

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI  
FAKULTA ZDRAVOTNÍCH VĚD  
Ústav porodní asistence

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

### **Návykové látky v těhotenství**

vedoucí práce: Mgr. Jana Holmanová, DiS.

Soňa Holcová  
Ústav porodní asistence  
Kombinované studium  
Olomouc 2016

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením  
Mgr. Jany Holmanové, Dis. K práci jsem použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne 1. 3. 2016

Soňa Holcová

Tímto chci poděkovat Mgr. Janě Holmanové, DiS., za odborné vedení bakalářské práce a poskytování cenných rad.

Děkuji také rodině, která mi poskytla dostatek času a podpory ke studiu.

## Obsah

1	HISTORIE NÁVYKOVÝCH LÁTEK .....	10
2	CHARAKTERISTIKA DROGOVĚ ZAVISLÝCH TĚHOTNÝCH ŽEN .....	12
2.1	Příčiny vzniku závislostí .....	13
2.2	Následky užívání drog v těhotenství.....	14
2.3	Kofein v těhotenství.....	14
2.4	Alkohol v těhotenství.....	15
2.5	Nikotin v těhotenství.....	18
2.5.1	Léčba těhotné závislé na nikotinu .....	21
2.6	Opioidy v těhotenství.....	22
2.6.1	Porod závislé na heroinu.....	24
2.7	Kanabionidy.....	25
2.7.1	Vliv kanaboidů na plod a dítě.....	25
2.8	Halucinogeny .....	26
2.9	Léky v těhotenství.....	27
3	Sociální a zdravotní systém péče o ženy užívající návykové látky .....	28
3.1	Prevence .....	29
3.2	Nízkoprahová zařízení .....	31
3.3	Ambulantní služby .....	31
3.4	Ústavní léčba a doléčovací programy .....	32
4	Léčba drogově závislých těhotných žen.....	34

4.1	Metadon .....	34
4.2	Bubrenorfin (Subutex) .....	35
5	System péče v ČR.....	36
	ZÁVĚR.....	38
	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	41
	REFERENČNÍ SEZNAM .....	42
	ANOTACE .....	46

## ÚVOD

*„Většina mužů a žen vede v krajním případě životy tak bolestné,  
přinejlepším tak monotónní, chudé a omezené,  
že nutkání uniknout,  
dychtivost vystoupit sami ze sebe byť jen na pár okamžiků,  
je, a vždy byla jednou ze základních chutí lidské duše“.*

**Britský filosof a spisovatel Aldous Huxley.**

Návykové látky, alkohol, nikotin jsou ve společnosti stále více diskutovaným tématem. I přes toto se ve společnosti stále zvyšuje počet závislých. V době otevření hranic v České republice po listopadu 1989 se rozšířil počet uživatelů drog a stále se nedaří tento počet snížit. Stoupá počet žen závislých na návykových látkách. Takto závislé ženy neplánují své těhotenství. V mnoha případech o něm ani nevědí, nenavštěvují prenatální poradny, často přicházejí poprvé do porodnice až k samotnému porodu. Legální drogy, do kterých spadá alkohol a nikotin, způsobují překvapivě více nežádoucích následků než samy drogy nelegální, neboť jsou snadno dostupné. Alkohol lze navíc dlouho skrývat, ale i malé množství alkoholu konzumované během těhotenství může vážně poškodit plod. V organismu těhotné je alkohol dopravován nejen ke všem orgánům, ale i transplacentárně k plodu a jeho vyvíjejícím se orgánům (Schmidtová, 2011, s. 1-4).

Na začátku dvacátého století byly rozděleny návykové látky na legální a nelegální. Za legální drogy byly prohlášeny alkohol, nikotin a kofein. Do nelegálních drog spadá pervitin, kokain, marihuana, LSD a ostatní drogy. Užívání nelegálních drog je trestné a nezákonné, stejně tak i jejich výroba (Vavřínková, 2003, s. 344-345).

Na vznik závislosti má vliv hned několik faktorů, a to spouštěcí mechanismus, událost vedoucí ke zneužití návykové látky a droga samotná. Důležitou roli hraje i osobnost, zda je nakloněna k experimentování, risku a novým zážitkům. Neméně důležitý faktor je rodinné zázemí a školní prostředí (Vavřínková et al, 2006, s. 15-16).

Již mladiství mají během svého dospívání sklon k experimentování, vyhledávání vzrušujících a nových činností jim přináší uspokojení specifické vývojové potřeby, jedná se o určitý

pozitivní způsob satisfakce, což lze považovat za přirozený vývoj, pokud se jedná pouze o přechodnou činnost s určitými hranicemi, které zabezpečují ochranu jedince.

Mezi základní okruhy rizikového chování, které se často vzájemně prolínají, patří užívání návykových látek, rizikové sexuální chování a záporné psychosociální jevy (Machová, Hamanová, 2002, s. 157-158).

Při práci porodní asistentky je možné se setkat s těhotnými ženami, které vykazují známky užívání návykových látek. Tyto závislé ženy mohou mít problémy s látkami kratší dobu, ale mohou vykazovat i známky těžké závislosti. Je důležité vědět, jakým způsobem problémy vznikly. Tyto informace jsou důležité vědět pro samotnou práci s těhotnou, ale i pro úspěšnou komunikaci s rodinou.

Následná léčba zapříčiněná následky rizikového chování může mít neblahý dopad jak pro samotnou těhotnou, její rodinu a nakonec i celou společnost jak po stránce sociální, zdravotní, tak i ekonomické.

Důležitou prevencí k řešení vlastních otázek v péči o zdraví lidu předkládá Světová zdravotnická organizace ve svém návodu a podnětu Zdraví 21. Klade zde velký důraz na spolupráci všech resortů (Čeledová, Čevela, 2010, s. 90-91).

Mezi své dílčí cíle si klade za cíl výrazně snížit nepříznivé důsledky návykových látek: tabáku, alkoholu a psychoaktivních drog, tím i snížit šíření drog přinejmenším o 25 % a následnou úmrtnost z důvodu jejich užívání alespoň o 50 % (Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR, 2002).

Bakalářská práce podává ucelený přehled o nejčastěji užívaných návykových látek v graviditě, jejich vlivu na plod, léčbě a prevenci. Byly stanoveny dílčí cíle:

1. Předložit poznatky o nejčastěji užívaných návykových látkách v graviditě.
2. Předložit poznatky o vlivu a následcích poškození plodu návykovými látkami.
3. Předložit poznatky o léčbě a prevenci závislých na návykových látkách.

### **Vstupní literatura:**

BINDER, Tomáš a Blanka VAVŘINKOVÁ, 2006b. *Návykové látky v těhotenství*. Praha: Triton, ISBN 80-7254-829-8.

EGGOVÁ, Petra a VRÁNOVÁ, Věra, 2010. *Edukační činnost porodní asistentky*. Diagnóza v ošetrovatelství: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Praha: Promediamotion. ISSN 1801-1349.

KLESCHT, Vladimír, 2006. *Přirozené zdraví: aneb Jak si nevyrábět nemoci*. Brno: Vladimír Klescht. ISBN 80-239-7324-X.

POKORNÁ, Jitka a BŘEZKOVÁ, Veronika a PRUŠA, Tomáš, 2008. *Výživa a léky v těhotenství a při kojení*. Brno: Era group. ISBN 978-80-7366-136-6.

RATISLAVOVÁ, Kateřina, 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area. ISBN 978-80-254-2186-4.

VRÁNOVÁ, Věra, 2011. *Porodní asistence I.: žena s fyziologickým těhotenstvím, porodem a novorozencem v péči porodní asistentky*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-2917-5.

### **Vyhledávací strategie:**

Vyhledávací strategie zahrnovaly dvě metody. První metodou byla rešerše v Ústřední knihovně Univerzity Palackého, rešerše ve specializované knihovně Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně a rešerše v Lékařské knihovně Fakultní nemocnice Ostrava.



