момент контроля, составляла 63,3% через 3 месяца и 44,7% через 6 месяцев. Доля женщин, получивших информационный видеofilm, которые по-прежнему подвергались риску на момент контроля, составляла 69,6% через 3 месяца и 63,8% через 6 месяцев. Доля женщин, получивших информационную брошюру, которые по-прежнему подвергались риску на момент контроля, составляла 71,6% через 3 месяца и 54,0% через 6 месяцев. Величины эффекта (d Коэна) относительно неприменения действенной контрацепции между условиями вмешательства были малы: в случае EARLY по сравнению с информационным видеofilmом $d=0,32$ (95-процентный ДИ: минус 0,05–0,69) через 3 месяца и $d=0,26$ (95-процентный ДИ: минус 0,16–0,67) через 6 месяцев. В случае EARLY по сравнению с информационной брошюрой $d=0,05$ (95-процентный ДИ: минус 0,31–0,40) через 3 месяца и $d=0,14$ (95-процентный ДИ: минус 0,25–0,53) через 6 месяцев. Величины эффекта относительно риска БСА также были малы: в случае EARLY по сравнению с информационным видеofilmом $d=0,16$ (95-процентный ДИ: минус 0,27–0,12), а в случае EARLY по сравнению с информационной листовкой $d=0,21$ (95-процентный ДИ: минус 0,20–0,62). Через 6 месяцев доля женщин, подвергавшихся риску, составляла 44,9% при вмешательстве EARLY, 63,8% при получении информационного видеofilmа и 54% при получении информационной брошюры. В случае сравнения EARLY с информационным видеofilmом $d=0,43$ (95-процентный ДИ: минус 0,03–0,88), а в случае сравнения EARLY с информационной брошюрой $d=0,20$ (95-процентный ДИ: минус 0,21–0,62).
Montag et al. (2015) (10)	247 небеременных женщин из этнических групп американских индейцев и коренных жителей Аляски в возрасте 18–45 лет в штате Калифорния, США.	Рандомизированное контролируемое испытание.	Адаптированная версия онлайн-опросника e-CHUG, вмешательство в режиме онлайн (20 минут) с индивидуальным комментарием. Контроль через 1, 3 и 6 месяцев.	Подверженность риску БСА: в последние 2 недели рискованное употребление алкоголя (3 дозы или более за один эпизод или 8 доз или более в неделю) и половая близость без реального использования контрацепции.	В исходном состоянии в группе вмешательства высокому риску БСА подвергались 36,4%, через 1 месяц 18,8%, через 3 месяца 16,7%, через 6 месяцев 18,9%. В группе контроля в исходном состоянии риску подвергались 33,6%, через 1 месяц 21,9%, через 3 месяца 21,7%, через 6 месяцев 22,1%. Эти различия, наблюдавшиеся между группами вмешательства и контроля, были значимыми на протяжении всего времени и в каждой группе ($P = 0,000$), хотя значимого влияния фактора времени на различия между условиями испытания во всех точках оценки не было ($P = 0,716$). Также с течением времени были отмечены значимые снижения числа доз алкоголя в неделю и эпизодов употребления в больших количествах, но не было значимых различий между условиями испытания.

Таблица 3.1 (продолжение)

