

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence

Bakalářská práce

2011

Romana Bedrníková

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence

Romana Bedrníková

Návykové látky v těhotenství

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Věra Vránová, Ph.D.

Olomouc 2011

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Název práce: Návykové látky v těhotenství

Název práce v AJ: Addictive drugs in pregnancy

Datum zadání: 2011-01-28

Datum odevzdání: 2011-05-09

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

Autor práce: Romana Bedrníková

Vedoucí práce: Mgr. Věra Vránová, Ph.D.

Oponent práce: Mgr. Věra Vránová, Ph.D.

Abstrakt v ČJ:

Smyslem bakalářské práce bylo vytvořit přehledovou studii na téma „Návykové látky v těhotenství“. Cílem bylo upozornit na problematiku užívání návykových látek v těhotenství a jejich negativní dopad na průběh těhotenství, vývoj plodu a samotného novorozence.

Zvláštní pozornost je věnována dětem s fetálním alkoholovým syndromem a novorozeneckým abstinčním syndromem. Část práce je věnována intervenci a terapii.

Abstrakt v AJ:

The purpose of the bachelor thesis was to create a summary of „Addictive drugs in pregnancy“. The aim was to warn of using addictive drugs in pregnancy and their bad influence on pregnancy, development of a fetus and new-born itself.

Special attention is given to children with fetal alcohol syndrom and new-born abstinence syndrom. A part of this thesis is given to intervention and therapy.

Klíčová slova: drogy, závislost, těhotenství, abstinční příznaky, novorozenec, fetální alkoholový syndrom, novorozenecký abstinční syndrom

Key words: drugs, addiction, pregnancy, abstinence symptoms, new-born, fetal alcohol syndrom, new-born abstinence syndrom

Rozsah: text - 50 stran

přílohy – 5 stran

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 9. května 2011

podpis

Děkuji Mgr. Věře Vránové, Ph.D., za odborné vedení bakalářské práce, cenné rady a trpělivost při zpracování bakalářské práce.

Dále chci poděkovat rodině za jejich trpělivost a podporu při studiu.

OBSAH

1.	Drogová závislost	11
1.1.	Historie drogových závislostí	11
1.2.	Definice drogové závislosti	12
1.3.	Příčiny vzniku závislosti.....	12
2.	Drogová závislost a těhotenství.....	13
2.1.	Charakteristika populace drogově závislých těhotných žen	13
2.2.	Důsledky užívání drog v těhotenství	13
2.3.	Specifika prenatální péče	14
2.3.1.	Ultrazvukové vyšetření.....	14
2.3.2.	Laboratorní vyšetření	14
2.3.3.	Toxikologické vyšetření	15
3.	Skupiny návykových látek, vliv na těhotenství, plod a novorozence	16
3.1.	Opioidy – heroin, morfin	16
3.1.1.	Vliv opioidů na těhotenství, plod a novorozence.....	16
3.2.	Stimulační drogy	17
3.2.1.	Vliv stimulačních drog na těhotenství, plod a novorozence.....	18
3.3.	Kanabinoidy	19
3.3.1.	Vliv kanabinoidů na těhotenství	19
3.4.	Halucinogeny	20
3.4.1.	Vliv halucinogenů na těhotenství.....	20
3.5.	Benzodiazepiny	20
3.5.1.	Vliv benzodiazepinů na těhotenství	21
3.6.	Barbituráty	21
3.6.1.	Vliv barbiturátů na těhotenství.....	21
3.7.	Těkavé látky.....	22
3.7.1.	Vliv těkavých látek na těhotenství, plod a novorozence	22
3.8.	Nikotin	22
3.8.1.	Vliv nikotinu na těhotenství a plod	23
3.9.	Alkohol.....	25
3.9.1.	Vliv alkoholu na těhotenství, plod a novorozence	26

3.9.2. Fetální alkoholový systém	27
4. Léčba závislosti v těhotenství.....	29
4.1. Nefarmakologické terapie.....	31
5. Porod drogově závislých žen.....	32
5.1. Novorozenec	33
5.2. Abstinenční syndrom novorozence (NAS)	33
5.2.1. Diagnostika novorozeneckého abstinenčního syndromu	34
5.2.2. Zásady péče o dítě s NAS.....	34
5.2.3. Farmakoterapie.....	35
6. Šestinedělí u drogově závislých žen	36
7. Následný vývoj dítěte	37
8. Systém péče v České republice	38
9. Kde hledat pomoc	40
9.1. Práva dětí, linky důvěry, drogy	40
10. Česká republika z pohledu užívání drog	41
11. Diskuze.....	43
12. Závěr	45
Seznam použité literatury	47
Internetové zdroje.....	49
Seznam příloh.....	50
Zdroj: Vavřínková, Binder, Návykové látky v těhotenství, 2006, s. 57.....	55

Úvod

Závislost na návykových látkách je řazena mezi chronická onemocnění CNS. Změny v centrální nervové soustavě provázející závislost, mohou změnit účinek léků užívaných v jiných indikacích. Proto by měla být u všech lékařů dostatečná odborná informovanost v problematice drogových závislostí. Vzhledem ke stále rozšiřujícím se tendencím závislostí ve světě i u nás bude užitečnost těchto poznatků stále stoupat na významnosti. Drogová závislost je nejužívanější označení pro stav nazývaný také jako toxikomanie, abúzus, apod. Drogou jsou zde myšleny návykové látky, které jsou schopny navodit velmi těžce zvladatelnou potřebu opakovaného a nutkavého užívání těchto látek. (Vavřínková, 2006, s. 11)

Zvláštní důraz na studium biologických a farmakologických aspektů závislosti je kladen zejména v posledních dvaceti letech. Mezi příčinami vzniku závislosti na drogách lze rozlišit přinejmenším tři skupiny činitelů- droga, člověk, prostředí. Droga má jako základní důležitý činitel při vzniku toxikomanie za úkol vyvolat silný psychický účinek a zároveň vyvolat následně nepříjemné pocity po přerušení aplikace. Prostor je pro psychickou závislost stejně důležité jako droga sama. Prostor je myšlena místnost, kamarád, společnost, hudba...

Některé studie potvrzují rozdílnou dispozici k různým typům závislosti u mužů a žen. Na drogy jsou mnohem citlivější ženy. Je vyzorováno, že jejich citlivost kolísá v průběhu menstruačního cyklu a především závislost se u nich vyvíjí rychleji. (Vavřínková, 2006, s. 14-16)

Součástí mé bakalářské práce je přehledová studie, ve které se zmiňuji o historii jednotlivých drog až k pohledu na drogovou závislost. Zároveň se věnuji problematice drog v těhotenství, vývoji plodu a novorozence.

Dále se zamyslím nad novorozencem drogově závislé ženy jako takovým. Plod má velmi omezené možnosti metabolizovat a vylučovat chemické sloučeniny. Bohužel i u novorozence můžeme ještě několik hodin až dnů po porodu prokázat klinicky významné hladiny drog v séru. (Vavřínková, 2006, s.56) Tlumivé účinky na CNS některými drogami se projevuje jako „abstinenční syndrom novorozence“. U žen alkoholiček se u dětí objevuje „fetální alkoholový syndrom“.

Na závěr zhodnocuji situaci v naší republice a pokládám si otázku, zda mají drogově závislé ženy možnost svou situaci řešit, nabízí-li se kromě praktického lékaře, gynekologa, porodníka také odborná pomoc v oboru toxikomanie, psychologie...

Cíle mé bakalářské práce jsou:

1. Přehledová studie se zaměřením na historii drog
2. Vliv drogové závislosti na novorozence
3. Popis situace v české republice z pohledu těhotných žen a drogových závislostí

Těhotenství je považováno za jedno z nejkrásnějších období v životě ženy. Je to však i velmi náročný stav a to nejen po stránce zdravotní, ale i psychické a sociální. Proto bychom neměly tuto problematiku opomíjet a být připraveny na zodpovězení otázek, umět poradit a doporučit.

1. Drogová závislost

1.1. Historie drogových závislostí

Stav drogové závislosti je již řadu let řazen mezi chronická onemocnění centrálního nervového systému. Drogová závislost je nejčastěji užívaným pojmem pro stav uváděný také jako toxikomanie, abusus apod. Jako drogy jsou zde míněny návykové látky, které jsou schopny navodit velmi těžce zvladatelnou potřebu nutkavého a opakovaného užívání těchto látek. (Vavřínková, 2006, s.26)

Míra užití pro navození závislosti je u různých druhů látek jiná a plynule přechází do velmi vysokého rizika (např. heroin) přes analgetika, antipyretika až po antibiotika s minimálním rizikem.

Narkotika jsou stará jako lidstvo samo. Znamé nám je například egyptské vyobrazení makovic a Herodotova zpráva (484-425 př.n.l.) o používání konopí k navození opojných stavů formou rituálního inhalování hašiše u Skythů. Také je velice známá tradice Delfské věštírny s Pythií a Odysseovy zážitky s kouzelnicí Kirké, ze kterých se dá usuzovat na užívání drog. (Göhlert et al., 2001, s. 17))

Alkohol má mezi drogami výjimečné postavení. Patří mezi nejstarší, nejrozšířenější a nejvíce užívané drogy. Jeho zneužívání má velmi závažné důsledky. Tradici má už od nepaměti. (Vavřínková., 2006,s. 52))

Pojem pijáctví či alkoholismus se v pojetí času mění. Každá generace pije po svém. Různí se také podle společnosti či skupiny, podle povolání, příjmů, náboženského vyznání, politických názorů atd.

Kokain, opium a alkohol byly prokazatelně konzumovány již v kulturách mladší doby kamenné. Nápoje podobné vínu, vyráběné z fíků, datlí a medu, se vyrábějí alespoň 10 000 let. (Göhlert et al., 2001, s. 38)

Od počátku 20. století společenské hodnocení postupně vede k rozdělení drog na legální (alkohol, nikotin) a nelegální (kokain, heroin, konopí).

1.2. Definice drogové závislosti

Vavřinková uvádí: „*Drogová závislost je psychický fenomén charakterizovaný neodolatelným nutkáním k určitému chování, přáním změnit prožívání reality, tendencí ke zvyšování dávek, neschopností omezit dané chování a nepříjemnými pocity při vynechání drogy.*“ (Vavřinková, 2006, s. 13)

Drogová závislost je posuzována za onemocnění, které je možné diagnostikovat, je třeba je léčit a především je možné ji předcházet.

1.3. Příčiny vzniku závislosti

Mezi příčinami vzniku závislosti na návykových látkách lze rozlišit přinejmenším tři skupiny činitelů – droga, člověk a prostředí.

Drogové závislosti je třeba studovat jako bio-psycho-sociální onemocnění, protože se jednotlivé faktory vzájemně doplňují a prolínají.