Druhou metodou bylo vyhledávání v on-line databázích PubMed, Medvik, ProQuest, Google scholar, EBSCO a Link Springer. Pro bakalářskou práci bylo nalezeno 90 článků a publikací souvisejících s drogovou závislostí, závislosti těhotných, 10 z nich bylo v anglickém jazyce, 5 v jazyce slovenském, 75 publikací v jazyce českém. Po prostudování všech materiálů bylo využito 29 publikací, z toho 28 v českém jazyce, 1 v jazyce anglickém a 1 v jazyce slovenském. Z důvodu nevhodnosti a opakování poznatků byly ostatní zdroje vyřazeny.

Vyhledávací období: 2003- 2015

Pro vyhledávání byla použita tato **klíčová slova**: návykové látky, drogy, drogy v těhotenství, fetální alkoholový syndrom, porod závislé matky, kojení, plod, novorozenec, péče porodní asistentky, prevence závislosti, léčba drogově závislých.

# 1 HISTORIE NÁVYKOVÝCH LÁTEK

Dle Kaliny nejstaršími drogami jsou psychedelické látky. Antropologové studovali domorodé kultury z mnohých částí světa a zjistili, že psychedelické látky a jejich substance byly používány k léčení, věštění, ke komunikaci s mimozemským světem, v šamanských rituálech. Psychedelické látky navozují intenzivní prožitky, které mohou mít hluboký transformativní charakter, často obsahují zážitky se smrtí a znovuzrození, spojení s vesmírem. Dochovaným svědectvím užívání psychedelicky účinných látek měly šamanské rituály. Nejstarším náboženstvím je právě šamanismus, v historickém vývoji sahá až do doby paleolitu. Představitelé šamanismu, šamani, měli vypracované techniky na vyvolání změny stavu vědomí na nedrogové i drogové bázi. Toto vnímání světa bylo více na bázi prožitku, intuice než na racionálním uvažování a logické abstrakci. Člověk zřejmě tenkrát jiným způsobem využíval a zatěžoval své mozkové hemisféry. V historii čínské medicíny je udáváno, že již před 3 500 lety dle čínské literatury, se popisuje posvátná rostlina a z ní vyráběný nápoj "soma". Čínské verše rgvédy opěvují účinky tohoto božského nápoje. Tento nápoj uvedl člověka do stavů extáze, kdy jednou polovinou byli na zemi a druhou na nebesích. Jejich tělesná schránka oplývala velkou silou, srdce odvahou, plni radosti a mysl věřila v nesmrtelnost (Kalina, 2003, s. 83).

Před 5 000. lety jsou dokumentovány první zmínky v literatuře o účincích konopí, a to v lékopise čínského císaře Shen-Nunga, jako o léku na malárii, na revmatické potíže a zácpu. V indické medicíně, ajurvédě, se již v období 800 let př. n. l. objevuje konopí jako lék na onemocnění psychosomatické povahy, nespavost a migrény. Konopí se objevuje pod různými názvy, kterými jsou marihuana, hašiš, kif, hemp, ganja. Alkohol byl v tuto dobu zapovězen (Kalina, 2003, s. 83).

Vavřínková a Binder uvádí, že užívání a vlastnosti šťávy z máku jsou doložitelné a známy již na území starodávné Mezopotámie již v době neolitu. Ve starém Egyptě, ve 14. století př. n. l. se mák pěstoval na velkých plochách, a byl z něj vyráběn božský lék proti bolesti. Obličejové sošky "bohyní máku a makovic" ze starověké Kréty (13. století př. n. l.) mají zvláštní výraz extáze ve tváři z opia, jsou dokladem toho, že od pradávna byly známy léčebné, ale i opojné vlastnosti opia. Jednou z nejstarších užívaných rostlin je i konopí. Pochází zřejmě

ze střední Asie, odkud bylo rozšířeno i do Afriky a Číny. Vavřinková a Binder také tvrdí, že účinky z listů koky (*Erythroxylon coca*), které obsahují kokain, znali již v Jižní Americe před 5000 lety. Podle indiánských pamětí byl "božský list" používaný k rozveselení, k posílení při vyčerpání a utlumení hladu. Jeho užití bylo a je dodnes užíváno jako posilovací prostředek ve vysokých nadmořských výškách. Ve starém Habeši využívali běžci, poslové, stimulační účinky keře *Catha edulis*, který roste dodnes vysoko v horách na východě Afriky a Arábie. Dalším, 2000 let starým zvykem je žvýkání "betelu", rozšířený od Indie až po tichomořské ostrovy. Jde o malý díl ořechu z arekové palmy, obsahující arecolin smíchaný s trochou vápna zabalený do betelového listu (*Piper betle*). (Vavřinková, Binder, 2006, s. 12).

Velkou součástí náboženských dějin ve všech částech světa byly halucinogenní drogy. Indiáni Střední Ameriky dodnes dodržují houbový kult starý přes 4000 let. Užívají houby lysohlávkovité (*Psilocybe mexicana*). Mezi tradiční halucinogeny patří i mexický kaktus, který obsahuje meskalin, halucinogenní látku nebo amazonská epena, prášek na šňupání z kůry stromu virola. "Svatý oheň", námel paličkovité nachové obsahující LSD, býval v Evropě ve středověku častou příčinou hromadných otrav. Špatnou pověst měly i drogy takzvaných nočních stínů, např. kořen mandragory, rulík zlomocný, semena blínu a durmanu. Drogy byly dříve používány k léčbě, později jako prostředky k opojení. S nástupným rozvojem farmaceutického výzkumu a výroby došlo k silnému rozšíření drog ve světě. Byly z drog získávány alkaloidy - kofein, nikotin, morfin, kokain, atropin, efedrin. Roku 1853 došlo k vynálezu injekční stříkačky a jehly. Tento vynález umožnil zneužívání drog. Počátkem 20. století společnost rozdělila drogy na legální a nelegální (Vavřinková, Binder, 2006, s. 13).

## 2 CHARAKTERISTIKA DROGOVĚ ZAVISLÝCH TĚHOTNÝCH ŽEN

Podle Vavřinkové a Bindera je drogová závislost psychický fenomén charakterizovaný neodolatelným nutkáním změnit realitu a navodit určitou atmosféru, což vede k užívání a zvyšování dávek. Drogovou závislost lze definovat jako psychický a fyzický stav, který je charakteristický změněnými reakcemi, které nutí užívat drogy opakovaně pro její účinky a po určité době proto, aby se zabránilo vzniku abstinčních příznaků. Onemocnění drogové závislosti patří mezi chronická onemocnění CNS, která mají přesné označení mezinárodní klasifikace nemocí. Drogově závislí jsou považováni za nemocné, které je třeba léčit a pokud možno předcházet onemocnění (Vavřinková, Binder, 2006, str. 13-14).

Těhotné uživatelky často bývají mladšího věku, bez partnera, z horší socioekonomické třídy, s nižším vzděláním. Znakem této skupiny je nezaměstnanost. 100% podíl nezaměstnanosti je evidován u těhotných uživatelky heroinu, 85% podíl nezaměstnanosti náleží uživatelkám pervitinu. Ztráta zaměstnání patří mezi první známky vzniku závislosti. Závislé jsou v 90 % detekovaných případů svobodné. Průměrná délka abúzu drog v době otěhotnění u uživatelky pervitinu je 3,3 roky a na heroinu 3,7 let. Byla zaznamenána i doba závislosti 10 let. Způsob aplikace drogy je většinou intravenózní. Injekční uživatelky patří k nejrizikovější skupině vzhledem k přenosu infekce zejména hepatitidy B, C a HIV. Při delším užívání návykových látek dochází k rozvoji flebitidy, flebotrombózy a neprůchodnosti v povrchovém žilním systému. Dochází ke vzniku abscesů, těžkých flegmón. Užívání drog závisí především na tom, zda jde o experiment nebo závislost. Některé občasné uživatelky si uvědomují škodlivé důsledky užívání drogy v těhotenství, proto abstinují. Velké procento žen přestane kouřit a pít alkohol po prokázání těhotenství. Životní styl závislých je chaotický, peníze určené na jídlo utratí za drogu. Uživatelky drog v těhotenství většinou odkládají prenatální péči a často k získání finančních prostředků na drogu provozují prostituci ([www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz)).