Библиографическая ссылка	Контингент исследования	Дизайн исследования	Вид вмешательства	Основные меры оценки исходов	Основные результаты
Rendall-Mkosi et al. (2013) (11)	165 небеременных женщин в возрасте 18–44 лет в Западно-Капской провинции, Южная Африка.	Рандомизированное контролируемое испытание	Вмешательство на основе исследования CHOICES с пятью сеансами очного мотивационного интервью по вопросам употребления алкоголя и использования контрацепции, но акценты при проведении мотивационных интервью расставлялись в зависимости от индивидуальной потребности. Контроль через 3 и 12 месяцев. Группа контроля получила информационную листовку о здоровье женщины и ФАС.	Риск БСА: в течение последних 90 дней рискованное употребление алкоголя (5 доз или более за один эпизод или 7 доз или более в неделю) и половая близость без реального использования контрацепции.	В исходном состоянии риску БСА подвергались все женщины. Через 3 месяца после вмешательства все еще подвергались риску БСА 50,0% в группе вмешательства и 71,9% в группе контроля ($P = 0,004$). Через 12 месяцев все еще подвергались риску 49,2% в группе вмешательства и 75,4% в группе контроля ($P = 0,009$). Шансы не подвергнуться риску БСА в группе вмешательства с мотивационными интервью по сравнению с группой контроля через 12 месяцев (при анализе по принципу включения "всех, кому было назначено лечение" – ИТТ) составляли 2,19 (95-процентный ДИ: 1,18–5,94). Значимых снижений в рискованном потреблении алкоголя через 3 или 12 месяцев в обеих группах не было, однако в группе вмешательства число баллов, набираемых в тесте AUDIT через 12 месяцев, снизилось на 1 балл, в то время как в группе контроля снижение было равно нулю ($P = 0,012$). Отмечено значимое снижение числа женщин, не использующих действенной контрацепции: через 3 месяца в группе вмешательства с мотивационным интервью на 35,7%, в группе контроля на 11,48% ($P = 0,002$); через 12 месяцев в группе вмешательства с мотивационным интервью на 42,62%, в группе контроля на 25% ($P = 0,037$).
Tenkku et al. (2011) (12)	458 небеременных женщин в возрасте 18–44 лет в штате Миссури, США.	Исследование до/после вмешательства	Расылка адаптированных мотивационных сообщений либо по почте, либо по интернету (участницы выбирали вид вмешательства по своему усмотрению). Контроль через 4 месяца.	Риск БСА: любое употребление алкоголя в течение последних 30 дней и половая близость без реального использования контрацепции в течение последних 4 месяцев.	В исходном состоянии риску БСА были подвержены все женщины. К моменту контроля через 4 месяца все еще подвергались риску 33,9% женщин, получивших вмешательство по почте, и 43,8% женщин, получивших вмешательство по интернету. Эти различия не были статистически значимыми ($P = 0,16$). Не было значимых различий в числе женщин, которые прекратили пить на момент контроля после осуществления вмешательства, и не было значимых различий в доле женщин, использовавших действенную контрацепцию.
Wilton et al. (2013) (13)	131 небеременная женщина в возрасте 18–44 лет в штате Висконсин, США.	Рандомизированное испытание.	Вмешательство Healthy Choices ("Выбор здоровых вариантов") (адаптированная версия исследования "Здоровая мама" (Healthy Mom) и Choices), короткие сеансы консультирования (на базе мотивационного интервью и когнитивно-поведенческой терапии), два сеанса либо по телефону, либо в очном режиме, по вопросам употребления алкоголя и использования контрацепции. Контроль через 6 месяцев.	Риск БСА: в течение последних 90 дней рискованное употребление алкоголя (3 дозы или более в любой день или 7 доз или более в неделю) и половая близость без реального использования контрацепции.	В исходном состоянии риску БСА были подвержены все женщины. Через 6 месяцев доля женщин, подвергавшихся риску, составляла 52% ($P < 0,05$, анализ ИТТ). Значимой разницы в риске БСА между группами, с которыми проводилось вмешательство в очном режиме (48%) или по телефону (56%) на момент контроля не было. Через 6 месяцев риск беременности снизился со 100% до 56% ($P < 0,05$, анализ ИТТ), но значимой разницы между группами (51% и 62%, соответственно, $P = 0,344$) не было. Рискованное употребление алкоголя значимо уменьшилось со 100% до 89% ($P < 0,05$, анализ ИТТ), но значимой разницы между группами (88% и 90%, соответственно) не было.

Таблица 3.2. Резюме включенных в обзор исследований, посвященных сокращению употребления алкоголя в период беременности