Orientace v současné úrovni znalostí neurobiologie drogových závislostí (včetně lékových závislostí) je tedy zejména pro lékaře velmi důležitá a žádoucí.

2. Drogová závislost a těhotenství

2.1. Charakteristika populace drogově závislých těhotných žen

Nejzávažnější skupinou z hlediska druhu používané drogy jsou uživatelky pervitinu a heroínu, v Čechách velmi rozšířené drogy.

Typický je pro ně nízký věk otěhotnění, těhotenství je obvykle neplánované a nechtěné. Zpravidla jsou svobodné a bez sociálního zázemí, partner je téměř vždy sám drogově závislý. Asociální chování je důsledkem ekonomické situace narkomanky.

Dalším rizikovým faktorem majícím vliv na těhotenství je malnutrice, karence řady vitamínů. (Gloria Leifer, 2004, s.223)

2.2. Důsledky užívání drog v těhotenství

Vavřínková publikuje: „*Intravenózní aplikace způsobuje zdravotní komplikace spojené s nesterilním vybavením a nečistou drogou. Jedná se o hepatitidy, HIV, flebitidy, endokarditidu a plicní hypertenzi.*“ (Vavřínková, 2006, s. 31)

Žena má poškozený periferní žilní systém, což komplikuje jednotlivé krevní odběry během prenatální poradny, ale i při porodu. Často jsme nuceni zavést centrální žilní katetr.

Častěji se vyskytují špatné dietní návyky. Byla prokázána snížená sérová hladina kyseliny listové a feritinu. U těchto žen jsou častější infekce močových cest a pneumonie. Užívání drog ovlivňuje také placentární metabolismus, uteroplacentární průtok a transport kyslíku a živin placentou.

Zvýšená incidence abrupce placenty po aplikaci heroínu, kokainu, amfetaminu a nikotinu. (Vavřínková, 2006, s. 32)

2.3. Specifika prenatální péče

Péče o drogově závislou pacientku začíná jejím vstupem do systému zdravotní péče. (Vavřínková 2006, s.34)

Důležitou úlohu při první návštěvě je zjištění, zda se jedná o příležitostnou užívatelku nebo již drogově závislou.

Těhotnou ženu, která je závislá na drogách, v žádném případě netlačíme k abstinenci. Je zapotřebí nabídnout odbornou pomoc a péči s odborníky na odvykání.

Doporučíme ji konzultaci a spolupráci s protidrogovými odborníky, což je důležitým předpokladem optimální péče. Detoxifikace se obecně v průběhu těhotenství nedoporučuje.

2.3.1. Ultrazvukové vyšetření

Nedílná součást managementu péče o drogově závislé. Při prvním vyšetření je důležitá datace těhotenství. Narkomanky podávají obvykle nepřesné údaje.

V průběhu těhotenství je ultrazvuk důležitou metodou ke sledování růstu plodu, stavu placenty a množství plodové vody. (Vavřínková, 2006, s.35)

2.3.2. Laboratorní vyšetření

Vavřínková, publikuje: *„Laboratorní vyšetření zahrnuje kromě běžných screeningových odběrů panel hepatitid a hladiny jaterních enzymů, i vyšetření hladiny folátů. Je vhodné provést EKG, eventuálně echokardiografické vyšetření. Opakovaným toxikologickým vyšetřením si ověřujeme spolehlivost pacientky, která odráží míru závislosti a motivaci k abstinenci.“*(Vavřínková, 2006, s. 36)

2.3.3. Toxikologické vyšetření

Cílem toxikologického vyšetření moči je zjištění přítomnosti a druhu drogy, kterou žena užívala nebo užívá. Detoxifikaci provádíme na základě výsledků. Je nutné ji provést co nejšetrněji s ohledem na plod. V toxikologickém vyšetření moči zjišťujeme opiáty, metadon, amfetamin, kokain, benzodiazepiny, ketogan. Přítomnost alkoholu určíme krevní zkouškou (alkometr). (Velemínský, 2008, s.65-66)

3. Skupiny návykových látek, vliv na těhotenství, plod a novorozence

3.1. Opioidy – heroin, morfin

Vavřínková, uvádí: „*Jedná se o alkaloidy, získané ze surového opia, což je hnědá hmota, kterou získáme naříznutím nezralé makovice. Základní alkaloidy obsažené v opiu jsou morfin, heroin, kodein, papaverin, thebain, meconidin, atd.*“ (Vavřínková, 2006, s. 40)

Heroin způsobuje příjemné uvolnění a uklidnění. Pasivní prožívání okamžiku a odstranění problémů provázející každodenní život. Je nebezpečný tím, že vysoké dávky způsobují ospalost, někdy i kóma a smrt zástavou dýchání. Abstinence se dostavuje po 6-24 hodinách. Projevuje se bolestmi kloubů, svalů, pocením, zvýšenou produkcí sekretu z nosu a slz, zvracením, křečemi a teplotou. Heroin je možno užívat intravenózně, šňupat, kouřit či inhalovat. (Kubánek 2010, s. 55)

Morfin je látka, která tlumí bolest, vyvolává klidnou a vyrovnanou euforii. V tomto stavu člověku stoupá sebevědomí a tím se stává lhostejným ke každodenním problémům a starostem. Morfin se chemickým procesem zpracovává na heroin.

3.1.1. Vliv opioidů na těhotenství, plod a novorozence

Těhotenství není výrazně ovlivněno, ale končí před termínem. Nižší porodní hmotnost novorozenců je způsobena rizikovými faktory vyplývajícími z chování těhotné (malnutrice, kouření, infekce). (Gloria Leifer 2004, s.225)

Zhruba od jedné hodiny od užití dávky droga proniká placentou a vstupuje do fetálních tkání.

Tím, že se odbourává droga z matčina těla, odbourává se i u plodu, což vede ke zvýšenému riziku distresu (tzn intenzivně prožívaný stres). Dochází ke zvýšenému riziku potratů, poškození nebo úmrtí plodu.

Kolem 60% dětí žen závislých na heroinu má v době porodu známky antenatální infekce nebo samotná žena jeví klinické projevy akutní infekce.

Vedení samotného porodu se nijak neliší od porodů nezávislých žen. Ženy rodí téměř vždy předčasně, děti mají nižší porodní hmotnost.

Je vyzorováno, že tyto rodičky mají nižší práh bolestivosti, tudíž vyšší nároky na analgetickou terapii. Abstinenci syndrom se objevuje u 50-80% dětí narozených závislým matkám přibližně po 48-72 hodinách po porodu. (Vavřínková et al., 2006, s. 38)

3.2. Stimulační drogy

Vavřínková, publikuje: *„Základním efektem těchto drog je celková stimulace. Zrychlují psychomotoriku, dochází k odstranění únavy, pocitu zvýšené psychické i fyzické výkonnosti, celkovému zrychlení psychiky a nabídce představ, euforizaci, zvýšené empatii, ale i k uvolnění zábran. Jsou ve světě velmi oblíbené.“* (Vavřínková, 2006, s. 45)

Návyk na stimulační drogy přichází plynule nebo k němu dochází v tzv. tazích – tyto látky se užívají ke konci týdne, kdy je člověk už unaven a má potřebu se povzbudit.

Během abstinenciho syndromu je postižena zejména oblast emotivity – člověk je pesimistický, podrážděný, dostávají se u něj poruchy spánku, až může dojít k úzkostně depresivnímu stavu. (Pokorný, 2002, s. 62)

Kokain – jde o přírodní drogu. Alkaloid je obsažený v listech keře Erythroxyton coca. Roste zejména v Jižní Americe. V minulosti se užíval jako lokální anestetikum. Psychotropní efekt je poměrně krátký, 20-30 minut, což vede k častému opakování denních dávek.

Kokain způsobuje zvýšenou sexuální apetenci, zejména u žen. (Vavřínková, 2006)

Vavřínková, uvádí: *„Opakované užití kokainu vede k mohutné neuroadaptaci, která po vynechání drogy způsobuje vážné abstinenci příznaky. Ty jsou opakem účinku kokainu, objeví se tedy dopaminová hypoaktivita vedoucí k depresi, podrážděnosti a úzkosti.“* (Vavřínková, 2006, s. 46)

Pervitin je nejrozšířenější drogou u nás, jinak také nazývaný metamfetamin. Psychotropní efekt pervitinu je velmi výrazný. Opakovaně zvyšující se dávky vyvolávají paranoidně-halucinaturní psychózu, která je z psychopatologického hlediska nerozeznatelná od schizofrenie. Často se přidávají také sluchové a zrakové halucinace. (Vavřínková, 2006, s.46-47)

Vavřínková, uvádí: „*MDMA byl původně vyráběn v USA jako psychofarmakum a byl používán jako lék v psychiatrii. Koncem 80. let byla jeho výroba zastavena.*“ (Vavřínková, 2006, s. 47)

Kubánek, popisuje: „*Účinky jako narůstající euforie, zvýšení hovornosti, pocit sounáležitosti (empatie), štěstí a látky. Někteří popisují stav rozšířeného vědomí, lepší introspekce, snížení soudnosti. Mohou se dostavit i pocity opačné jako je deprese a úzkost. Z fyzických symptomů se může objevit nauzea, zvracení, křeče žvýkacích svalů, pocení, sucho, hypertermie, tachykardie, hypertenze. V kombinaci s amfetaminem, kokainem a alkoholem je riziko úmrtí přehřáním.*“ (Kubánek, 2010, s. 103-104)

3.2.1. Vliv stimulačních drog na těhotenství, plod a novorozence

Vavřínková, uvádí: „*Kokain a jeho metabolity rychle procházejí placentou a dosahují u plodu různě vysokých hladin. Aplikace kokainu vede ke snížení průtoku krve placentou, snižuje oxygenii plodu a zvyšuje jeho krevní tlak a tepovou frekvenci.*“ (Vavřínková, 2006, s. 48)

Ženy s těžkou závislostí na stimulačních drogách docházejí do prenatální poradny velmi zřídka a nepravidelně. Často bývají slovně velmi agresivní. Svoji závislost často zlehčují. Jelikož lze stimulační drogy aplikovat i nitrožilně, je zapotřebí vyšetřit závislou ženu na HIV, hepatitidy a sledovat hladinu jaterních enzymů. (Vavřínková, 2006, s.48)

Ženy užívající stimulační drogy ve velkém počtu kouří, pijí alkohol atd. Děti se rodí s nízkou porodní váhou, jeví známky růstové retardace, mají menší obvod hlavičky, kratší dolní končetiny, vyšší výskyt defekta močové a pohlavní soustavy.

Tyto děti projevují známky akutního abstinčního syndromu. Mohou se vyskytovat průjemy, křeče, poruchy spánku, třes, bleskové reflexy, stresové chování.

I během dalšího vývoje jsou děti velmi ovlivněny působením drogy v těhotenství. Děti méně vyjadřují své emoce při učení a jsou více nespokojené.