Dle Sedláčkové a Žižkové jsou v populaci nejrozšířenějšími drogami alkohol, tabák a kofein. Uvádějí, že děti matek užívajících drogy patří do rizikové skupiny v porodnictví, pediatrii,

psychologii a sociologii. Děti těchto matek jsou od první fáze vystaveny působení rizikových faktorů, které vážně ohrožují vývoj dítěte.

Dalším negativním faktorem je, že tyto děti vyrůstají v nejistých a špatných sociálních podmínkách, téměř vždy mají špatnou stimulaci, jejich péče je zanedbávána. Všechny tyto vlivy dohromady umocňují postižení a způsobují problémy v dalších fázích vývoje (Sedláčková, Žižková, 2007, s. 71-76).

## **2.1 Příčiny vzniku závislostí**

Příčiny vzniku závislostí lze dle Vavřínkové a Bindera rozlišit na tři skupiny, a to na droga, člověk a prostředí. K závislosti dojde tehdy, setká-li se jedinec s dispozicí k závislosti s drogou, která u něj vyvolá touhu drogu znovu a znovu užít. Dojde k tomu zpravidla ve specifických sociálních situacích (diskotéky). Droga, je základním činitelem ke vzniku závislosti. Vyvolává silný psychický účinek, umí vyvolat nepříjemné pocity při přerušení dodávky drogy (abstinenční příznaky). Důležitou roli hraje prostředí okolí jedince, v němž žije nebo se pohybuje, záleží na dostupnosti drogy. Legální drogy bývají snadno dostupné. Častější užívání a celkový počet závislých je relativně vysoký. Mezi lidmi požívající alkohol se závislost vyvine asi u 8-10 %, u kuřáků asi 30 % a u kofeinu asi 3 % (Vavřínková, Binder, 2006, s. 85).

Důležitou roli hraje dostupnost drogy v okolí jedince, distribuce a cena drogy. Velmi záleží i na faktoru pohledu společnosti užívání dané drogy v okolí. Legální drogy (alkohol, tabák, kofein) jsou dobře dostupné, bývají častěji užívány a celkový počet závislých je vysoký. Dobře dostupné jsou rozpouštědla (těkavé látky). Bývají častým důvodem volby finanční slabších a velmi mladých toxikomanů. Tato závislost má velmi závažné důsledky, včetně nevratného poškození jater a ledvin (Vavřínková, Binder, 2006, s. 14, 15).

## 2.2 Následky užívání drog v těhotenství

V dnešní době je všeobecně známo, že negativní zkušenosti z prenatálního vývoje významně ovlivňují vývoj člověka a mají důsledky na fyzické i duševní zdraví. Doctor Dowling ve svém institutu pro výzkum problematiky drog dokládá ve svých studiích prezentovaných na [www.birthworks.org](http://www.birthworks.org).

Také v darmstadtské studii Daphne Leinwebreho rozdělil rané období člověka na čtyři etapy: předporodní, porodní, poporodní a předškolní. V případě potíží v následném vývoji dítěte hledá, ve kterém období problém nastal, což je prvním krokem k jeho dalšímu řešení. Stresy v průběhu těhotenství a traumata mohou mít zásadní vliv na vývoj osobnosti dítěte a na potíže v dospělosti. První okamžiky po početí jsou rozhodující, důležité je působení nežádoucích cytokinů v matčině těle. Ochrana proti cytokinům je velice důležitou stránkou, pro matky je také nejdůležitější, aby těhotenství prožily v klidu a bez stresu (Gynekolog:časopis ženských lékařů, 2007, Roč. 16, č. 3, s. 120).

## 2.3 Kofein v těhotenství

Kofein je jednou z nejvíce užívaných drog v Evropě, nejméně 52 % lidí pije kávu a 29 % populace pije černý čaj, více jak 58 % lidí popíjí nealkoholické nápoje obsahující kofein. Tato látka nebyla prokázána jako droga způsobující nízkou porodní hmotnost a sklon k předčasným porodům, avšak kofein stimuluje krevní oběh matky a to může mít vliv na plod (Sedláčková, Žížková, 2007, s. 71-76). Dle Vavřínkové a Bindera patří kofein obsažený v kávě mezi široce konzumované látky mezi těhotnými ženami. Doposud v žádné studii nebyly prokázány škodlivé účinky konzumování kávy v období těhotenství. Nepotvrdily se ani teratogenní účinky kofeinu. Za škodlivou hranici se považuje extrémní konzumace kávy od šesti šálků denně. Toto množství odpovídá více než 300 mg kofeinu denně. V období těhotenství by tato dávka mohla být příčinou nižší porodní hmotnosti plodu (Vavřínková, Binder, 2007, s. 61).

## 2.4 Alkohol v těhotenství

S užíváním alkoholu se ve společnosti často setkáváme i u těhotných žen. Plod vystavený působení alkoholu v děloze má mnohem vyšší riziko zdravotních problémů včetně vrozených vývojových vad a fetálnímu alkoholovému syndromu. Děti narozené s mentálním postižením se potýkají dlouhodobě s vysokými požadavky na sociální a zdravotní ošetrovatelskou péči, což finančně zatěžuje rodinu a zdravotní služby (Doi, Cheyne, Jepson, 2014, s. 3).

Alkohol má mezi návykovými látkami výjimečné postavení, patří mezi nejrozšířenější, nejstarší a nejvíce užívané drogy. Jeho trvalé zneužívání má velmi závažné následky. Již mezi prvními záznamy o pěstování obilovin byly nalezeny stopy výroby kvašených nápojů.

Již v roce 1039, za vlády Břetislava I. byl vyhlášen "protialkoholní zákon", který měl výrazně prohibiční charakter. Uváděl přísné tresty pro opilce a pro krčmáře, jež jim nalévají. Nadměrná konzumace je označována alkoholismem. Česká republika patří v celosvětovém žebříčku mezi státy s nejvyšší spotřebou alkoholu. Pravidelná konzumace v České republice se týká přibližně 25 % mužské populace a 5 % žen. Při denní konzumaci alkoholu v dávkách 20-60g. může dojít ke zdravotním potížím. U žen již dávka 18g/den a u mužů 20g/den přináší riziko návyku a následně závislost. Dle Jellinekova se rozlišuje 5 typů abusu:

Typ alfa: problémové pití, používané jako sebemedikace k odstranění dysforie, potlačení úzkosti, často pití o samotě.

Typ beta: společenské pití, příležitostný abusus, časté pití ve společnosti, následkem somatické postižení.

Typ gama: tzv. anglosaský typ, preferující pivo a destiláty. Charakteristické poruchami kontroly pití, postupné zvyšování dávek a tím i tolerance.

Typ delta: románský typ, oblibou je víno. Vyznačuje se denním pitím, udržování hladinky. Málo viditelné projevy opilosti a ztráty kontroly.

Typ epsilon: epizodický abusus, kvartální pijáctví. Období pití se střídají s abstinencí. Občas provázející afektivní poruchy.

Psychoaktivní účinky alkoholu na organismus závisí především na množství, osobní dispozici, kondici a zdravotním stavu. Podle hladiny alkoholu v krvi se popisují 4 stádia intoxikace. První excitační stádium, při alkoholémii do 1,5g/kg, výsledkem je lehká opilost. Druhý stupeň je hypnotické stádium, hladina od 1,6g/kg - 2,0g/kg. Jedná se o opilost