Библиографическая ссылка	Контингент исследования	Дизайн исследования	Вид вмешательства	Основные меры оценки исходов	Основные результаты
Bortes et al. (2015) (14)	564 беременных женщины (первое посещение, срок беременности не указывался), получивших родовую помощь в Стокгольме, Швеция.	Рандомизированное контролируемое испытание.	Информационно-просветительская листовка об алкоголе и беременности, выдаваемая до первого посещения в рамках рододовой помощи. Группа контроля получила листовку при первом посещении и получила стандартную родовую помощь.	Полное воздержание от алкоголя.	Большинство женщин в группе вмешательства и в группе контроля воздерживались от употребления алкоголя на момент первого посещения в рамках рододовой помощи, хотя среди женщин в группе вмешательства воздержание от алкоголя отмечалось чаще (92% и 82%, соответственно, $P = 0,005$). Вероятность воздержания от алкоголя у женщин в группе вмешательства была более чем в два раза выше, чем у женщин в группе контроля (ОШ = 2,6; 95-процентный ДИ: 1,3–5,1, $P = 0,005$).
Chang et al. (2005) (15)	304 беременных женщины (медианный срок беременности 11–12 недель), Т-АСЕ-положительные, штат Массачусетс, США.	Рандомизированное испытание.	Однократное очное кратковременное вмешательство (25 минут), проведенное самостоятельно практикующей медсестрой или исследователем. Контроль после родов. В группе контроля проводилась только оценка.	Употребление алкоголя (число доз алкоголя в день употребления и процент дней употребления алкоголя).	Во всей выборке женщины в среднем употребляли алкоголь в 20% дней до наступления беременности, но в период с момента установления беременности до включения в исследование доля дней употребления алкоголя сократилась до 5%. Как в группе вмешательства, так и в группе контроля, доля дней употребления алкоголя уменьшилась примерно на 2%, а число СДА в день употребления алкоголя уменьшилось в 0,39 раз в группе вмешательства и в 0,40 раз в группе контроля (статистически не значимо). Кратковременное вмешательство было более действенно как среди женщин, употреблявших больше алкоголя в момент включения в исследование, так и среди женщин, которые были определены как сильно пьющие и чьи партнеры принимали участие в исследовании (уменьшилась доля дней употребления алкоголя и объединенная мера частоты и количества, $P < 0,05$).
Chang et al. (2006) (16)	115 беременных женщин (медианный срок беременности 11 недель), Т-АСЕ-положительные, штат Массачусетс, США (N=115).	Подвыборка рандомизированного испытания.	Однократное очное кратковременное вмешательство (25 минут), проведенное самостоятельно практикующей медсестрой с женщинами и их партнерами. Женщины ставили для себя цель в отношении употребления алкоголя на время беременности (полное воздержание или сокращение потребления). Контроль после родов (с использованием ретроспективной оценки в хронологическом порядке).	Полное воздержание от алкоголя.	Среди женщин, которые пили на момент включения в исследование и поставили для себя цель полного воздержания, 50% воздерживались от употребления алкоголя на момент контроля, тогда как среди женщин, которые поставили для себя цель сократить потребление, процент воздерживающихся был равен нулю. Среди женщин, которые воздерживались от алкоголя на момент включения в исследование, 75% сохраняли это воздержание на момент контроля ($P < 0,001$). Женщины, которые не воздерживались от алкоголя, но поставили цель сократить потребление, сообщили в среднем о 1,28 случаях, когда они испытывали соблазн выпить ("ситуации риска"), по сравнению с 1,0 случаем среди женщин, которые не воздерживались от алкоголя, но поставили для себя цель воздерживаться, и 0,70 случая среди тех, кто воздерживался ($P < 0,001$). Женщины, не воздерживавшиеся от употребления алкоголя, чаще воспринимали торжественные события как ситуации риска. Женщины, не воздерживавшиеся от употребления алкоголя и поставившие перед собой цель сократить потребление, чаще отмечали тягу к алкоголю как ситуацию риска (12%), чем женщины, поставившие цель полного воздержания (6,67%), и женщины, которые воздерживались от алкоголя на момент включения в исследование (1,67%, $P = 0,046$).

Таблица 3.2 (продолжение)