Kojení u matek závislých na stimulačních látkách není doporučováno. (Vavřínková, 2006, s.50-51)

3.3. Kanabinoidy

Patří mezi nejčastěji konzumované a zneužívané. Kanabinoidy jsou sloučeniny obsažené v rostlině Cannabis sativa (konopí seté). Jedná se o nejstarší rostlinu, která byla kdysi pěstována pro své psychotropní účinky. Podle průzkumů má v České republice minimálně jednu zkušenost s marihuanou 32% 16letých a 42% 15-18letých. V tomto případě hovoříme o závislosti psychické, nikoliv fyzické.

Abstinenční syndrom se projevuje nespavostí, podrážděností, mírným neklidem, nechutenstvím. Objevuje se také nauzea, průjem, pocení, třes a deprese.

Nejčastějším způsobem aplikace je kouření.

Chronické užívání marihuany znatelně ovlivňuje reprodukční funkci mužů i žen. (Vavřínková, 2006, s.51-52)

3.3.1. Vliv kanabinoidů na těhotenství

Užívání marihuany je většinou rekreační, tudíž nepravidelné. Ženám nedělám většinou problém aplikaci přerušit při diagnostice gravidity.

Ženy také nejsou ohroženy z hlediska přenosu chorob, jako je HIV a hepatitidy.

Vavřínková, uvádí: „Vliv marihuany na plod je závislý na dávce, při chronickém užívání je prokázán nižší přírůstek hmotnosti u matky a intrauterinní růstová retardace v důsledku chronické hypoxie.“(Vavřínková, 2006, s. 58)

Abstinenční syndrom je nevýrazný (neklid, nespavost, zvýšená dráždivost), obvykle rychle odezní.

3.4. Halucinogeny

Halucinogeny jsou drogy, které u zdravého člověka vyvolávají psychické změny. Kromě toho, že způsobují poruchy vnímání, zasahují také citění, myšlení, pud sebezáchovy a náladu. Jen málokdy jde o pravé halucinace. (Kubánek, 2010, s. 81)

Přírodní látky této skupiny mají dlouhou historii užívání při náboženských rituálech. Nejznámějším halucinogenem je LSD (1938). Během užívání látek této skupiny je důležitý aktuální duševní stav a okolnosti. Například jak uživatel vnímá místo a osoby kolem sebe. Užití halucinogenů může vést i k trvalému duševnímu poškození. (Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2007, s. 157)

Mezi další halucinogeny patří Psylocybin (nachází se v houbách – lysohlávky) a Meskalin (extrakt z kaktusu peyotl).

3.4.1. Vliv halucinogenů na těhotenství

Mezi těhotnými ženami je zneužívání halucinogenů spíše ojedinělé. Vzhledem k časté polydrogové závislosti u žen není vliv těchto látek na plod jednoznačně prokázán. Byly popsány chromozomální aberace a mnohočetné vrozené vady. Tyto těhotné ženy však užívaly i jiné drogy.

U těhotných žen způsobuje užívání halucinogenů abrupci placenty, prematuritu.

Abstinenční syndrom u novorozence se projevuje hypertonií, tremorem, poruchami v přijímání potravy a poruchami spánku. (Vavřínková, 2006, s. 54)

3.5. Benzodiazepiny

Jedná se o poměrně mladou skupinu léků, ale řadí se mezi nejčastěji užívaná psychofarmaka. Kromě anxiolytického účinku mohou mít také sedativní, hypnotický, antiepileptický, protikřečový a centrálně myorelaxační účinek.

Jsou velmi často zneužívána jak užiteli drog, tak běžnou populací. Bohužel bývají také nezbytnou součástí mnoha domácích lékárníček.

V kombinaci s alkoholem mohou vést je smrtelnému předávkování. Závislost na nich vzniká plíživě, má složku psychickou i fyzickou. Vážnou komplikací mohou být epileptické záchvaty vedoucí i k smrti.

Mezi nejčastější nežádoucí účinky patří únava, ospalost, zmatenost (ztráta orientace), narušení krátkodobé paměti, ztráta motivace k řešení problémů, snížení svalového napětí atd.

(Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2007, s.146-147)

3.5.1. Vliv benzodiazepinů na těhotenství

Poškození plodu je vážné. Poškozují mozek a nervový systém (deformace míchy, hydrocefalus, deformace vnitřního ucha), IVGR. U plodu vzniká závislost a po porodu vede k abstinčním příznakům.

Pokud je dítě kojeno, dochází k jeho útlumu, velkému zatížení jater (zde se benzodiazepiny metabolizují), k zhoršenému odbourávání některých látek (bilirubin). Dítě může mít poruchu dýchání, ochabnutí, ospalost. Nakonec může dojít k trvalému poškození mozku. (Vavřínková, 2006, s. 53)

3.6. Barbituráty

Léková závislost neboli barbiturismus vzniká velmi snadno a rychle, neboť v průběhu užívání barbiturátů se tolerance k nim zvyšuje, tudíž je třeba jednotlivé dávky postupně zvyšovat.

Závislost na barbiturátech se projevuje euforií, depresi, malátností, poklesem paměťových schopností, hubnutím, poruchou řeči (zadrháváním).

V současné době patří tato skupina mezi relativně málo používanou skupinu léků.

3.6.1. Vliv barbiturátů na těhotenství

Zneužívání barbiturátů a závislost na nich se u těhotných žen téměř nevyskytuje. Barbituráty tlumí dýchací a kardiovaskulární systém. Dlouhotrvající užívání vede

k narušení příjmu živin. U žen závislých na barbiturátech je důležitá detoxifikace, korekce anémie a zajištění dostatečného příjmu živin. (Vavřínková et al., 2006, s.54-55)

Kojení u dětí způsobuje jejich útlum, spavost a problémy s kojením.

3.7. Těkavé látky

Těkavé látky jsou asi nejnebezpečnější skupinou látek, rozhodně jsou více nebezpečné než „běžné tvrdé drogy“ (kokain, heroin..). Vyznačují se narkotickým účinkem, snadno dochází k předávkování. Jejich užívání vede k rozsáhlému a hrubému poškození až smrti.

Vzhledem k poškození mozku a úbytku rozumových schopností je pravděpodobnost léčebného ovlivnění malá. Pravidelné užívání těchto látek vážně poškozuje některé vnitřní orgány (mozek, ledviny, játra, kostní dřeň). (Kolektiv autorů SANANIM, 2007, s.150)

Za jejich držení nelze nikoho trestně stíhat.

Tyto látky (toluen, lepidla, barvy, odlakovač, čisticí prostředky) bývají velmi často „čichány“ dětmi mladšího školního věku. Fetování je ale rozšířené i mezi bezdomovci a to z důvodu relativně nízké ceny.

3.7.1. Vliv těkavých látek na těhotenství, plod a novorozence

Těkavé látky mohou pronikat placentou do oběhu plodu. V těhotenství může tedy dojít k vrození vývojové odchylce tvaru plodu, mentální retardaci či opožděnému vývoji. Děti narozené ženám užívající těkavé látky jsou ohroženy vyšším rizikem výskytu syndromu náhlého úmrtí novorozence a útlumem dýchacího centra. (Sedláčková et al., 2009, s.76)

3.8. Nikotin

Počátky kouření tabáku lze vysledovat již v Mexiku okolo roku 500 př.n.l. O kouření jiných rostlin jsou zmínky již v období několik tisíc let př.n.l.

Obchodní využití v mezinárodním měřítku bylo počato s příchodem objevitelů Nového světa. Zpočátku se tabákem zabývali botanici. Lékaři se ho snažili využívat k léčebným účelům. V 16. století se začal tabák objevovat v Evropě a kouření se začalo stávat společenským rituálem.

Šňupání tabáku v 19. století bylo již považováno za zlovyk nižších společenských vrstev. Začínají se ujímat doutníky a posléze cigarety. Rizika spojená s kouřením byla popsána v padesátých letech 20. století.

Cigaretový kouř vzniká nedokonalým spalováním tabáku. Obsahuje směs více než čtyř tisíc chemických látek. Po vdechnutí cigaretového kouře se chemické látky vstřebávají do krevního oběhu a jsou jimi zanášeny do vzdálených orgánů.

Čím mladší kuřák, tím rychleji se vyvíjí závislost. Světová organizace pokládá v současné době kouření za nejvýznamnější faktor vzniku chronických onemocnění a předčasné úmrtnosti.

Nikotin, respektive tabák, vyvolává velmi silnou psychosociální závislost. Tato závislost souvisí se stylem užívání a zvyklostmi uživatelů. Při dlouhodobém užívání vzniká na nikotin i fyzická závislost. Během odvykacího stavu se objevuje nervozita, rozladění, podrážděnost a neklid.

Největším rizikem spojeným s chronickým užíváním jsou recidivující záněty horních cest dýchacích a zhoubné nádory, především plic. Mohou se objevit i infarkty myokardu a neschopnosti zajistit zásobení dolních končetin při chůzi. Kouření má také vliv na pokožku, pleť obličeje rychleji stárne. (Kolektiv autorů SANANIM, 2007, s. 142-145)

3.8.1. Vliv nikotinu na těhotenství a plod

Vavřínková, publikuje: *„Kouření je jednoznačně nejrozšířenější závislost u českých těhotných žen. Přesná čísla nejsou k dispozici, ale odhadem až 1/5 těhotných žen v průběhu těhotenství a laktace kouří.“* (Vavřínková, 2006, s. 58)

V České republice má kuřáckou anamnézu asi 37% těhotných žen. Asi 12% žen kouří v průběhu celého těhotenství. Kuřáctví žen v těhotenství souvisí s jejich vzděláním a sociálním postavením. Nejvyšší frekvence kuřáček mezi matkami je do 20 let věku.

Pomoc těhotným ženám zanechat kouření je prioritou porodníků, porodních asistentek, gynekologů a praktických lékařů. Dětské lékaři přebírají zodpovědnost po narození dítěte. Nízká porodní hmotnost bývá příčinou nutné intenzivní péče.

Sérové hladiny karboxyhemoglobiny dosahují u plodu vyšších hodnot než u matky, tudíž je plod vystavován jeho účinkům po relativně delší dobu. Nikotin rovněž přechází placentární bariérou, snižuje fetoplacentární perfuzi a tím následně snižuje fetální oxygenii.