středního stupně. Třetím stupněm se popisuje narkotické stádium, kdy hladina je vyšší než 2g/kg. s výraznými známkami opilosti. Poslední, čtvrté stádium je alkoholová intoxikace těžkého stupně, hrozí riziko bezvědomí, zástava oběhu a dechu, při dávce nad 3g/kg. (Kalina, 2003, s. 151, 152). Dle Schmidtové, závislost na alkoholu u žen velmi často zasahuje do reprodukčního života ženy. Úzce souvisí s problémem pití alkoholu v těhotenství. Ženy jsou schopny velmi dlouho a úspěšně svou závislost skrývat, tato skutečnost se může odhalit až po porodu dítěte. Nadměrné užívání způsobuje rodinné problémy, mohou vést až k jejímu rozpadu. Abusus alkoholu je spojený s vyšším rizikem onemocnění a někdy i úmrtí. Schmidtová překládá poznatky, že abusus alkoholu se vyskytuje stále v nižších věkových skupinách. Tvrdí, že chování těchto žen souvisí s komplexem sociálních, emocionálních a fyzických faktorů, traumatickým poškozením v dětství a dospívání, velký vliv dává dědičným dispozicím. Vavřínková tvrdí, že abusus tohoto typu se vyskytuje i ve vyšších společenských vrstvách, ale poukazuje na skutečnost, že alkoholismus není naštěstí u těhotných v ČR častý (Schmidtová, 2011, s. 1-4, Vavřínková 2006, s. 58). Sedláčková a Žižková poukazují na výzkumy, které dokazují, že i malá množství alkoholu konzumované během těhotenství mohou velmi vážně poškodit plod. V organismu těhotné je alkohol dopravován nejen ke všem orgánům, ale také k placentě, snadno pak prochází přes membránu oddělující mateřský a plodový krevní systém. Takto je alkohol dopravován k plodu a k jeho vyvíjejícím se orgánům. Koncentrace hladiny alkoholu v krevním řečišti matky a nenarozeného dítěte je stejná. Rozdílem je, že játra plodu nedokážou odbourat alkohol stejnou rychlostí jako játra matky. U matky je tato rychlost dosahuje hodnot 0,085-0,1 g. alkoholu na 1kg tělesné hmotnosti za hodinu. Koncentrace dosahujících vyšších hodnot zůstávají v plodu dlouho, často déle než 24hodin. V reálu je koncentrace alkoholu v krvi nenarozeného dítěte během druhé a třetí hodiny po konzumaci dokonce vyšší než u matky (Sedláčková, Žižková, 2007, s. 73). Mechanismy působení alkoholu na plod jsou již celkem poměrně dlouho známé, s určitou přesností lze určit postižení dítěte. Alkohol způsobuje na podkladě teratogenity apoptózu. Tyto změny mají největší vliv na fetální alkoholový syndrom. Alkohol obzvláště mění propustnost buněčných membrán, způsobuje chronický úbytek esenciálních i neesenciálních kyselin, snižuje množství prvků (kyselina listová, zinek, vitamíny, glukóza v krvi), mění se poměr laktátu sloužící jako zdroj energie (Journal of FAST, 2007).



Fetální alkoholový syndrom (FAS), se odhadem objevuje v České republice u jednoho ze 750 novorozenců. U žen konzumujících alkohol ve vyšších dávkách, se FAS vyskytuje u 30 % novorozenců. Děti narozené s diagnózou FAS mají typické symptomy, jako jsou mikrocefalie, epikantus, krátká oční štěrba, mikrooftalmie, široký a plochý nos, nedostatečně vyvinutá rýha horní části rtu, postižení CNS, mentální retardace, neurologické potíže a odchylky, hyperaktivita a IUGR symetrického typu. Projevuje se snížená pohyblivost kloubů končetin, možné malformace srdeční, urogenitální a CNS (Sedláčková, Žižková, 2007, s. 73). Nejrizikovější období pro plod je 1. trimestr. Alkohol poškozují růst, uspořádání a dělení buněk. Plod je zranitelný a i malé množství alkoholu může způsobit abnormality a malformace. Ve 2. trimestru dojde k dalšímu snížení nervových buněk, zejména v hippocampu. Alkohol stresuje plod, způsobuje utlumení a snižuje okysličení (Journal of FASD, 2007). Ve 3. trimestru dochází k největšímu rozvoji mozku, CNS a fyzickému růstu. Alkohol v tomto období může mít za následek růstovou retardaci plodu, poškození mozku nebo CNS (Journal of FASD, 2007).

Nešpor a Scheansová popisují poškození plodu abnormalitami v oblasti hlavy a obličeje, menší velikost hlavičky při porodu a abnormality mozku. Mentální retardace, postižení intelektu, poruchy chování a snížení pozornosti. Jako zajímavý poznatek poukazují na to, že tento efekt je výraznější u starších matek. V této souvislosti se někdy hovoří o fetálních poruchách alkoholového spectra (Fetal Alcohol Spectrum Disorders, FASD). Tyto poruchy bývají častější, než FAS (Fetální alkoholový syndrom). Dle studie v USA připadne na jeden fetální alkoholový syndrom tři FASD mírného stupně (Časopis lékařů českých, 2011, roč. 150, č. 6, s. 339-343). Taktéž udávají srdeční a cévní vady, defekty komorového septa, předsíňového septa, vady kosterní, vrozené vady ledvin, poruchy sluchu, včetně hluchoty, poruchy vidění, nízká porodní hmotnost, menší přírůstky na váze, poruchy růstu. Vyskytují se často poruchy pozornosti, smyslového vnímání, hyperaktivita, impulzivita, špatné ovládní, potíže s učením, špatná schopnost abstraktního myšlení, problémy s počty, zhoršená paměť, soustředění i úsudek. Takto postižené děti se často stávají taktéž závislé na alkoholu, tabáku a dalších drogách a častěji se u nich vyskytují duševní poruchy včetně antisociální poruchy osobnosti (Bulletin Sdružení praktických lékařů ČR 2010, 20 (6): 32-38). Autorka Schmidtová popisuje poškození CNS a udává, že změny v chování v časném dětském věku nemusí být patrné. Potíže se mohou objevit po nástupu dítěte do školy, kde se projeví potíže s učením, hyperaktivitou, psychickými problémy a nižším intelektem. Potíže přetrvávají

až do pozdního věku projevující se špatným rodinným zázemím, nevhodnými sociálními podmínkami. Často se opakuje pití alkoholických nápojů ve zvýšené míře. Mnoho dětí je rodině odebráno do ústavní péče vlivem zanedbání hygienických návyků, brachiálního násilí, sexuálnímu zneužívání. Výjimečná není ani adopce. V období dospívání a v dospělosti děti samy užívají návykové látky a podílejí se na trestné činnosti (Velemínský et al., 2008, s. 232-234). Dle profesora Muntau jsou hlavními klinickými projevy intrauterinní růstová retardace, psychomotorická retardace, svalová hypotonie, hyperaktivita a mikrocefalie. Z dysmorfických rysů uvádí blefarofimózu, epikantus, antimongoloidní postavení očních štěrbin, krátký hřbet nosu, vpadlý kořen nosu, nízké čelo, úzké rty, vyhlazené philtrum, nízko posazené ušní boltce, hypoplazii mandibuly, gotické patro. Anomálie skeletu se projevují luxací kyčle, vpáčeným hrudníkem, klinodaktilie 5. prstu a anomálií palmárních rýh. Při orgánových vadách se projevují vrozené vývojové vady srdce, vývojové anomálie urogenitálního traktu, abnormity genitálu, hemangiomy. Profesorka Muntau zdůrazňuje, že v případě odvyknutí závislosti na alkoholu v prvním trimestru je normální psychický vývoj možný (Prof. Muntau, 2011, s. 48).

## 2.5 Nikotin v těhotenství

Kouření poškozuje zdraví. Vzhledem k této informaci se tento společenský zlovyk a nezdravou závislost doposud nepodařilo eliminovat (Zlochová et al., 2010, s. 8-9).

Koncem padesátých let Simpson publikoval práci na téma vztahu kouření a prematurity. V současné době bylo publikováno několik stovek prací, které dospěly k názoru a vyvodily závěr, že za 15-25 % dětí s nízkou porodní hmotností, 10-15 % předčasných porodů a 5 % intrauterinních úmrtí může kouření cigaret.

*"Kouření cigaret je jednoznačně nejrozšířenější závislostí českých těhotných žen."* (Vavřínková, Binder, 2006, s. 58).