Библиографическая ссылка	Контингент исследования	Дизайн исследования	Вид вмешательства	Основные меры оценки исходов	Основные результаты
Evans et al. (2012) (17)	123 беременных женщины (срок беременности не указывался) из категории населения с низким уровнем доходов в штате Вирджиния, США.	Рандомизированное контролируемое испытание.	Текстовые сообщения с информацией и советами о дородовом и послеродовом уходе и помощи, специально составленные для женщин низкого социально-экономического статуса, контроль через 2-3 месяца. Группа контроля прошла оценку и получила обычную помощь.	Любое употребление алкоголя с момента подтверждения беременности и психосоциальные установки относительно вреда, причиняемого ребенку алкоголем.	Во всей выборке или в группах вмешательства и контроля не было значимого снижения в установке на то, что алкоголь может причинить вред ребенку. Никаких значимых сокращений в любом употреблении алкоголя на момент контроля по сравнению с исходной ситуацией. В целом у женщин с образованием как минимум на уровне средней школы была выше вероятность согласиться с утверждением о том, что алкоголь может причинить вред ребенку (ОШ=3,57, 95-процентный ДИ: 1,13–11,24, P = 0,29).
France et al. (2014) (18)	354 беременных и небеременных женщины в возрасте 18–45 лет в г. Перт, Австралия.	Рандомизированное контролируемое испытание.	Три разных подхода, проявленных в формате раскладки (самоэффективность, апелляция к страху (угрозе), комбинация самоэффективности и апелляции к страху), включающих сценарии, касающиеся алкоголя и беременности. Условие в группе контроля включало сценарий, касающийся воздержания от алкоголя как позитивной формы поведения, без какого-либо упоминания беременности.	Намерение воздерживаться от употребления алкоголя или намерение сократить потребление алкоголя во время нынешней или будущей беременности, уверенность в способности воздерживаться от алкоголя или сократить его потребление во время нынешней или будущей беременности.	Сообщение, ориентированное только на самоэффективность, ассоциировалось с более серьезным намерением воздерживаться от алкоголя по сравнению с условием в группе контроля (25,5% против 19,0%, P < 0,005). При апелляции к страху доля женщин, намеревающихся воздерживаться от алкоголя, была значимо больше, чем при условиях вмешательства с ориентацией на самоэффективность и в группе контроля (48,2% против 29,5% и 19,0%, соответственно, P < 0,005). То же самое отмечалось при комбинированном подходе (48,1% против 29,5% и 19,0%, соответственно, P < 0,05). Женщины в группе вмешательства в виде апелляции к страху были более уверены в своей способности воздерживаться от алкоголя, чем в группе вмешательства с ориентацией на самоэффективность и в группе контроля (42,2% против 27,3% и 29,5%, соответственно); то же самое касается и женщин в группе с комбинированным условием вмешательства (44,4% против 27,3% и 29,5%, соответственно). Женщины в группах с апелляцией к страху и с комбинированным условием вмешательства также значимо чаще намеревались сократить потребление алкоголя по сравнению с группой вмешательства с ориентацией только на самоэффективность и с группой контроля. Условие вмешательства с апелляцией к страху и комбинированное условие также оказывали значимое воздействие на уверенность женщин в способности к воздержанию от алкоголя по сравнению с условием вмешательства с ориентацией на самоэффективность и с группой контроля.
Högberg et al. (2015) (19)	526 беременных женщин (на момент регистрации примерно на 6-7-й неделе беременности), получающих дородовую помощь, в трех округах в Швеции.	Квази-экспериментальное исследование.	Диалог лицом к лицу (продолжительность не указывается) об алкоголе с позиции жизненного цикла (включая наличие алкоголизма в семейном анамнезе) как с женщиной, так и с ее партнером и вручение брошюры об алкоголе и беременности. Контроль на 33-й неделе беременности. Группа контроля получала стандартную помощь.	Употребление алкоголя (тест AUDIT-C).	На момент контроля не было никакой значимой разницы в количестве баллов, набранных в тесте AUDIT, между группой вмешательства и группой контроля, и между группами не было разницы в доле женщин, которые продолжали пить. Женщины в группе вмешательства чаще сообщали о том, что их партнер всегда предлагал им безалкогольные варианты питья, чем женщины в группе контроля (77,1% и 63,4%, соответственно, P = 0,002)*; вероятность сообщения об этом была в два раза выше у женщин в группе вмешательства (ОШ=2,13, 95-процентный ДИ: 1,29–3,51). Женщины в группе вмешательства чаще сообщали о дородовой помощи как о самом важном источнике информации (68%) по сравнению с женщинами в группе контроля (52,2%) (P = 0,001). *Соответствующие доли в статье указаны не были, а получены из переписки с автором.

Таблица 3.2 (продолжение)