Zvyšuje riziko hypotrofizace plodu, intrauterinního úmrtí, abrupce placenty, těhotenské patologie. Příčinou nadměrného kouření je zhoršený somatický i neuropsychologický vývoj.(Roztočil, 2008, s.106)

Poškození plodu nikotinem se projevuje výskytem vrozených vývojových vad (rozštěpy, poškození mozku, srdce, dolních končetin, zubů). Je zde vyšší riziko syndromu náhlého úmrtí novorozence. Neklid, nespavost, zvracení, průjem, vyšší pulz, nepravidelné dýchání, špatný sací reflex, apatie a naředivělá barva pleti jsou symptomy otravy nikotinem u novorozence.(Velemínský, 2008, s.106)

Negativní vliv na těhotnou ženu má samozřejmě také pasivní kouření. Pobyt těhotné v zakouřené místnosti se může projevit rozvojem atopického ekzému a alergie v časném dětském věku.

Období těhotenství je ideálním časem pro ženu kuřáčku a partnera kuřáka k rozhodnutí přestat kouřit. Bývají vnímavější na informace, jsou spíše schopni změnit svůj dosavadní životní styl. Často stačí varovná informace o ohrožení plodu nikotinem. Ženy potřebují specifickou a soustavnou podporu i po narození dítěte.

Kouření negativně ovlivňuje délku kojení a motivaci k němu. Látky pronikají do mateřského mléka a negativně ovlivňují zdraví dítěte, ale také pozměňují chuť mateřského mléka, které pak mohou děti odmítat. Nikotin také snižuje produkci prolaktinu, mléka se tvoří méně. To jsou důvody, proč matky kuřáčky kojí kratší dobu.(Hronek, 2004, s. 316)

3.9. Alkohol

Alkohol jako nejrozšířenější a zároveň nejvíce tolerovaná droga ve společnosti. Je svými důsledky (jak sociálními tak zdravotními) také jednou z nejnebezpečnějších drog.

Dějiny pití alkoholu jsou neodmyslitelně spojeny s dějinami lidstva. Pití alkoholu je spojeno se společenskými událostmi. Existují popisy užívané při náboženských obřadech, ale i jako nápoj pro pobavení. Stejně staré jsou popisy léčebného užívání.

Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2007, s.139: „*Alkohol působí na centrální nervový systém, který všeobecně tlumí, přestože díky uvolnění po užití je alkohol považován za životabudič. Už v malém množství jsou patrné jeho účinky na rychlost reakcí, koordinaci pohybů, úsudek, rozhodování. Oslabuje vnímání bolesti, vysoké koncentrace alkoholu tlumí centra pro dýchání a krevní oběh, což může vést až ke smrti.*“

Ebrieta – opilost – v menší dávce způsobuje alkohol odbrzdění sociálních zábran, logoren, popřípadě agresivitu, zhoršuje stabilitu. I mírnější ebrieta vede k hyperglykémii, diuretickým účinkem k hypohydrataci a k hypokalémii.

Typy alkoholového opojení

- Prostá alkoholová opilost – akutní intoxikace mozku alkoholem. Projevuje se psychomotorickou excitací se zvýšením nálady, snížením sebekritiky a zábran. Patří sem také mnohomluvnost, družnost, zvýšení sebevědomí, později dráždivost a hádavost. Postupně nastává útlum, spánek, bezvědomí, popřípadě smrt.
- Opilost patická – náhle vzniklá patická reakce na alkohol. Porucha vědomí s nesprávným, zkresleným chápáním situace, nereálným chováním. Poruchy vnímání, halucinace a iluze. Může trvat několik minut až několik hodin.
- Opilost komplikovaná – vyvíjí se z prosté opilosti. Objevuje se silné rozrušení a podráždění a poté nastupuje afektní jednání.

Orientační vyšetření alkoholu v krvi je možné v laboratoři.

Odvykání alkoholu musí probíhat vždy v nemocnici, pod lékařským dozorem. Kromě obvyklých příznaků jako je bušení srdce, pocení a třesu se mohou objevit i bludné představy, přeludy a halucinace.

Nebezpečné jsou také epileptické záchvaty, krvácení do mozku, záchvaty mrtvice a v neposlední řadě selhání jater a ledvin. (Nešpor et.al., 1996, s. 108)

3.9.1. Vliv alkoholu na těhotenství, plod a novorozence

První odborně doložené zprávy o škodlivém působení na vyvíjející se plod pochází z 18.století z Anglie. Tenkrát sdružení anglických lékařů vydalo zprávu, v níž bylo uvedeno, že alkoholičkám se nápadně často rodí děti nemocné a slabé, svráštělé a se stařeckým vzhledem. Vědomosti o škodlivosti alkoholu v těhotenství jsou tedy tisícileté – přesto problém alkoholismu těhotných žen přetrvává dodnes.

Požívání alkoholu nebo alkoholismus v těhotenství se příliš často neobjevuje. Ojedinele se s tímto problémem můžeme setkat například u starších vícerodíček, u těhotných žen z nižších sociálních vrstev a u osamělých nebo rozvedených žen. Většinou to jsou také kuřačky eventuelně ženy závislé i na jiných drogách.

Alkohol je jako buněčný jed, neboť prochází placentou, a tím ovlivňuje metabolismus matky i plodu. Požívání alkoholu ve velkých a pravidelných dávkách bývá příčinou FAS (fetální alkoholový syndrom) nebo alkoholových abstinčních příznaků. (Roztočil, 2008, s.106-107)

I malé dávky alkoholu v těhotenství mohou vážně poškodit plod. Alkohol je fetoplacentárním oběhem dopravován přímo k plodu, kde je většina mechanismů na odbourávání alkoholu v podstatě nefunkční. Alkohol koluje v organismu plodu (dítěte) déle a výrazněji tak působí jeho teratogenní vlivy.

Játra matky jsou schopna odbourávat alkohol rychlostí asi půl litru (alkoholu) každé dvě hodiny. Koncentrace alkoholu v krvi nenarozeného dítěte je během druhé až třetí hodiny po konzumaci alkoholu tím pádem vyšší než u matky. Určit přesné dávky (množství) alkoholu, které je nebezpečné pro vývoj plodu je velmi obtížné. (Rotgers, F., et al., 1999, s. 264)

3.9.2. Fetální alkoholový systém

FAS je důsledek prenatálního vystavení alkoholu na plod. Výzkumy ukázaly, že i malé množství alkoholu konzumovaného během těhotenství, může velmi vážně poškodit plod.

Prenatální expozice alkoholu na plod může mít celou řadu poškození. Jejich rozpětí je velmi variabilní. Od různých defektů (fyzických i orgánových) až po širokou škálu psychických problémů.

Děti postižené FAS se rodí s menší porodní váhou, mimo to většinou trpí:

- Deformací rukou (dlaní)
- Deformovanými obličejovými rysy (úzké oční štěrby, úzký hřbet nosu, chybí rýha mezi nosem a horním rtem)
- Postižením kloubů a končetin
- Poruchami pohybové koordinace
- Specifickými poruchami učení
- Poruchami paměti
- Mentální retardace
- Hyperaktivita
- Neurologické odchylky
- Zvýšená frekvence vrozených malformací srdečních, urogenitálních a antrálních nervových systémů
- Charakteristický vzhled (mikrocefalie, mikroftalmie)

U těchto lidí dochází také často k mentálním poruchám, k problémům v učení, deviantnímu sexuálnímu chování. Patří sem i konflikty se zákonem a problémy s drogami a alkoholem. Je u nich snížena schopnost sebeobsluhy, více lidí je bez stálého domova.

Nejvyšší podíl na změnách u fetálního alkoholového syndromu má tzv. apoptóza, což je smrt nervových buněk. Působení alkoholu na plod se mění také v jednotlivých fázích těhotenství. Nejrizikovější je první trimestr. V tomto období je nejvyšší riziko vzniku abnormálních rysů. Plod je v tomto období nejvíce citlivý a zranitelný. Ve druhém trimestru je největším rizikem potrat plodu. Mohou se vyskytnout také stresy plodu, dítě je pak plačtivé a podrážděné.

V prvních měsících života jsou děti s FAS obvykle více podrážděné a neklidné. Mají horší sociální schopnosti, problémy s navazováním kontaktů s matkou i jinými okolím. Často se vyskytují autistické znaky.

Objevují se také obtíže s polykáním, první náznaky v koordinaci pohybů. Můžeme sledovat i poruchy spánku. (Novotný, 2007, s.149-150)

V období školní docházky lze vysledovat problémy s horší adaptací na prostředí. Ještě výrazněji se projevují problémy s řečí, vývojové poruchy, specifické poruchy učení. Často zde pozorujeme také syndrom ADHD, poruchy chování a impulzivitu.

4. Léčba závislosti v těhotenství

Těhotnou ženu závislou na drogách bychom měli motivovat. Měla by se z vlastní vůle zařadit do léčebného nebo preventivního programu v péči o závislé. Úspěšnost této léčby závisí především na vůli ženy. Ona sama musí chtít změnit své dosavadní chování a způsob života. Má-li sama žena partnera závislého na drogách, potom je nejlepším řešením hospitalizace na některém protidrogovém zařízení, v ideálním případě společně.

Hájek et al., publikují: „*Je pravidlem, že těhotná žena nebývá závislá jen na jedné droze. Zpravidla se jedná o těžké kuřačky s občasným abuzem alkoholu. Často prokážeme benzodiazepiny a kanabinoidy. Kombinování drog zvyšuje rizika pro plod.*“ (Hájek et al., 2004, s. 224)

Přistoupí-li se na detoxikaci během těhotenství, je vždy spojena s hospitalizací na odborném pracovišti. Tato terapie je směřována do druhého trimestru těhotenství a léčbou se zabývají pracovníci mající zkušenost se závislostí a těhotnými ženami. V substituční terapii se prodávají látky perorálně, a to v takovém množství, které efektivně potlačí ženiny abstinenci příznaky.

Akreditaci k realizaci substitučního programu schvaluje Ministerstvo zdravotnictví ČR. Diagnózu a návrh na terapii určuje pouze lékař v oboru psychiatrie s atestací a osvědčením o úspěšném absolvování výcviku v substituční terapii.

Tento lékař je povinen prověřit v „Registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek“, zda není uživatelce substituční léčba poskytována již na jiném pracovišti (zdravotnickém zařízení). (Vavřínková, 2006, s.62)

V České republice se k substituční terapii nejvíce používá metadon a subutex.

Metadon byl objeven v Německu a během II. světové války se používal jako analgetikum a antitusikum. Jedná se o opiát na syntetické bázi. Zabraňuje vzniku abstinenci příznaků, blokuje touhu po droze a nenavozuje euforii.

Do metadonového programu jsou zařazeny těhotné ženy závislé na opioidech, pokud zde není možná šetrná detoxifikace a léčba orientovaná k abstinenci.

Program léčby metadonem byl v České republice zahájen 28.7.1997.

Pro těhotnou narkomanku je ideální dosáhnout stabilní hladiny drogy a tím snížit možnost vzniku fetálních abstinčních příznaků. Těhotné ženy zařazené do metadonového programu mají lepší perinatální péči, jejich způsob života není tak rizikový. Novorozenci mají vyšší porodní hmotnost.