Nelze tuto skutečnost přesně změřit, procentuálně je odhadnuto, že 20 % těhotných žen v průběhu těhotenství a v období laktace kouří. Hrubá ve svém článku poukazuje na to, že u těhotných žen se zvyšuje riziko kardiovaskulárních příhod a onemocnění dýchacího ústrojí. Tato onemocnění jsou silně asociována s kouřením cigaret. Z toho vyplývá, že výsledné riziko je několikanásobně vyšší. Ve srovnání s nekuřačkami mají kouřící těhotné

ženy 4,6 krát vyšší riziko infarktu myokardu. Také je prokázáno dvojnásobně vyšší výskyt mozkové mrtvice, o 30 % častější venózní trombóza a 2,5 krát častější plicní embolie. Kuřačky mají větší predispozici k výskytu bronchitidy, astma bronchiale a gastrointestinálních vředů. Těhotné kuřačky konzumují výrazně častěji alkohol a ostatní drogy, bývají obézní, mají zjištěnou malnutrici. Zdraví matky je úzce spjato se zdravím plodu a dítětem po narození (Hrubá, 2011, s. 35). U kuřaček se častěji vyskytuje mimoděložní gravidita, placenta praevia, abrupce placenty, předčasná ruptura plodových blan. Zvýšený je výskyt předčasných porodů a potratů. V raném stadiu gravidity nastává hyperemesis. Po porodu často ženy trpí na poporodní hemorhagie. Zajímavým poznatkem je, že kuřačky mají naopak nižší riziko gestační hypertenze a preeklampsie (Hrubá, 2011, s. 35).

Dle Zlochové et al., kouří na Slovensku 25-30 % žen a téměř polovina z nich se nedokáže kouření vzdát ani v době těhotenství. Zkoumá hlouběji následky na těhotnou ženu, kuřačku a její plod. Popisuje, že kuřačky mají většinou nižší tělesnou hmotnost v porovnání s nekuřačkami a přírůstky na váze v době těhotenství jsou nižší. Nikotin negativně ovlivňuje metabolismus a nutriční stav ženy, snižuje resorpci vitamínů a bílkovin. Následkem tabakismu lze přisoudit porod novorozence s nízkou porodní hmotností. Tabakismus zvyšuje riziko výskytu mimoděložního těhotenství v závislosti na počtu vykouřených cigaret. Působení nikotinu zvyšuje potratovost. Působení nikotinu 3-5x zvyšuje výskyt předčasného porodu. Vavřínková s Binderem a udávají, že cigaretový kouř obsahuje oxid uhelnatý, nikotin a jiné karcinogenní látky. Oxid uhelnatý prochází placentou, naváže se na fetální hemoglobin a vznikne karboxyhemoglobin, který následně sníží oxidační kapacitu krve. Bylo dokázáno, že sérové hladiny karboxyhemoglobinu dosahují u plodu vyšších hodnot než u matky, tímto je plod vystaven jeho účinkům po delší dobu. Nikotin prochází jednoznačně placentární bariérou, jeho sérové hodnoty dosahují u plodu daleko vyšších hodnot než u matky. Nikotin snižuje uterinní cirkulaci. Udává také snížení oxygenace a často až acidémii. V terminálním cévním řečišti nastává vasokonstrikční efekt. Je zvýšená koncentrace katecholaminů v plodové vodě. Vlivem kouření je plod vystaven inzultům přechodné hypoxie, která závisí na počtu vykouřených cigaret a placentárních změnách. Poté přejde k hypoxii chronické. Konečným výsledkem je nízká porodní hmotnost, IUGR, riziko předčasného porodu, více abortů, častější předčasný odtok plodové vody. Na placentě se projeví mikroinfarkty a nekroza. U kuřaček se vyskytuje častěji placenta praevia, vysvětlením může být, že u kuřaček dochází k hypertrofii placenty a tím se zvýší riziko

implantace v dolním děložním segmentu. Teratogenní vliv kouření na plod nebyl dokázán (Vavřínková, Binder, 2006, s. 60). Podobné jsou i poznatky Hrubé, která uvádí, že kouření způsobuje malformaci urogenitálního ústrojí, defekty dolních končetin, defekty srdečního septa, obličejové rozštěpy. Popisuje také působení nikotinu po vstřebání v plicích v arteriální a venózní krvi, vysvětluje, jak snadno proniká placentou do krevního oběhu plodu. Zdůrazňuje afinitu nikotinu k nervové tkáni jak u dospělého jedince, tak i u plodu. Klinické projevy jsou stejné u dospělého i u plodu. Projeví se vazokonstrikcí, zvýšením tepové frekvence a zvýšením minutového objemu. Jakmile se sníží průtok krve v orgánech plodu, sníží se i zásobení kyslíkem a živinami, zpomalí se odvod metabolických zplodin. Při každé cigaretě se tento stav hypoxie a hyponutrice opakuje a doba trvání je 30-45 minut. Záleží na metabolickém rozkladu nikotinu. Do plodu mimo nikotinu proniká také oxid uhelnatý, který vdechuje matka, ten se naváže na hemoglobin a blokuje vazebnou kapacitu pro kyslík. Doba k uvolnění vazby oxidu uhelnatého na hemoglobin trvá v řádu 6-8 hodin u dospělého a po celou tuto dobu je plod zásobován krví se sníženým obsahem kyslíku. Kouř z cigaret rovněž obsahuje kyanovodík, ten se podílí na inaktivaci enzymů, které zprostředkovávají přechod kyslíku z krve do tkání. Tato látka přechází taktéž do krve exponovaného plodu. Celý komplex hypoxických změn vlivem kouření ještě zvyšuje obsah kadmia. Kadmium-kov zadržuje placenta, ovšem za cenu chemické ligatury působících na cévy. Toto působení způsobuje nekrotické změny na placentě omezující fyziologické funkce tohoto důležitého orgánu. Hrubá, Vavřínková a Binder dodávají, že nejčastějším projevem prenatalní expozice plodu cigaretovému kouři je jeho následná intrauterinní růstová retardace, projevující se nižší porodní váhou a kratší délkou gravidity. Musí se posuzovat i jiné parametry, například antropometrické rozměry obou rodičů, chronická onemocnění matky, eventuální podvýživu matky, stresové faktory, zátěž v práci a další možné expozice k drogám včetně alkoholu. Na závěr Hrubá taktéž jako Vavřínková udává, že v našich poměrech je nejčastěji užívanou návykovou látkou u těhotných žen právě nikotin obsažený v cigaretách (Hrubá, 2011, s. 35-35). Dle Hrubé je v těhotenství nejčastějším projevem kouření symetrická růstová retardace plodu. Ta se projevuje nižší porodní hmotností, menší délkou a menším obvodem hlavy. Častým příznakem je porodní hmotnost nižší než 2500g a s fetálním tabákovým syndromem. Vývoj plodu se projeví zpomalením růstu svalové hmoty, orgánů a plic. Z tohoto důvodu mají děti snížené dechové funkce (Hrubá, 2001, s. 36). Binder a Roztočil doporučují odeslat těhotné s diagnózou IUGR do rizikové poradny. U závažných případů doporučují

hospitalizaci a několikrát denně kontrolovat stav plodu UZ metodou a pomocí KTG. Diagnóza intrauterinní růstové retardace musí být stanovena jednoznačně, rozhoduje o dalším průběhu těhotenství a postupech.

Děti kuřáček v dalším vývojovém období mohou trpět lehkou mozkovou dysfunkcí, projevuje se porucha soustředění, později špatný prospěch ve škole. Je zde vysoké riziko syndromu náhlého úmrtí novorozence. U kuřáček ve vyšším věku a kouří-li více jak dvacet cigaret denně, stoupá riziko úmrtí plodu rychlým tempem. Pasivní kouření má samozřejmě negativní vliv na těhotnou.

Novorozenci matek-kuřáček mívají závažné poporodní komplikace, poruchy adaptace vyžadující často intenzivní a resuscitační péči. Dítě kouřící matky závislé na nikotinu má po narození projevy abstinčního syndromu. Prvním dnem života nastává tachykardie, problémy s pitím, zvýšená dráždivost, tremor. Po porodu se sníží koncentrace nikotinu v krvi u novorozence. Tato situace může vyvolat neonatální abstinční syndrom. Dítě je bledé, projeví se třesy končetin, tachypnoe a apnoické pauzy, cyanóza, bradykardie. Děti kuřáček v době těhotenství během dalšího života trpí na různé zdravotní problémy. Může vzniknout astma, alergie, anomálie ve vývinu plic, SIDS, obezita, diabetes mellitus II. typu. Poškození CNS následkem kouření se projeví snížením mentální úrovně, ADHD, problémy v učení, potíže v chování, poruchy emocionálního vývinu, někdy agresivním chování. Stejně nebezpečné následky má i pasivní kouření. Nikotin a jeho metabolity, zejména kotinin a hydroxykotlinin byli prokázány ve smolce novorozenců pasivních kuřáček (Zlochová, 2010, s. 8).