Библиографическая ссылка	Контингент исследования	Дизайн исследования	Вид вмешательства	Основные меры оценки исходов	Основные результаты
Lowe et al. (2010) (20)	Беременные женщины, обращающиеся в клинические центры охраны здоровья матери и ребенка, в штате Айова, США (N=700).	Кластерное рандомизированное контролируемое испытание.	Мультимедийная кампания по вопросам употребления алкоголя в период беременности и ФАС; обычная помощь и рекомендация воздерживаться от употребления алкоголя, предоставление 10-минутного компакт-диска и брошюры. Группа контроля в процессе предоставления обычной помощи получила рекомендацию воздерживаться от употребления алкоголя и возможность посмотреть 10-минутный компакт-диск.	Воспроизведение кампании в памяти, обсуждение ее содержания с другими людьми и изменения в уровне знаний.	По сравнению с группой контроля женщины в группе вмешательства чаще вспоминали, какую информацию они получили в предоставленных им материалах (64,1% против 48,5%, $P < 0,001$). Половина группы вмешательства смотрела компакт-диск, 62,2% передали информацию другим женщинам. Женщины в группе вмешательства также чаще, чем женщины в группе контроля, беседовали по крайней мере с одной из своих подруг об алкоголе и беременности (58,3% против 49,4%, $P = 0,05$). Женщины в группе вмешательства повысили после вмешательства свой уровень знаний по четырем вопросам, касающимся рисков употребления алкоголя в период беременности, на 4,2% против 0,9% в группе контроля ($P < 0,05$).
Marais et al. (2011) (21)	194 беременные женщины (в среднем на 14-й неделе) в Западно-Капской провинции, Южная Африка.	Кластерное рандомизированное испытание.	Четыре сеанса очного кратковременного вмешательства с контролем через полтора, 3 и 4,5 месяцев в группе вмешательства и через 4,5 месяцев после вмешательства в группе контроля. С группой контроля были проведены оценка исходного состояния и последующий контроль, и при оценке исходного состояния была предоставлена письменная информация об алкоголе.	Употребление алкоголя (AUDIT).	На момент оценки после вмешательства 72% женщин в группе вмешательства и 41% женщин в группе контроля уменьшили число баллов по результатам теста AUDIT. После вмешательства у женщин в группе вмешательства среднее число баллов по результатам теста AUDIT было на 1,97 ниже, чем в группе контроля ($P = 0,002$).
Nilsen et al. (2010) (22)	1848 беременных женщин (10–12-я неделя) в г. Линчёпинг, Швеция.	Одномоментное поперечное когортное исследование.	Консультирование на основе опросника с использованием теста AUDIT-C для инициирования обсуждения, построенное на концепции мотивационного интервью (включено в первое посещение акушерки продолжительностью около 60–90 минут); сравнение с предоставлением обычной дородовой помощи до вмешательства.	Женщинами признано употребление алкоголя после беременности (частота, количество и эпизодическое употребление алкоголя в больших количествах).	Распространенность употребления алкоголя в период беременности составляла 6,8% среди женщин, получавших обычную помощь, и 6,9% в группе консультирования ($P = 0,927$). Из сообщений женщин не было выявлено значимой разницы в частоте употребления алкоголя в период беременности, в количестве алкоголя, потребляемого в типичном эпизоде, или в эпизодическом употреблении алкоголя в больших количествах. В группе консультирования больше женщин воспринимали советы службы родовспоможения как полное воздержание от алкоголя (91,6% против 84,5%, $P < 0,001$) и считали, что этот совет легок для понимания и логичен (76,9% против 66,5%, $P < 0,001$) и что они получили достаточную консультацию (70,5% против 58,8%, $P < 0,001$).
O'Connor and Whaley (2007) (23)	225 беременных женщин (средний срок 18 недель), в настоящее время пьющих, в штате Калифорния, США (N=255).	Кластерное рандомизированное контролируемое испытание.	Однократное очное кратковременное вмешательство (10–15 минут) (как продолжение просвещения по вопросам питания), осуществляемое нутрициологом. Контроль в третьем триместре. В группе контроля была проведена только оценка.	Воздержание от употребления алкоголя и максимальное число доз в каждом эпизоде употребления алкоголя.	Среди женщин, получивших кратковременное вмешательство, была выше вероятность воздержания от алкоголя в третьем триместре, чем среди женщин, прошедших только оценку (ОШ=5,39; 95-процентный ДИ: 1,59–18,25, $P < 0,05$). Было отмечено положительное влияние на исходы родов (например, длину тела при рождении) у женщин в группе вмешательства, которые до включения в исследование выпивали более двух доз алкоголя за один эпизод.

Таблица 3.2 (продолжение)