Dávkování metadonu je v těhotenství individuální.

Vavřínková, Binder, uvádějí: „*V České republice neexistuje horní hranice pro dávku metadonu, u některých pacientů jsou denní dávky i vyšší.*“ (Vavřínková, Binder, 2006, s.63)

Někteří lékaři v zahraničí preferují podání ve dvou dávkách po 12-ti hodinách (méně ovlivňuje chování plodu). U nás se metadon podává většinou v jedné dávce za 24 hodin.

U plodu se metadon kumuluje v plicích, játrech a slezině. Po porodu se dostavuje abstinční syndrom novorozence. Obecně platí, čím vyšší byla dávka metadonu u matky, tím výraznější a delší jsou abstinční příznaky. Tyto příznaky mohou přetrvávat od 5 dnů a do 4 měsíců. Tyto děti vyžadují léčbu a lékařský dohled.

V problematice kojení při metadonové substituci je značná nejednotnost. (Vavřínková, Binder, 2006, s.63-65)

Subutex je léčba vyrobená z buprenorfinu. Buprenorfin je semisyntetický opioid využívaný k odvykací a detoxifikační léčbě. Jeho užití vyvolává euforii v menší míře než přírodní drogy.

Podává-li se perorálně, má pomalejší nástup, pomaleji se uvolňuje a má také delší čas rozpadu. Vůči plodu nebyla prokázána toxicita ani teratogenita. Laktace u matky nemusí být stavěna, protože do mateřského mléka přechází této látky jen minimální množství.

Abstinční příznaky novorozence jsou popisovány jako mírné a rychle odeznívající.

V České republice není tento lék hrazen žádnou ze zdravotních pojišťoven. Pacient si jej musí hradit sám. (Vavřínková, Binder, 2006, s.65-67)

Hájek et al., publikují: „*Výhodou oproti metadonu je možnost poměrně rychlého snižování dávky.*“ (Hájek et al., 2004, s.229)

4.1. Nefarmakologické terapie

Mezi základní nefarmakologické složky substituční terapie patří psychosonální poradenství, psychoterapie nejrůznějších forem, poradenství, ošetrovatelské služby, terapie somatických onemocnění, fyzioterapie atd.

Všechny programy jsou zacíleny na zklidnění psychického stavu, stabilizaci rodinného prostředí a upevnění role matka-dítě.

5. Porod drogově závislých žen

Vavřinková, Binder, uvádějí: „*V průběhu porodu je nutné včas odhalit příznaky možné placentární insuficience a hypoxie plodu. Porody drogově závislých žen proto vždy kardiotoxograficky monitorujeme.*“ (Vavřinková, Binder, 2006, s. 37)

Těhotné ženy si často ještě před příjmem na porodní sál aplikují dorgu k utlumení porodních bolestí. U takové ženy je nezbytně nutné provést veškeré těhotenské odběry, markety zánětu a doplnit krevní obraz. Ke všem pacientkám bez prenatální péče je třeba se chovat jako k potencionálně infekčním. Některá vyšetření (například hepatitidy a HIV) jsou totiž časově náročnější.

Před porodem je zapotřebí zajistit žilní vstup, což někdy nebývá jednoduché. Pokud není možné tento vstup zajistit, je nutné zavedení centrálního žilního katetru. V průběhu vedení porodu je nutné dbát v dostatečnou oxygenaci rodičky. Intoxikace například marihuanou, kokainem se projevuje hyperpyrexíí, což zvyšuje spotřebu kyslíku u rodičky i plodu. V tomto případě je možné léčit paracetamolem.

U závislých rodiček je vždy snížený práh bolestivosti, což se projevuje nedisciplinovaným chováním na porodním sále. Jsou neklidné až anxiózní. Mají tudíž vyšší nároky na analgetika.

Probíhá-li porod ve všech fázích (porodních dobách) fyziologicky, je vždy lepší ho vést přirozenou cestou (spontánně). Pokud rodička spolupracuje, je vhodné použít epidurální katétr.

Indikace k císařskému řezu ze strany plodu se neliší od stanovení postupu a pacientek bez závislosti. Komplikace však mohou nastat při celkové anestezii u akutních císařských řezů. Zde může dojít ke vzájemné kontraindikaci mezi anestézií a drogou. (Vavřinková, Binder, 2006, s.38-39)

5.1. Novorozenec

Po porodu je každý novorozenec pečlivě sledován a posuzován podle takzvaného Apgar skóre. Jedná se o hodnocení stavu novorozence v 1., 5. a 10. minutě po porodu. Hodnotíme srdeční frekvenci, barvu kůže, svalový tonus, dýchání a reakci na stimulaci. Skóre 0-3 znamená nutnost okamžité resuscitace, 4-6 indikuje potřebu lékařské péče a skóre 7-10 znamená, že se jedná o zdravého novorozence.

5.2. Abstinenční syndrom novorozence (NAS)

Jedná se o komplex příznaků vyskytujících se u novorozence způsobený vlastní drogou. Můžeme se s ním setkat u 50-90% dětí matek, které užívaly v těhotenství opiáty (drogy i substituční léky).

Nástup klinických příznaků NAS je individuální. Závisí na typu užívané drogy a gestačním věku novorozence. (www.pediatricpraxi.cz/2009; 10(6)) Počáteční symptomy podle speciální stupnice bodují všechny abstinenční příznaky.

Vavřínková, Binder, publikují: „*Diagnóza abstinenčního syndromu zahrnuje zjištění specifických známek chování a funkce vegetativního nervového systému, které se mohou manifestovat jako poruchy funkce gastrointestinálního traktu (GIT), respiračního traktu (RT) nebo centrálního nervového systému (CNS).*“ (Vavřínková, Binder, 2006, s. 69-70)

CNS – centrální nervový systém má velkou řadu příznaků. Na prvním místě je vidět výrazná dráždivost novorozence, která může skončit až generalizovanými křečemi. Dále můžeme pozorovat zvýšený tonus svalstva, zívání, kýchání, neklid, třes. Spánková období jsou velmi krátká, což není typické pro novorozence.

GIT – gastrointestinální trakt reaguje špatnou koordinací sání a polykání, zvracením a průjmy. To může způsobit poruchy metabolismu vody a elektrolytů a tím vážně ohrozit novorozence na životě.

RT – u respiračního traktu se objevuje zvýšená sekrece z nosu nebo naopak ucpaný nos, zrychlené dýchání, dyspnoe, zatahování, aspirační pneumonie a apnoické pauzy.

Vegetativní nervový systém – zde se může objevit vysoká teplota, tachykardie, pocení a poruchy prokrvení kůže. (Vavřiková, Binder, 2006, s.70)

K hodnocení přítomnosti abstinenčních příznaků existuje několik skórovacích systémů. V naší republice se využívá bodový systém, který vytvořila MUDr. Finneganová v polovině 70. let 20. století.

Jedná se o nejpropracovanější a nejužívanější způsob hodnocení NAS. Hodnotíme zde 21. kritérií v bodové škále od 1 do 8 bodů. Body přidělueme na základě významnosti příznaků (tabulka 3 – příloha)

Skórování zahájíme 2 hodiny po porodu a pokračujeme buď po 4 hodinách nebo po 2-3 hodinách. Záleží na hodnotách bodování u jednotlivých příznaků. Nevýhodou je, že se jedná o semiobjektivní metodu.

5.2.1. Diagnostika novorozeneckého abstinenčního syndromu

- Anamnéza – u matky – délka závislosti, druh dorgy, čas poslední aplikované dávky, substituční léčba
- Přítomnost klinických příznaků NAS – skórování dle Finneganové
- Toxikologický screening – u matky – moč krev, u novorozence – moč, krev, smolka, vlasy, tkáň pupečníku
- Laboratorní vyšetření vyloučení jiných onemocnění

U novorozence, u kterého byla stanovena diagnóza NAS, hospitalizujeme na jednotce intenzivní péče. Děti bývají citlivé na hluk a osvětlení, tudíž se snažíme vytvořit vhodné podmínky. Omezíme také manipulace s dítětem.

5.2.2. Zásady péče o dítě s NAS

Mezi základní terapii patří režimová opatření. To znamená již výše zmíněné ošetřování v tichém, tmavém, teplém prostředí. Platí zde zásada šetrné manipulace s novorozencem a monitorace vitálních funkcí.

Co se týče stravy, je vhodná vysokokalorická strava v menších dávkách a v kratších intervalech.

Přístup ke kojení není zcela jednotný. Většinou to závisí od denních dávek metadonu. Některá pracoviště tolerují 20 mg denně metadonu denně. Mezi absolutní kontraindikace kojení patří pokračování matky v abuzu nezákonných drog a HIV pozitivita matky.

Subutex přechází do mateřského mléka jen v malých koncentracích, tudíž novorozenci mohou být plně kojeni. ([www.pediatricpraxi.cz/2009;10\(60\)\)](http://www.pediatricpraxi.cz/2009;10(60)))

5.2.3. Farmakoterapie

Farmakoterapie je indikována u dětí se skóre dle Finneganové nad 8 bodů. Obvykle začíná opiovými nebo morfinovými preparáty. Látka se podává perorálně v kapkách, rozředěny na stejnou koncentraci morfinu, a to 0,4 mg/ml.

Lékem druhé volby je fenobarbital.

6. Šestinedělí u drogově závislých žen

Během hospitalizace matky a dítěte je na místě přirozená diskrétnost. I u závislé nedělnky nesmíme opomenout úzký kontakt mezi matkou a dítětem a vzájemnou informovanost.

Je důležité správné rozdělení rolí a kompetencí i pro specialisty. Na oddělení šestinedělí průběžně sledujeme stav matky i novorozence.

Podle toxikologického vyšetření moči (odběr provádíme 2x týdně) je nabídnuta detoxifikace metadonem nebo fenemalem eventuelně antabusem. Není-li po dvou týdnech zjištěna přítomnost drog ani jiných návykových látek, lze ženu propustit domů. Po dohodě s ženou je možné a vhodné předat ji do specializovaného léčebného zařízení. Kontakt s dítětem zůstává nepřerušen, neboť i tato pracoviště umožňují ženám, dle jejich zdravotního stavu, návštěvy dítěte. (Velemínský, 2008, s.84-85)

Charakteristika rizikových faktorů, které mohou narušit ranou interakci matky s dítětem:

- Matka – strach ze stavu dítěte, pocity viny, vliv drog, strach z úřadů, abstinenční příznaky, špatná schopnost navazovat kontakty, nízká sebedůvěra, nízké sebehodnocení, akutní sociální situace, odloučení od dítěte
- Dítě – komplikace za porodu, v těhotenství, abstinenční příznaky, léčba, vliv léků a jiné (poškození alkoholem, nízká porodní hmotnost, předčasný porod, infekce)

(Velemínský, 2008, s.87)

Po emoční stránce se krátce po porodu u většiny matek poměrně rychle rozvíjí pozitivní citová vazba k dítěti. Následuje pocit, že dítě patří jen jí. V některých případech jsou tyto pocity prožívány s denním a týdenním zpožděním. Vliv na toto opoždění mívá většinou bolestivý porod a podávání vysokých dávek opiátů.