### **2.5.1 Léčba těhotné závislé na nikotinu**

Dle Nešpora a Scheansové má intervence zaměřená na nekouření těhotných žen začít již v prvním trimestru. V této době těhotná žena přijímá nejlépe rady a doporučení odborníků. Je nutné zdůrazňovat prospěšnost ukončení kouření. Uvádějí jako další možnost, nikotinové náplasti. Tyto náhražky dle nich nevedou ke komplikacím v těhotenství a ani ke snížení porodní hmotnosti novorozence. Nedoporučují však náhražky kombinovat, možno použít samostatně bupropion s antidepresivním účinkem (Nešpor et al., 2011, s. 342).

Vavřinková s Binderem nedoporučují těhotným ženám žvýkání odvykacích žvýkaček a lepení náplastí proti kouření. Spreje nedoporučují vůbec. Podle těchto autorů a jimi zjištěných

poznatků z proběhlých studií se ukázalo, že u plodu nedochází ke zvýšené koncentraci nikotinu v krvi po použití náhražek s nikotinem oproti kouření přímo cigaretových výrobků (Vavřínková, Binder, 2006, s. 60).

## 2.6 Opioidy v těhotenství

Vavřínková a Binder popisují opioidy jako alkaloidy které se získávají ze surového opia. Opium je hnědá hmota, jež se získává naříznutím zelené, nezralé makovice. Účinky opia jsou známy již více než tisíc let a mají psychotropní účinky. V dávných dobách bylo opium užíváno jako léčivá látka. Mezi základní alkaloidy obsažené v opiu patří morfin, kodein, thebain, papaverin, meconidin. Opiáty mají celkový zklidňující psychotropní efekt. Způsobují uvolnění a uklidnění, příjemné prožívání okamžiku, odstraňují negativní pocity ze života. V případě předávkování dochází k ospalosti až ke spánku, kómatu, v nejhorším případě dochází ke smrti jedince důsledkem utlumení dechového centra. V průběhu závislosti dochází ke vzniku tolerance. Požadovaný efekt je tedy dosažen po podání stále vyšších dávek. Rozvoj tolerance nastupuje rychle a je třeba podávat vyšší dávky. Z desítek miligramů drogy se závislý dostává na hodnoty přesahující stovky miligramů. Těžce závislí se dostávají dokonce na gramové hodnoty jedné dávky. V počátcích užívání drogy nastává příjemný pocit a prožitky. Po vyprchání účinku se psychika vrací do původního normálního stavu. Při dlouhodobějším užívání se dostaví pouze relativně dobrý pocit a po odeznění účinku začíná abstinenci syndrom. Projevuje se třesavkou, pocením, subfebrilií, nauzeou, vomitem, křečemi viscerálními a svalovými. Narkomanka, aby předešla všem abstinenci příznakům, věnuje veškerý svůj čas k obstarání drogy. Často ztratí zaměstnání, rozprodá všechny cenné věci, páchá trestnou činnost, provozuje prostituci. Zhoršují se sociální a majetkové poměry, dochází k zanedbávání hygienických pravidel a nastává malnutrice. U dívek a žen dochází ke snížení tělesné hmotnosti, nastávají poruchy menstruace. Dostaví se snížená sexuální apetence. Díky intravenózním aplikacím drogy se rozvíjejí flebitidy a během času obturace povrchového žilního systému. Zneužívání opiátů bylo u nás v ČR až do 70. let minulého století spíše výjimečné. V těchto letech objevili výrobci drog způsob, jak získat z kodeinu dostupného na našem trhu, nejúčinnější hydrokodon, slangově nazývaný "braun". Tato droga

je českou specialitou. Aplikovat se musí zásadně intravenózní cestou. Má silnější euforizační účinek a méně tlumivý efekt než heroin.

Nejznámější ze skupiny opiátů je diacetylmorfin - heroin. Je to látka syntetizovaná farmaceutickou cestou poprvé v roce 1898 jako léčivý přípravek proti kašli. V pozdějším období výroba této látky zastavena a stala se ilegální drogou. Heroin se ilegální cestou dostává do Evropy především z Turecka a v Čechách se objevil v roce 1989. V současnosti je heroin jedna z nejrozšířenějších drog v republice a hlavně v populaci gravidních žen (Vavřínková et al., 2006, s. 40-41).

Šlamberová uvádí, že těhotná závislá na opiátech, má vysoké riziko hepatitidy, malnutrice a anemie. Tyto drogy mají vliv na vznik hypertenze, infekčních a pohlavních chorob a preeklampsie. Plod je negativně ovlivněn v průběhu svého vývoje. Opioidy prostupují placentární bariérou, tak jako většina návykových látek. Plod má horší schopnost odbourávat tyto látky svými játry, hodnota koncentrace u plodu převyšuje často hodnoty látek v krvi matky a pomaleji se odbourávají (Šlamberová, 2003, s. 16).

Heroin proniká rychle placentou a vniká do fétu v čase do 1 hodiny od aplikace drogy. Rychlé odbourávání opiátů je pro plod daleko škodlivější než expozice této drogy, což může vést k následnému distress syndromu a úmrtí plodu v mateřském organismu. Při kolísající hladině drogy v krvi matky dochází k rozvoji placentární insuficience a vznikají změny na placentě. U rodiček lze zaznamenat ložiska fibrinové exudace povrchu choriových klků, umbilikální flebitidy, trombózu pupečnickové žíly. Mezi závažné zařazujeme anomálie pupečnickových cév, lze najít pouze jednu arterii. Díky placentární insuficienci se rodí plody s intrauterinní růstovou retardací. Z tohoto důvodu je nutné v každé poradně, do které se drogově závislá dostaví, provést ultrazvukovou metodou biometrii plodu, změřit množství plodové vody, stav placenty a ve třetím trimestru změřit průtoky a. umbilicalis. Přítomné mohou být infekce cév a plodových obalů. Dochází k předčasnému porodu. U novorozence takto závislé matky se projeví časné abstinenční příznaky obvykle do 72 hodin po porodu. Četnost abstinenčního syndromu autoři uvádějí až 80%. Projevují se poruchy spánku, vysoká dráždivost, změny v chování, křeče. Poruchy metabolismu, pocení, tachypnoe, febrilie, kýchání. Při pití dítě projevuje větší úsilí při sání, při vyprazdňování dochází k odchodu průjmovité stolice. Pozdní příznaky jsou připisovány nižší tělesné hmotnosti, nižší výšce, snížené organizační a percepční schopnosti. Mají nižší IQ, horší jazykové testy a rozdíly se zvětšují s přibývajícím věkem (Vavřínková et al., 2006, s. 42-45).

### 2.6.1 Porod závislé na heroinu

V průběhu porodu je nutno zjistit včas příznaky placentární insuficience a hypoxie plodu. Tyto porody toxikomanek je nutné sledovat kardiokograficky. Sleduje se převážně děložní stahy a tepovou frekvenci plodu. V případě aplikace stimulační drogy se objevují poruchy srdečního rytmu plodu a zobrazí se na KTG. Převážná část závislých těhotných si aplikuje drogu před příjezdem do porodnice. Tyto ženy špatně snášejí bolest, často jsou neklidné, vyžadují silnější analgezii. Pokud je to vhodné, je možné vést porod přirozenou cestou (Zaostřeno na drogy, 2007, roč. 5). V době porodu má až 60 % uživatelék heroinu známky infekce. V případě antenatální nebo akutní infekce se stimuluje tvorba a uvolňuje kortizol a prostaglandiny. Toto stimuluje dělohu a vyvolá porod. U uživatelék heroinu, kortizol akceleruje zrání plic, což se autoři domnívají, že může být faktorem snižující výskyt RDS u dětí narozených takovýmto ženám. V 90 % přicházejí ženy závislé na opiátech do porodny pozdě, často přijdou k porodu bez prenatální péče. Pokud přijde žena závislá na opiátech k porodu, ihned se odeberou těhotenské odběry, krevní obraz, krev na hepatitidy a infekční markery. Jelikož výsledky hepatitid nejsou rychle k dispozici, zdravotnický personál se chová k rodičce jako k potencionálně infekční. Zavedeme periferní katetr, u intravenózních uživatelék je toto zavedení velmi obtížné. Porod se neliší délkou porodních dob od normálního porodu. U heroinistek se prakticky neseťkáváme s přenášením či hypertrofickými plody. Avšak je vyzorováno, že závislé ženy mají nižší práh bolesti, to se projevuje také v chování rodiček a mají daleko vyšší nároky na analgezii než běžná populace rodičích žen. Autoři doporučují vést porod v epidurální analgezii.