Библиографическая ссылка	Контингент исследования	Дизайн исследования	Вид вмешательства	Основные меры оценки исходов	Основные результаты
Osterman & Dyehouse (2012) (24)	67 беременных женщин (средний срок 20,7 недель) на Среднем Западе США.	Рандомизированное контролируемое испытание.	Однократное очное мотивационное интервью (30 минут), проводимое психиатрической медсестрой из службы охраны психического здоровья. Контроль через 4–6 недель после вмешательства. В группе контроля была проведена только оценка.	Число дней употребления алкоголя в неделю, число доз алкоголя в день и оценка основных психологических потребностей.	Между группами вмешательства и контроля не было выявлено значимой разницы на момент контроля в числе доз алкоголя в неделю или доз алкоголя в день по сравнению с исходным состоянием. Вопреки гипотезе, в группе контроля было отмечено значимо большее снижение в числе дней употребления алкоголя в неделю (среднее снижение минус 1,38, стандартное отклонение 1,25), чем в группе вмешательства (среднее минус 0,875, стандартное отклонение 0,919) ($P < 0,05$). В группе контроля также было отмечено большее увеличение основных психологических потребностей в модели "число доз алкоголя в неделю" (в группе вмешательства: среднее = 0,123, стандартное отклонение 0,456; в группе контроля: среднее=0,352, стандартное отклонение 0,495, $P = 0,04$).
Osterman et al. (2014) (25)	122 беременные женщины (средний срок 24,3 недели) на Среднем Западе США.	Экспериментальное исследование двух групп: до теста и после теста.	Однократное очное мотивационное интервью (30 минут), проводимое исследователем. Контроль через 30 дней после оценки исходного состояния и через 30 дней после родов. В группе контроля была предоставлена стандартная помощь.	Число дней употребления алкоголя в неделю, число доз алкоголя в день, число баллов по результатам теста AUDIT и оценка основных психологических потребностей.	Между группами вмешательства и контроля не было выявлено статистически значимой разницы в числе доз алкоголя в день или в неделю. В обеих группах на момент контроля в обеих контрольных точках выявлено значимое снижение числа баллов по результатам теста AUDIT (по сравнению с исходной ситуацией) ($P < 0,001$), хотя между двумя контрольными точками отмечено незначительное увеличение. Моделировать эти различия не представлялось возможным ввиду малого размера выборки. В обеих группах также увеличилось число баллов по шкале оценки основных психологических потребностей и вырос индекс относительной автономности. По исходной гипотезе оба показателя должны были улучшиться в группе вмешательства.
Rossi et al. (2013) (26)	37 женщин, проходящих первый цикл лечения в связи с ЭКО (до переноса эмбриона) в штате Массачусетс, США.	Рандомизированное контролируемое испытание.	Однократное очное кратковременное вмешательство после оценки употребления алкоголя, контроль через 3, 6 и 12 месяцев. В группе контроля была проведена только оценка.	Употребление алкоголя (число доз в день употребления алкоголя, число эпизодов употребления алкоголя в больших количествах в течение последних 6 месяцев, употребление алкоголя сверх безопасной дневной нормы в течение последних 6 месяцев, процент дней употребления алкоголя в течение последних 6 месяцев) и исходы ЭКО.	У женщин в группе вмешательства значимое сокращение потребления алкоголя – на 1,0 дозу в день против 0,4 дозы в группе контроля ($P = 0,004$). Не было выявлено значимых изменений в числе эпизодов употребления алкоголя в больших количествах в течение последних 6 месяцев, в числе недель употребления сверх безопасной нормы (7 доз или менее в неделю или 3 дозы в день) или в проценте дней употребления алкоголя в течение последних 6 месяцев. Значимых различий между двумя группами по исходам ЭКО не было.

Таблица 3.2 (продолжение)

Библиографическая ссылка	Контингент исследования	Дизайн исследования	Вид вмешательства	Основные меры оценки исходов	Основные результаты
Sheehan et al. (2014) (27)	656 беременных женщин (средний срок 16,1 недель) в Дублине, Ирландия (N=656).	Контролируемое испытание.	Однократное очное кратковременное вмешательство (5 минут), контроль через 4 месяца. Группа контроля получила обычную помощь.	Употребление алкоголя (тест AUDIT).	С помощью AUDIT женщины сообщали об употреблении алкоголя до и во время беременности (при регистрации и на 32-й неделе). Между двумя группами не было значимых различий в изменениях в числе баллов по результатам теста AUDIT. В обеих группах уменьшилось число баллов по результатам теста AUDIT с 6,37 и 5,95, соответственно, за 12 месяцев, предшествовавших беременности, до 1,04 и 0,93, соответственно, при регистрации, и до 0,78 и 0,70, соответственно, при контроле на 32-й неделе. Вмешательство не ассоциировало со снижением числа баллов по результатам теста AUDIT, проведенного после вмешательства, хотя у женщин более старшего возраста (не было указано, какие возрастные группы были включены в анализ) ирландской национальности и с более высокими баллами по результатам теста AUDIT в момент регистрации при оценке на 32-й неделе оказались значимо более высокие баллы.
Tzilos et al. (2011) (28)	50 беременных женщин (средний срок 25 недель) с позитивными результатами скрининга на предмет рискованного употребления алкоголя, проведенного в клиниках в центральных районах городов (штат не указан), США.	Рандомизированное испытание.	Один сеанс кратковременного вмешательства на базе компьютера (15–20 минут) с акцентом на поведении в отношении употребления алкоголя и постановке цели на время беременности. Контроль через 30 дней. Группа контроля заполнила краткий скрининговый тест, прошла контрольный сеанс на компьютере (о предпочтениях относительно телевизионных шоу) и получила брошюру об употреблении алкоголя в период беременности.	Любое употребление алкоголя (ретроспективная оценка в хронологическом порядке).	Как в группе вмешательства, так и в группе контроля значимо сократилось любое употребление алкоголя по сравнению с исходным состоянием. В исходном состоянии о любом употреблении алкоголя сообщали 72% женщин, тогда как при контроле – 10%. Значимых различий между двумя группами не было. Вмешательство было воспринято как приемлемое, в том числе женщинами, которые употребляли больше алкоголя. В группе вмешательства были значимо лучше исходы родов (например, масса тела при рождении) по сравнению с группой контроля.
van der Wulp et al (2014) (29)	393 беременные женщины (средний срок 8 недель), сообщившие о любом употреблении алкоголя после того, как узнали о своей беременности, в Нидерландах.	Кластерное рандомизированное контролируемое испытание.	Вмешательство с комментариями с использованием компьютера или вмешательство в форме консультирования с акушеркой по вопросам здоровья (в обоих случаях один сеанс), контроль через 3 и 6 месяцев. Группа контроля получила обычную помощь.	Употребление алкоголя (любое употребление и еженедельное потребление, оцениваемое с помощью голландского вопросника из пяти пунктов о количестве, частоте и изменчивости).	Между тремя условиями испытания через 3 месяца не было значимой разницы в воздержании от алкоголя или в количестве доз алкоголя в неделю. Через 6 месяцев у женщин в группе вмешательства с комментариями, адаптированными с помощью компьютера, была выше вероятность воздержания от алкоголя по сравнению с группой, получившей обычную помощь (ОШ=2,77; 95-процентный ДИ: 1,02–7,34), однако не было никакой разницы между группой, получившей адаптированные с помощью компьютера комментарии, и группой, получившей консультацию по вопросам здоровья, или между группой, получившей обычную помощь, и группой, получившей консультацию по вопросам здоровья. Вмешательство с комментариями, адаптированными с помощью компьютера, существенно сократило потребление алкоголя у женщин, потреблявших алкоголь в количестве на одно стандартное отклонение ниже среднего до наступления беременности (P < 0,001), но не у женщин, потреблявших алкоголь в количестве на одно стандартное отклонение выше среднего (P = 0,57).