Úlohou porodní asistentky je být důležitým modelem v péči o dítě. Poskytnout důležité informace a schopnost umožnit co nejlepší podmínky pro vazbu matky a dítěte. To platí v období těsně po porodu, ale stejně tak během hospitalizace na oddělení šestinedělí. (Ratislavová, 2008, s.89)

7. Následný vývoj dítěte

Ve společnosti se setkáváme s různými názory. Může jít například o názor, že děti drogově závislých matek se rodí vždy s postižením. Spousta lidí si myslím, že samotný porod vytváří silný mateřský vztah k dítěti, což je jako motivace k abstinenci.

Péče o děti drogově závislých matek se v současné době již nesoustřeďuje pouze do specializovaných center, ale stává se běžnou součástí široké pediatrické praxe.

V novorozeneckém a kojeneckém období je na prvním místě nezbytná příslušná lékařská a ošetrovatelská péče. Nesmíme opomenout časně zahájení řešení sociální problematiky.

V pozdějším věku se mohou u těchto dětí projevit různé poruchy chování, emocí, alergická či astmatická onemocnění, poruchy imunitního systému.

Pro zdárný vývoj dítěte je důležitá multidisciplinární péče se zapojením dalších odborných profesí. Zejména neurologů, fyzioterapeutů, psychologů a sociálních pracovníků. ([www.pediatriepropraxi.cz/2009;10\(6\)](http://www.pediatriepropraxi.cz/2009;10(6)))

8. Systém péče v České republice

Problematika návykových látek a jejich užívání u těhotných žen je v dnešní době velmi závažným problémem. Návykové látky ovlivňují nejen psychické a fyzické zdraví žen, ale především způsobují komplikace v dalším životě ještě nenarozenému dítěti.

Děti narozené matkám užívající drogy jsou v drtivé většině odebrány a umístěny do ústavní výchovy. Další možností je předání dítěte do péče rodiny, ze které závislá matka pochází (pokud rodina projeví o dítě zájem).

Důvodem k odebrání dítěte však často nebývá drogová závislost matky, nýbrž celková sociokulturní situace matky a její neschopnost o dítě pečovat.

Jedním z center, které disponuje v současné době nejucelenější koncepcí péče o těhotnou drogově závislou ženu a její dítě v České republice je Centrum pro rodinu, detašované organizací Drop-in, o.p.s.. Program centra probíhá ve spolupráci se sociálně-právní ochranou dětí, porodníky, lékaři a pediatry. Hlavním cílem centra je snížení počtu dětí v ústavní péči.

Projekt „Resocializace matek užívajících psychotropní návykové látky a monitoring jejich dětí v kojeneckých ústavech a dětských domovech“ je jedním z prvních projektů Centra pro rodinu – Drop-in, o.p.s. Svou činnost zahájil v roce 2000 při základním středisku prevence léčby drogových závislostí. Jeho primární činností je poradenství v oblasti drogové problematiky.

V dubnu roku 2002 vzniklo Centrum pro rodinu. Jeho zřizovatelem je stejnojmenné středisko Drop-in, o.p.s., do něhož byl projekt Resocializace zařazen.

Základní cíle uváděné Drop-in, o.p.s.:

- Motivace cílové populace těhotných klientek, nebo klientek pečujících o děti a směřování k abstinenci
- Pomoc při adekvátním řešení situace, zabezpečení gynekologicko-porodnické péče, psychoterapeutická a sociální péče
- Středisko se podílí při stabilizování jejich zdravotního stavu v době těhotenství i později. To znamená o vlivy návykových látek či alkoholu v prenatálním období, v době porodu

- Nabízí pomoc a asistenci při stabilizaci tíživé sociální situace – zajištění bydlení, získání sociálních dávek
- Nezbytným programem je rozvoj sociální dovednosti a orientace v mezilidských vztazích a to v době zařazení do programu i po jeho ukončení. Cílem je to, aby matka společně s partnerem či ostatními rodinnými příslušníky dokázali vytvořit dítěti bezpečné zázemí rodiny jako takové (www.dropin.cz)

Jako další negativní rys se objevuje i značná tolerance vůči alkoholu v české společnosti.

Léčba alkoholismu se děje na několika úrovních – farmakologická, psychoterapie, rodinná terapie. Výzkumnou roli v prevenci zneužívání alkoholu hraje také škola.

Při práci s ohroženou těhotnou ženou je velmi důležitá mezioborová spolupráce. Tato spolupráce by měla fungovat mezi lékaři, porodními asistentkami, sociálními pracovníky a také psychologem.

Je nutné si uvědomit všechna možná rizika, ke kterým by mohlo během těhotenství i porodu dojít. Lékař by měl zajistit všechna potřebná vyšetření během těhotenství a spolu s porodní asistentkou vypracovávají plán porodu.

9. Kde hledat pomoc

Dnešní webové stránky nabízejí pomocnou ruku všem, kdo mají pocit, že se potřebují svěřit či poradit.

9.1. Práva dětí, linky důvěry, drogy

www.ditekrize.cz – „Dětské krizové centrum“, kde hlavním zaměřením je problematika týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Linka je telefonická i internetová.

www.dom-os.cz – „Fond ohrožených dětí“ se zabývá problematikou týraných dětí (oznamovací povinnost), týrajících rodičů, formou týrání. Patří sem také lokální výzkum týrání, anonymní porody.

www.sppd.cesky-dialog.net – „Servis pro práva dítěte“, obsahuje adresář (včetně webových adres) na téma: náhradní péče, speciální péče, dítě v nouzi, poradny.

www.sananim.cz – „Občanské sdružení SANANIM“ je největší nestátní organizací v České republice poskytující služby v oblasti péče a léčby závislosti na nealkoholových drogách. Nadace „Sirius“ se věnuje podpoře plnohodnotného rozvoje a vývoje dítěte, jehož matka užívala drogy. Program zaměřuje svou pozornost na pomoc dětem závislých rodičů (matek) ke v naší republice ojedinelý. Pomáhá snížit počet dětí, které by byly jinak umístěny v ústavní péči.

www.dropin.cz – „Středisko prevence a léčby drogových závislostí“. Součástí tohoto střediska je i internetová poradna.

www.prevcentrum.cz – Občanské sdružení, které se zabývá prevencí, terapií a psychosociální pomocí pro děti, mládež a rodiny. Základním posláním sdružení je realizace primární a sekundární prevence. Dalším úkolem je poskytování psychosociální pomoci osobám ohroženým závislostmi a dalšími společensky nežádoucími jevy.

www.poradenskecentrum.cz – „Poradenské centrum pro drogové a jiné závislosti“. Jsou zde obsaženy informace pro podezřelých v oblasti drogové závislosti, patologického hráčství, v oblasti šikany, poruch příjmu potravy.

10. Česká republika z pohledu užívání drog

V České republice neustále narůstá obliba rekreačního užívání marihuany a to zejména mezi nejmladší populací (ve věku 15-25 let).

Marihuanu pravidelně užívá přibližně 15% populace ve středoškolském věku (15-19 let) a minimálně jednu zkušenost s ní má v téže věkové skupině asi 46% populace.

Od 1.ledna 2010 nabyl účinnosti nový trestní zákoník, který obsahuje změny v oblasti nakládání s nelegálními drogami. Dle statistického výzkumu výrazně vzrostl počet problémových uživatelů pervitinu a injekčních uživatelů drog obecně.

V roce 2004 bylo v naší republice 10 substitučních center. Kraj Zlínský, Pardubický, Vysočina, Plzeňský a Karlovarský zůstaly nepokryty. K léčbě závislosti se používal výhradně orální Subutex (v české republice registrován od roku 200) a Metadon. Subutex může předepisovat každý lékař, bez ohledu na specializaci.

Hlavní město Praha a Ústecký kraj má nejvyšší počet uživatelů drog a závislost na opiátech. Nejvyšší počet (odhadovaný) uživatelů pervitinu má Ústecký kraj. (Vavřínková, 2006, s.21)

V roce 2009 výrazně vzrostl počet problémových uživatelů drog na přibližně 37,4 tisíc. Na nárůstu mají největší podíl uživatelé pervitinu (přibližně 25,3 tisíc), dále stoupá i počet ostatních uživatelů injekčních drog (12,1 tisíc).

Nejdostupnější drogou v České republice je marihuana. Pervitin je druhou nejčastěji zachycenou drogou. Kokain je stimulační drogou v nočním životě.

V roce 2001 zemřelo na předávkování psychotropní látkou 167 lidí. Poměrně velké množství osob z této skupiny zemřelo pro předávkování Rohypnolem.

Lze zaznamenat i spoustu úmrtí po aplikaci některé z nelegálních drog – opiáty 53 osob. Umírají bohužel také lidé na předávkování těkavých látek.

I přesto je počet úmrtí na předávkování drogami v České republice ve vztahu k počtu obyvatel i k počtu problémových uživatelů drog v porovnání se státy EU a USA velmi nízký.

(Kaline et al., 2003, s.27-28)

11. Diskuze

Problémové užívání drog je v ČR definováno jako injekční užívání drog. Počet problémových uživatelů drog se podle odhadu pohybuje v rozmezí 21-38 tisíc. V kontaktu s léčebnými nebo nízkoprahovými zařízeními je asi 60% problémových uživatelů. Nejčastěji ve věku 22-26 let. Nejčastěji zastoupenou skupinou žadatelů o léčbu jsou uživatelé stimulancií (53,5%), po té uživatelé opiátů (25,0%) a jako třetí uživatelé konopných látek (16,5%). (Vavřínková, 2006, s. 24)

Výsledky průzkumů potvrdily nastartovaný trend diferenciací na drogové scéně. Roste experimentování a rekreační užívání konopných látek a extáze. Z Národní studie o užívání drog také vyplývá, že jsou velké rozdíly v rozsahu užívání drog podle krajů.

Ve své práci nazvané „Návykové látky v těhotenství“ jsem se problematice drogové závislosti věnovala z pohledu dopadu užívání návykových látek nejen na plod, ale i souvisejícím tématům, kterými jsou historie drog a jejich užívání a i celkové ohlédnutí nad situací v naší republice a nabízených středisek, odborných poraden pro ženy.

U každé z uvedených návykových látek uvádím stručně jejich minulost, současné užívání a především vliv na těhotnou ženu, vývoj plodu a novorozence. Druhým cílem je popis novorozence s „novorozeneckým abstinenčním syndromem“ a s „fetálním alkoholovým syndromem“. Popisuji zde vzhled dítěte, ale i dopad na jeho psychiku, motoriku, chování a další vývoj.