Kojení u závislých žen na heroinu je kontraindikováno. Provádí se zástava laktace na doporučení pediatrů (Vavřínková, Binder, 2006, s. 45). Naopak Drobná s Čihařem tvrdí, že kojení s abúzem heroinu je možné za předpokladu léčby a pravidelného sledování kojící matky a její podpory (Drobná et al., 2010, s. 49-51). Dle Drobné, všechny psychoaktivní látky přestupují do mateřského mléka. U kokainu je kojení kontraindikováno. U metadonu kojení maximálně do denní dávky 60mg/den u matky. Alkohol snižuje tvorbu mléka, způsobuje letargii kojených dětí. Nikotin snižuje tvorbu prolaktinu, tím snižuje množství mléka. Toluen a kanabinoidy jsou rozpustné v tucích, mohou se v mateřském mléce kumulovat. Barbituráty tlumí kojence, kumulují se v organismu a prodlužují ikterus. Při polydrogové závislosti se kojit nedoporučuje z hlediska možné positivity HIV (Drobná, 2013, s. 79).



## 2.7 Kanabionidy

Konopí je jedna z nejstarších rostlin pěstovaná pro své psychostimulační a psychotropní účinky. Obsahuje látku THC (tetrahydrocannabinol). Název “kanabos” v překladu znamená hlučný a právě hlučnost je charakteristickým příznakem a projevem chování skupinového užívání této drogy. Konopné drogy jsou zneužívány hlavně kouřením, méně často perorálním užitím jako součást jídel a nápojů. Omezení představuje úprava, rozpustnost účinných látek je zejména v tucích a nejmenší ve vodě. Účinek drogy nastupuje při kouření do několika sekund až minut. Záleží na množství obsahu aktivní látky.

Velice důležitá je momentální kondice jedince, jeho nálada, prostředí, únava a citlivost na drogu. Při perorálním užití účinek nastoupí pomaleji, ale má delší dobu expozice. Projevy intoxikace jsou různorodé, sucho v ústech, hlad a především vnímání času. Čas je vnímán jako podstatně delší, krátká časová osa se zdá být dlouhá jako celé hodiny. Euforie doprovází většinu stavů intoxikace, příjemná nálada, která přechází do bouřlivého a neutišitelného smíchu.

Marihuana (tráva, zeli, Maruška) představuje název samičí rostliny konopí pro sušenou formu květenství a lístky z horní části rostliny. Barva pro zpracování je tmavě zelená, někdy až černozeleň. Černozeleň se vyskytuje v případě rychlého sušení s vlhkým sběrem a špatné přípravy. Projevuje se výrazným aroma a při dobrém zpracování drží v hručkách při sobě, v malých kouscích a jemně lepí. Marihuana v České republice vypěstovaná většinou nebývá pročištěná. Při domácí produkci obsahuje 2-8 % aktivních látek. Ze zahraničí je obsah aktivních látek vyšší, hodnota se pohybuje kolem 6-14 %. Při pěstování při umělém osvětlení (tzv. indoor) dosahují vysoce potentní druhy až 20% obsahu.

Další konopnou drogou je hašiš. Tímto názvem se nazývá konopná pryskyřice. Barva přechází od zelené až po tmavě hnědou. V Čechách je dostupný světlehnědý z Maroka a tmavě hnědý z Afgánistánu. Množství aktivních látek bývá až 40 %. Dynamika účinku hašiše oproti marihuaně je daleko rychlejší, spojující také značná rizika užívání (Kalina et al., 2003, s. 175-176).

### 2.7.1 Vliv kanaboidů na plod a dítě

Krmenčík uvádí, že látky prostupující hematoencefalitickou bariérou, mohou projít placentární bariérou. THC tedy přestupuje placentární bariérou do krevního oběhu plodu.

Koncentrace THC v plodu jsou závislé na způsobu a množství přijaté matkou. Přijme-li matka látku perorální cestou, plazmatická koncentrace v plodu odpovídá 1/10 plazmatické koncentrace matky. Inhalační způsob podání je rizikovější a odpovídá až 1/3 plazmatické koncentrace matky. Udává, že ve studii provedené na počtu 12 424 žen, bylo 1 246 kuřáček marihuany a vliv škodlivosti látek THC a karcinogenů z kouření, se projevilo kratší délkou těhotenství, nižší porodní hmotností a délkou novorozence. Vyšší byl i výskyt malformací plodu. Tento rozdíl v hmotnosti se pohyboval v řádu stovek gramů. Průměrnou hodnotou je udáváno 200g na novorozence. Vše nasvědčuje i tomu, že děti v dalším vývojovém období vykazují známky behaviorální a vývojové odlišnosti v prvních měsících po narození.

Problematické je užívání konopí při kojení. Akutní podání THC v období kojení působí na tvorbu mléka snížením produkce. Naproti tomu u chronických uživatelů má efekt opačný, zvýší se plazmatická koncentrace prolaktinu, která vede ke zvýšené produkci mléka a samovolnému odtoku. THC přechází do mateřského mléka, váže se na lipidy a může být až 8,4x vyšší hodnota než v plazmě matky (Krménčík, 2008, s. 121-123).

## 2.8 Halucinogeny

Největším představitelem v České republice z řady halucinogenů je látka LSD (lysergamid) a houby-lysohlávky. Hlavní efektem LSD je změna vnímání, euforie, změněné vnímání zvuků a barev v okolí. Expozice této drogy trvá 8-12 hodin. Při intoxikaci dochází ke změnám vnímání, k hlubokému narušení psychiky. Realita mizí, nastává změna v časoprostoru. Podobný účinek je popisován i u houbiček-lysohlávek, kdy psilocybin, aktivní látka lysohlávek, působí na jedince jako halucinogen. Mírný třes, neklid, zvýšený tlak krve a tep se projeví do jedné hodiny po požití. Expoziční doba halucinogenů je průměrně 4-8 hodin.

Halucinogeny v naší zemi těhotné prakticky neužívají. Vrozené vývojové vady se obtížně dokazují, neboť většina takových žen je polydrogově závislých. Dle Vavřínkové a Bindera můžeme následky účinku LSD přirovnat k účinkům kokainu, což vede k vysokému riziku abrupce placenty a intrauterinní růstové retardaci plodu. Pokud se narodí novorozenec s tímto abstinčním příznakem, projevuje se neklidem, tremorem, svalovým napětím, poruchami spánku a poruchami příjmu potravy (Vavřínková et al., 2006, s. 53-54).

## 2.9 Léky v těhotenství

Při chronickém onemocnění a dlouhodobém užívání léků je třeba těhotenství plánovat. Těhotná žena by se měla poradit s odborníky, aby nastavili léčbu tak, aby léky svou teratogenitou nepoškodily vyvíjející se plod. Toto opatření je nejdůležitější v období embryogeneze v prvním trimestru. Těhotná žena by si měla vždy přečíst příbalový leták přiložený k léku, aby se ujistila, že jej může užít i v období gravidity. Je na místě připomenout aféru 50. let dvacátého století, kdy byl těhotným ženám podáván lék s názvem Thalidomid s obchodním názvem Contergan, který se podával v prvním trimestru proti ranní nevolnosti a na uklidnění. Těhotné, které užívaly tento přípravek, porodily děti s fokomelií, jde o těžké vývojové vady, malformace končetin, absence ušních boltců. Takovéto děti byly označovány jako "tulení děti" (Simočková, 2015, s. 18-19).