Библиография

1. Ceperich SD, Ingersoll KS. Motivational interviewing + feedback intervention to reduce alcohol-exposed pregnancy risk among college binge drinkers: determinants and patterns of response. *J Behav Med.* 2011;34(5):381–95.
2. Chersich MF, Urban M, Olivier L, Davies L-A, Chetty C, Viljoen D. Universal prevention is associated with lower prevalence of fetal alcohol spectrum disorders in Northern Cape, South Africa: a multicentre before-after study. *Alcohol.* 2012; 47(1):67–74.
3. Delrahim-Howlett K, Chambers CD, Clapp JD, Xu R, Duke K, Moyer RJ et al. Web-based assessment and brief intervention for alcohol use in women of child-bearing potential: a report of the primary findings. *Alcohol Clin Exp Res.* 2011;35(7):1331–8.
4. Farrell-Carnahan L, Hetteema J, Jackson J, Kamalanathan S, Ritterband LM, Ingersoll KS. Feasibility and promise of a remote-delivered preconception motivational interviewing intervention to reduce risk for alcohol-exposed pregnancy. *Telemed J E Health.* 2013;19(8):597–604.
5. Floyd RL, Sobell M, Velasquez MM, Ingersoll K, Nettleman M, Sobell L et al. Preventing alcohol-exposed pregnancies: a randomized controlled trial. *Am J Prev Med.* 2007;32(1):1–10.
6. Hanson JD, Winberg A, Elliott A. Development of a media campaign on fetal alcohol spectrum disorders for Northern Plains American Indian communities. *Health Promot Pract.* 2012; 13(6):842–7.
7. Hanson JD, Miller AL, Winberg A, Elliott AJ. Prevention of alcohol-exposed pregnancies among nonpregnant American Indian women. *Am J Health Promot.* 27(Sup- pl. 3):S66–73.
8. Ingersoll KS, Ceperich SD, Nettleman MD, Karanda K, Brocksen S, Johnson BA. Reducing alcohol-exposed pregnancy risk in college women: initial outcomes of a clinical trial of a motivational intervention. *J Subst Abuse Treat.* 2005;29(3):173–80.
9. Ingersoll KS, Ceperich SD, Hetteema JE, Farrell-Carnahan L, Penberthy JK. Preconceptional motivational interviewing interventions to reduce alcohol-exposed pregnancy risk. *J Subst Abuse Treat.* 2013;44(4):407–16.
10. Montag AC, Brodine SK, Alcaraz JE, Clapp JD, Allison MA, Calac DJ et al. Preventing alcohol-exposed pregnancy among an American Indian/Alaska Native population: effect of a screening, brief intervention, and referral to treatment intervention. *Alcohol Clin Exp Res.* 2015;39(1):126–35.
11. Rendall-Mkosi K, Morojele N, London L, Moodley S, Singh C, Girdler-Brown B. A randomized controlled trial of motivational interviewing to prevent risk for an alcohol-exposed pregnancy in the Western Cape, South Africa. *Addiction.* 2013;108(4):725–32.
12. Tenkku LE, Mengel MB, Nicholson RA, Hile MG, Morris DS, Salas J. A web-based intervention to reduce alcohol-exposed pregnancies in the community. *Health Educ Behav.* 2011;38(6):563–73.
13. Wilton G, Moberg DP, Van Stelle KR, Dold LL, Obmascher K, Goodrich J. A randomized trial comparing telephone versus in-person brief intervention to reduce the risk of an alcohol-exposed pregnancy. *J Subst Abuse Treat.* 2013; 45(5):389–94.
14. Bortes C, Geidne S, Eriksson C. Preventing Alcohol Consumption during Pregnancy: A Randomized Controlled Trial. *Health.* 2015;7(3):289–99.
15. Chang G, McNamara TK, Orav EJ, Koby D, Lavigne A, Ludman B et al. Brief intervention for prenatal alcohol use: a randomized trial. *Obstet Gynecol.* 2005;105 (5 Pt 1):991–8.
16. Chang G, McNamara TK, Orav EJ, Wilkins-Haug L. Brief intervention for prenatal alcohol use: the role of drinking goal selection. *J Subst Abuse Treat.* 2006;31(4):419–24.
17. Evans WD, Wallace JL, Snider J. Pilot evaluation of the text4baby mobile health program. *BMC Public Health.* 2012;12(1):1031.
18. France KE, Donovan RJ, Bower C, Elliott EJ, Payne JM, D'Antoine H et al. Messages that increase women's intentions to abstain from alcohol during pregnancy: results from quantitative testing of advertising concepts. *BMC Public Health.* 2014;14(1):30.