Další témata související s vlivem návykových látek na ženu z pohledu její schopnosti počít, donosit bez zdravotních komplikací dítě, včetně bezproblémového porodu a konečně i zdravý vývoj dítěte po vlastním porodu mohou například být:

- Vliv doby užívání návykových látek na početí
- Vliv užívání návykových látek na plod z pohledu opakovaného těhotenství
- Srovnání vlivů návykových látek a jejich substitucí užívaných při léčbě závislosti na těhotenství
- Vliv návykových látek užívaných v těhotenství zdravý vývoj novorozence v různých fázích vývoje dítěte

- Vliv užívání návykových látek na průběh těhotenství v souvislosti s věkem těhotné ženy – kombinace s jinými rizikovými faktory

Tato témata zdaleka nezahrnují celou problematiku, ale jsou jen výčtem dokazujícím jak komplexní tato problematika může být.

Bylo by chybou vliv návykových látek v těhotenství posuzovat pouze z pohledu konfliktu s legislativou, která se může v čase měnit a v žádném případě nemůže postihnout veškeré aspekty ovlivňující člověka a společnost jako takovou. Jak ukazují fakta shrnutá v této bakalářské práci, i závislosti nestojící mimo rámec legality mají vliv na těhotenství a naznačují, o jak komplexní problém se může jednat.

12. Závěr

Je velmi nutné změnit celkový způsob komunikace o zdravotním riziku u drogově závislých matek. Zodpovědnost za prevenci nese celá naše společnost. Základem úspěchu je ucelená koordinace mezi všemi odborníky, kteří s touto rizikovou skupinou přicházejí do kontaktu.

Domnívám se, že cíle mé práce jsou splněny v rozsahu a formě odpovídajícími možnostem formátu bakalářské práce. Tato práce by dle mého názoru mohla být i vhodným doplňkovým výukovým materiálem v přípravě budoucích porodních asistentek nebo při průběžném vzdělávání porodnického personálu v rámci odborných seminářů nebo konferencí. Samozřejmě se nabízí otázka, do jaké míry by problematika návykových látek v těhotenství měla být začleněna do rodičovské výchovy dospívajících dívek jako další způsob prevence drogových a jiných závislostí.

Informace obsažené v této bakalářské práci je jistě možné zahrnout do edukačních programů a shrnout je například v brožuru. Obsah takové brožury navrhuji rozčlenit do těchto bodů:

1. Stručný přehled drog
2. Vliv drog na těhotenství
3. Důsledky užívání drog na plod a novorozence
4. Obrazová příloha

Takovou brožuru by měla být určena pro ženy, které se svou závislostí ve specializovaných centrech bojují. Rovněž by bylo vhodné tuto brožuru distribuovat v čekárnách gynekologických ordinací.

Dosavadní fakta jednoznačně ukazují na škodlivý vliv jakékoliv návykové látky užívané nejen ve vlastním průběhu těhotenství, nýbrž i před ním ve smyslu ovlivnění možnosti početí. Užívání návykových látek ovlivňují negativně průběh těhotenství z pohledu zdravotního stavu ženy, samozřejmě i jejího psychického stavu. Tuto oblast nelze v žádném případě opomíjet (myšleno psychický stav těhotné ženy), neboť právě psychický stav těhotné ženy přispívá k zdravému vývoji plodu.

Užívání návykových látek tak ovlivňuje i vlastní zdravotní stav plodu a po porodu jeho adaptaci na nové prostředí.

V návaznosti na prognózy o počtu drogově závislých a rozvoje různých nových druhů drog, zasahujících především mladší generaci, a tím pádem i potenciálně těhotné ženy, předpokládám nutnost rozvoje specifické péče v době těhotenství. Péče o tuto specifickou klientelu s sebou přinese jistě mnoho nových otázek, které bude nutno řešit.

Seznam použité literatury

ČECH, Evžen; HÁJEK, Zdeněk; MARŠÁL, Karel. *Porodnictví*. Praha : Grada Publishing, spol.s r.o., 2006. 546 s. ISBN 80-247-1313-9.

FENDRYCHOVÁ, J. *Hodnotící metody v neonatologii*. 1. Brno : NCO NZO, 2004. ISBN 80-7013-405-4.

GÖHLERT, F.; KÜHN, F. *Od návyku k závislosti*. 1. Praha : Euromedia Group, 2001. 144 s. ISBN 80-7202-950-9.

HÁJEK, Z. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. Praha : Grada Publishing, spol.s r.o., 1996. 168 s. ISBN 80-7169-277-8.

HRONEK, Miloslav. *Výživa ženy v obdobích těhotenství a kojení*. Praha : Maxdorf, 2004. 316 s. ISBN 80-7345-013-5.

KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*. 1. Praha : Grada Publishing, spol.s r.o., 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.

KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti I. Mezioborový přístup*. 1. [s.l.] : Úřad vlády ČR, 2003. 318 s. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti II. Mezioborový přístup*. 1. [s.l.] : Úřad vlády ČR, 2003. 343 s. ISBN 80-86734-05-6.

KOLEKTIV AUTORŮ SDRUŽENÍ SANANIM. *Drogy: otázky a odpovědi*. Praha : Portál, 2007. 200 s. ISBN 978-80-7367-223-2.

KUBÁNEK, V. *Drogy a jejich účinky na lidský organismus*. 1. Praha : Policejní akademie České republiky v Praze, 2010. ISBN 978-80-7251-319-2.

LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Praha : Grada Publishing, spol.s r.o., 2004. 993 s. ISBN 80-247-0668-7.

MRAVČÍK, V. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009*. 1. Praha : Úřad vlády ČR, 2010. ISBN 978-80-7440-034-6.

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 1. Praha : Portál, 2000. 152 s. ISBN 80-7178-432-X.

NEŠPOR, K.; CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*. 1. Praha : Psychiatrické centrum, 1996. 203 s. ISBN 80-85121-52-2.

NEŠPOR, K.; CSÉMY, L. *Návykové látky - prevence a časná intervence*. 1. Praha : Psychiatrické centrum, 1996. 203 s.

POKORNÝ, V.; TELCLOVÁ, J.; TOMKO, A. *Patologické závislosti*. Brno : Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002. 194 s. ISBN 80-86568-02-4.

ROTGERS, F., et al. *Léčba drogových závislostí*. 1. Praha : Grada Publishing, spol.s r.o., 1999. 264 s. ISBN 80-7169-836-9.

ROZTOČIL, A. *Moderní porodnictví*. 1. Praha : Grada Publishing, spol.s r.o., 2008. ISBN 978-80-247-1941-2.

ŠEDIVÝ, V.; VÁLKOVÁ, H. *Lidé, alkohol, drogy*. 1. Praha : Naše vojsko, nakladatelství a distribuce knih, 1988. 160 s. ISBN 28-049-88.

VAVŘINKOVÁ, B.; BINDER, T. *Návykové látky v těhotenství*. 1. Praha : TRITON, 2006. 122 s. ISBN 80-7254-829-8.

Internetové zdroje

Národní informační centrum pro mládež – ICM NICM Praha, 2008 [on line]. Ilegální drogy-charakteristika. [cit. 2.3.2011]. Dostupné z www: <http://www.icm.cz/drogy-a-jine-zavislosti-ilegalni-drogy>

Alcoholics Anonymous. 2004 Membership Survey [online]. 2004 [cit. 2.3.2011]. Dostupné na: Alcoholics Anonymous: <http://www.alcoholics-anonymous.org>

Centrum pro rodinu s dětmi. [online]. C2008 [cit. 11.3.2011]. Dostupné z www: <http://dropin.cz/centrumprorodinu.html>

NEŠPOR, K. Moderní léčba návykových nemocí [online]. C2008 [cit. 19.3.2011]. Dostupný z www: <http://www.plbohnice.cz/nespor/addictcz.html>

Zaostřeno na drogy 1. Legální drogy v České republice. Od užívání alkoholu a tabáku k možnostem prevence a léčby. [online]. 2055 [cit. 19.3.2011] Dostupné z www: <http://www.drogy-info.cz>

Seznam příloh

Příloha 1 – Fetální alkoholový syndrom (FAS)

Příloha 2 – Fetální alkoholový systém (FAS)

Příloha 3 – Vývoj plodu

Příloha 4 – Kranofaciální abnormality u FAS

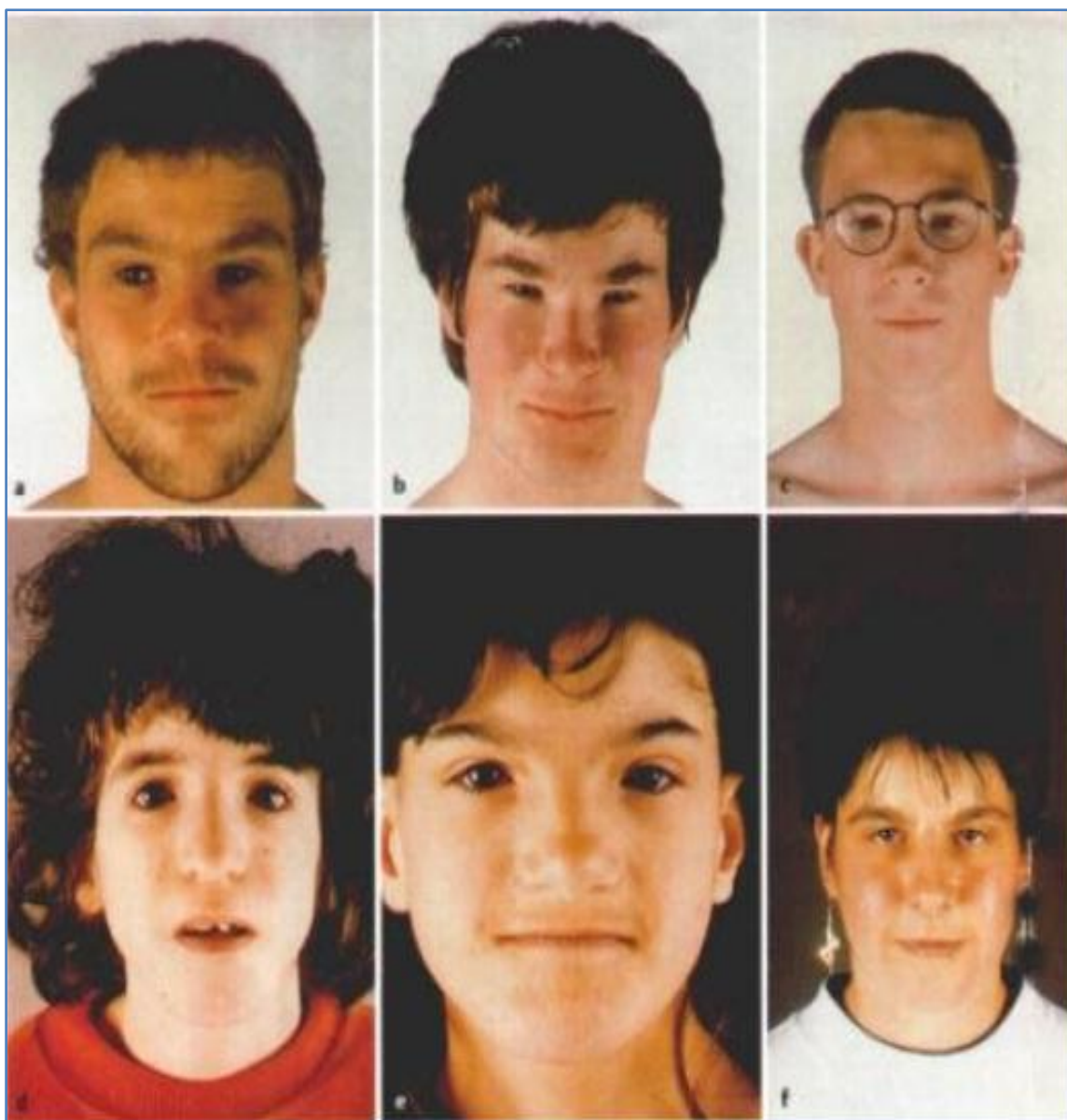
Příloha 5 – Management péče o drogově závislé pacientky

Příloha.1 – Fetální alkoholový syndrom (FAS)



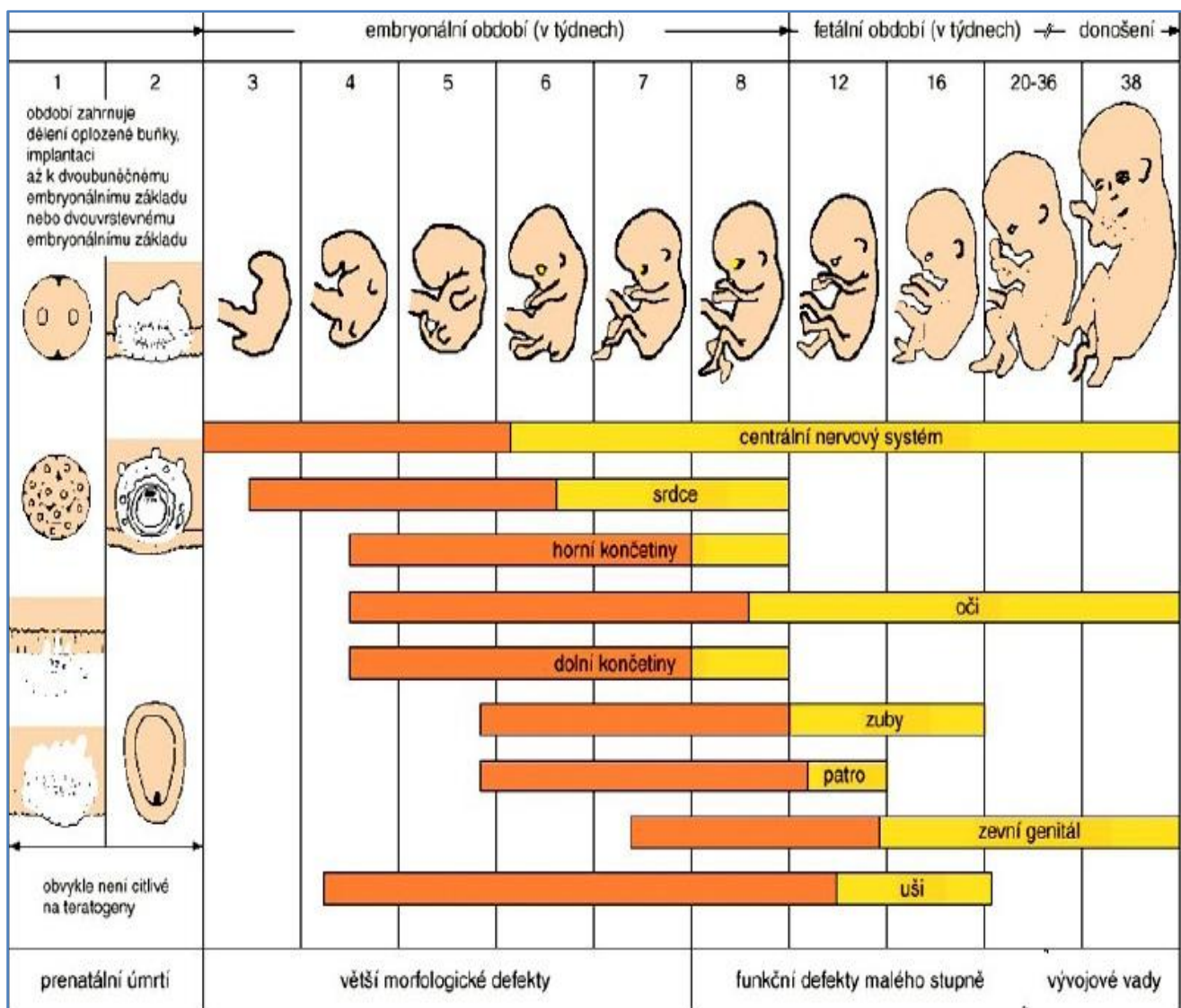
Zdroj: http://biol.lf1.cuni.cz/prez_zub/devo_terato_cz.pdf

Příloha 2 – Fetální alkoholový systém (FAS)



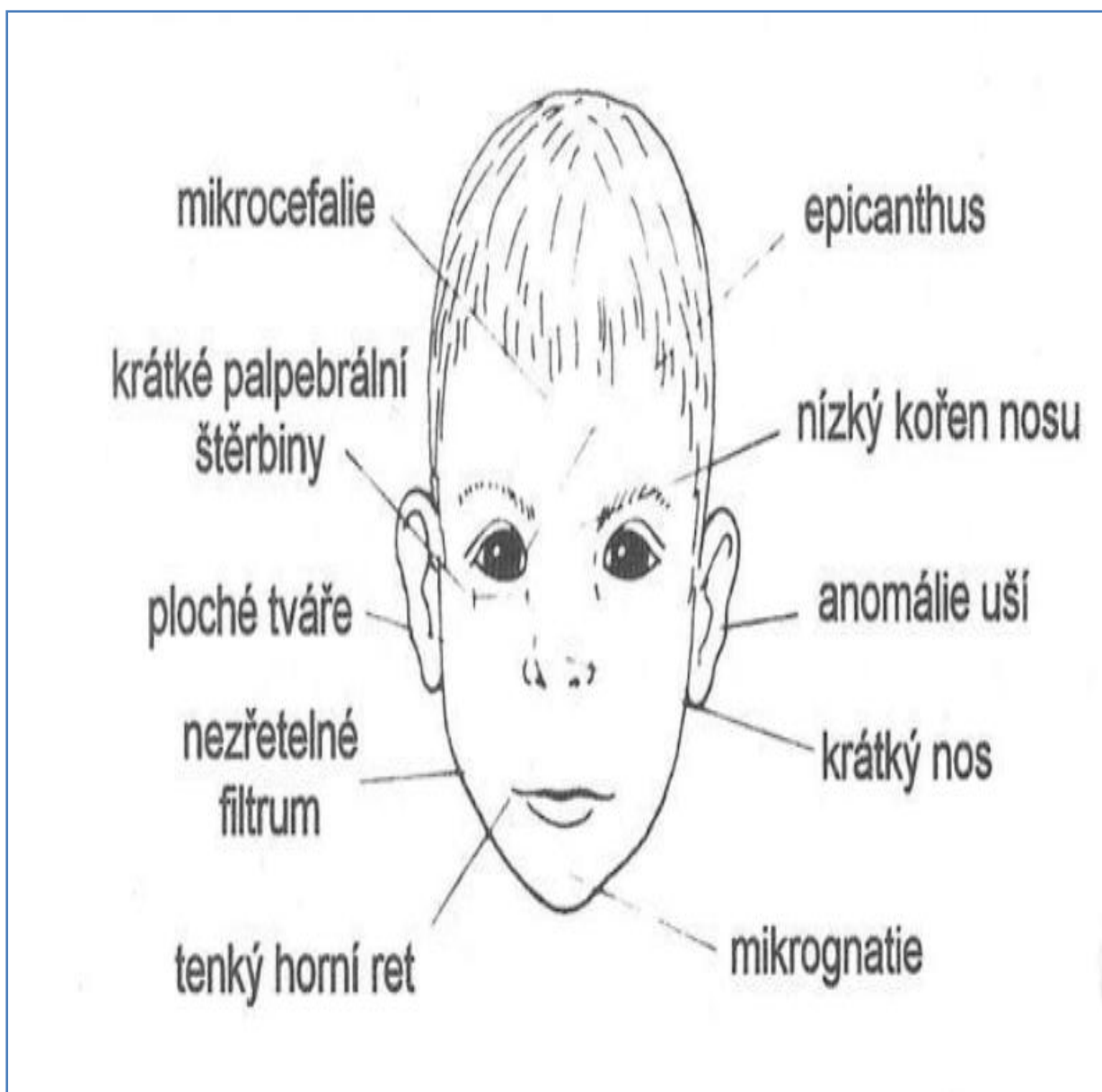
Zdroj: http://biol.lf1.cuni.cz/prez_zub/devo_terato_cz.pdf

Příloha 3 – Vývoj plodu



Zdroj: http://biol.lf1.cuni.cz/prez_zub/devo_terato_cz.pdf

Příloha 4 – Kranofaciální abnormality u FAS



Zdroj: Vavřínková, Binder, Návykové látky v těhotenství, 2006, s. 57

Příloha 5 – Management péče o drogově závislé pacientky

První návštěva	
Anamnéza	Rodinná, osobní, porodnická (předčasné porody, STD)
Drogová anamnéza	Typ drogy, délka abúzus, způsob aplikace, dávka
Laboratorní vyšetření	BWR, HIV, panel hepatitid, STD
Ultrazvukové vyšetření	Gestační stáří, anomálie
Léčba závislosti	Detoxikace, substituční terapie
Následující prenatální péče	
Poučení	HIV, vliv drog na plod
Výživa	
Psychosociální péče	
Stav plodu - III. Trimestr	Růst a odhad hmotnosti, biofyzikální profil
Péče u porodu	
Monitorování matky	oxygenace, hyperpyrexie, abrupce placenty
Monitorování plodu	Hypoxie
Tlumení bolesti	epidurální analgezie
Císařský řez (při porodnické indikaci)	

Zdroj: Vavřínková, Binder, Návykové látky v těhotenství, 2006, s. 57