19. Högberg H, Spak F, Larsson M. Dialogue between Midwives and Parents-to-Be about Alcohol, from a Life Cycle Perspective – An Intervention Study. *Creat Educ.* 2015;6(5):489–500.
20. Lowe JB, Baxter L, Hirokawa R, Pearce E, Peterson JJ. Description of a media campaign about alcohol use during pregnancy. *J Stud Alcohol Drugs.* 2010;71(5):739–41.
21. Marais S, Jordaan E, Viljoen D, Olivier L, Waal J de, Poole C. The effect of brief interventions on the drinking behaviour of pregnant women in a high-risk rural South African community: a cluster randomised trial. *Early Child Dev Care.* 2010; 181(4).
22. Nilsen P, Holmqvist M, Bendtsen P, Hultgren E, Cedergren M. Is questionnaire-based alcohol counseling more effective for pregnant women than standard maternity care? *J Womens Health.* 2010;19(1):161–7.
23. O'Connor MJ, Whaley SE. Brief intervention for alcohol use by pregnant women. *Am J Public Health.* 2007;97(2):252–8.
24. Osterman RL, Dyehouse J. Effects of a motivational interviewing intervention to decrease prenatal alcohol use. *West J Nurs Res.* 2012;34(4):434–54.
25. Osterman RL, Carle AC, Ammerman RT, Gates D. Single-session motivational intervention to decrease alcohol use during pregnancy. *J Subst Abuse Treat.* 2014;47(1):10–9.
26. Rossi BV, Chang G, Berry KF, Hornstein MD, Missmer SA. In vitro fertilization outcomes and alcohol consumption in at-risk drinkers: the effects of a randomized intervention. *Am J Addict.* 2013;22(5):481–5.
27. Sheehan J, Gill A, Kelly BD. The effectiveness of a brief intervention to reduce alcohol consumption in pregnancy: a controlled trial. *Ir J Psychol Med.* 2014;31(03):175–89.
28. Tzilos GK, Sokol RJ, Ondersma SJ. A randomized phase I trial of a brief computer-delivered intervention for alcohol use during pregnancy. *J Womens Health.* 2011;20(10):1517–24.
29. van der Wulp NY, Hoving C, Eijmael K, Candel MJ, van Dalen W, De Vries H. Reducing Alcohol Use During Pregnancy Via Health Counseling by Midwives and Internet-Based Computer-Tailored Feedback: A Cluster Randomized Trial. *J Med Internet Res.* 2014;16(12):e274.

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

Австрия
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Бывшая югославская Республика Македония
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чешская Республика
Швейцария
Швеция
Эстония



Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen O, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00; Факс: +45 45 33 70 01
Эл. адрес: contact@euro.who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int