### **3 Sociální a zdravotní systém péče o ženy užívající návykové látky**

Mnoho uživatelék drog mluví o příjemných pocitech s užitím drogy, která je vede k pocitům blaženosti a povznesené náladě (high). Je mnoho důvodů, proč po drogách vlastně sahají. Jeden z důvodů je prozkoumání vlastního self, kdy uživatelky si své zkušenosti ponechávají pro sebe nebo je sdílejí pouze s nejbližšími přáteli. Druhým je touha změnit náladu při nepříjemných stavech, nemoci, úzkosti, depresi, nespavosti. Úvahy uživatelék, že tyto nepříjemné stavy jsou vlastně nemocí a lze je překonat pomocí léků je bohužel ve společnosti díky velmi rozvinutému farmaceutickému průmyslu značně populární. Tuto představu a způsob myšlení podporuje farmaceutický průmysl, kterému tento způsob myšlení a chování stále větší části lidí přináší vysoké zisky. Mladé uživatelky vidí své rodiče a známé užívat drogy takovýmto způsobem, jsou pod rostoucím vlivem reklam, které toto chování jasně propagují. Stává se módou, že mnoho mladých lidí užívá drogy legální i nelegální bez doporučení lékaře. Třetí cestou je uniknout nudě a beznaději, od problémů. Čtvrtá volba, často velmi populární je podpoření sociální interakce. "Jdeme na panáka", zní často mezi mladými lidmi. Je to vlastně pozvání ke společnému strávení volného času a velmi souvisí s konzumací psychedelické drogy. Nelegální drogy přitahují o to silněji, čímž se vytvoří atmosféra vzdoru vůči autoritě. Takto cizí lidé se stávají kamarády, pocit sounáležitosti ještě podpoří kolující joint marihuany (tzv. instant friends). Smyslem drogy je zlepšit zkušenost a rozkoš, stimulovat kreativitu a výkon, zařadit se mezi vrstevníky, zlepšit svůj fyzický výkon, vytvořit si vlastní identitu, nebo rebelovat. Z toho je zřejmé, že nuda a problémy nemusí být ani zdaleka hlavními důvody, proč lidé vyzkouší nebo opakovaně užívají drogu a tomuto musí odpovídat i celé spektrum preventivních a léčebných intervencí, kterým se věnuje adiktologie. Jádro adiktologie v České republice tvoří 250 programů. Přibližně 200 z nich má ambulantní nebo terénní charakter. Regionální dostupnost není stejně dostupná. Třetinu klientů v léčbě tvoří ženy. V nízkoprahových centrech se léčí většina uživatelů pervitinu a opioidů. V ambulantních složkách a lůžkových zařízeních psychiatrie je dominující složkou alkohol, ale vzrůstá podíl závislých na pervitinu, na sedativa a hypnotika. Populace uživatelů návykových látek stárne. Nejstarší jsou uživatelé opiátů (31-32let), uživatelé konopných látek jsou mladší (cca 23let). Zvyšuje se počet pěstíren

konopí, je odhaleno stále více varen pervitinu. V pěstování a distribuci marihuany, výrobě a distribuci pervitinu se výrazně zapojují osoby původem z Vietnamu (Zaostřeno na drogy, 5/2014, roč. 12).

Drogová politika je dle adiktologie forma sociální kontroly. Je determinována tím, jak daná společnost chápe a definuje problémy užívání drog, jak je vnímá a kdo je uznávaným odborníkem pro řešení této problematiky. Drogovou politiku lze definovat jako komplex preventivních, léčebných, sociálních a vzdělávacích opatření, které se uskutečňují na makro (strukturální), mezo (komunitní) a mikro (individuální) úrovni. Cílem je snížit užívání drog a škod, které mohou nastat. Makro úroveň ovlivňuje širší politika, zákony. Zaměřuje se na chování celé populace prostřednictvím zákonů, politik a finančních zdrojů, preventivními programy, minimalizacemi rizik. Mezo úroveň je ovlivněna názory a jednáním skupiny, v níž jednotlivci žijí a pohybují. Zaměřuje se na sociální kontext a sociální normy, jaké konkrétní skupina vyznává a snaží se je ovlivnit k žádoucím společenským normám. Mikro úroveň je individuální, chování, povědomí a názory jednotlivců jsou ovlivněny jejich motivacemi a schopnostmi.

### **3.1 Prevence**

Předcházení onemocnění nebo zhoršení onemocnění. Zahrnuje primární prevenci, sekundární prevenci a terciální prevenci.

Cílem primární prevence je předejít užívání návykových látek nebo oddálit kontakt s látkou a jedincem do co nejpozdějšího věku. Ovlivnit chování populace v době, kdy již začala užívat návykové látky, aby je užívala co nejméně, obzvláště u alkoholu. Cílová skupina primární prevence je ta část, která návykové látky doposud neužívala.

Cílem sekundární prevence je snížit poptávku po užívaných látkách. Má za cíl zastavit užívání, vést ke snížení užívání, snížit počet uživatelů. Cílová skupina sekundární prevence je ta část, která návykové látky již užívá, formou experimentu, příležitostně, problémově.

Cílová skupina terciální prevence jsou injekční, problémoví uživatelé drog. Tito představují pro společnost a veřejné zdraví největší hrozbu. Zde se intervence zaměřuje hlavně

na způsob, jak se drogy užívají, nezaměřuje se tedy na snižování počtu uživatelů nebo užívání drog, ale na minimalizaci rizik - Harm reduction.

Dalším cílem je snížit nabídku a dostupnost drog prostřednictvím omezení nebo potírání nabídky drog. Cílová skupina jsou výrobci a distributoři legálních a ilegálních drog. Intervence se zaměřují na snížení produkce a distribuce drog. V některých státech je politika postavena na povinné léčbě. Ta vychází z předpokladu, že trestná činnost je důsledkem závislosti a usilují proto o povinnou léčbu, aby snížili kriminalitu. Moralisticky založená politika vychází z toho, že uživatel drog je odsouzen v případě, že překročí zákon, nelíbí se jim, že páchají kriminalitu a dávají přednost progresivnějšímu přístupu před minimalizací rizik, či léčbě uživatelů. Sociálně založená politika usiluje o to, aby skupiny užívající drogy byly zapojeny do aktivit většinové společnosti a přijaly jejich hodnoty (<http://adiktologie.cz/cz/articles/detail/77/304/Drogy-a-umeni>).

Česká republika se o problematiku užívání návykových látek v těhotenství zajímá a řeší jí, asi posledních 15 let. Před sametovou revolucí v roce 1989 se tyto skutečnosti utajovaly. V takovýchto případech gynekologové doporučili umělé ukončení těhotenství, v případě porodu následné předání dítěte do náhradní péče prarodičům, kojeneckému ústavu (Sedláčková et al., 2008).

Mnoho odborníků se snaží připravit koncepci tak, aby byla v centru pozornosti nejen matka, ale i její novorozené dítě. Důležitá je mezioborová spolupráce v oblasti péče o ženy se závislostí a jejich děti. Ženy mají zábrany při vyhledání odborné pomoci pro návykové závislosti a k tomu se ještě přidávají problémy s nepochopením jejich okolí a nezajištěná péče o budoucnost jejich dětí. V České republice je nejvíce používaný Minnesotský model. Tento model chápe závislost jako onemocnění. Skládá se ze 4 programů. První modelem je poradenství. Tyto potřeby zajišťují kontaktní centra, kde si mohou závislé nemocné vyzvednout oblečení, jídlo. Mohou se zde umýt, jsou jim zajištěny injekční stříkačky a jehly. Kontaktní centra podchycují a motivují chování závislé ženy ke změně. Druhý program zahrnuje detox. Detoxikace provádějí centra a oddělení v psychiatrických léčebnách. Důvodem je nebezpečí při odvykání na drogy způsobující abstinenční příznaky, epileptické záchvaty, křeče a nestandardní chování. Hlavním cílem léčeben je klientku motivovat formou psychoterapií ke změně životního stylu. Třetí program zahrnuje pomoc rodiny a začlenění do terapie. A čtvrtý program poskytuje prevenci k opětovnému zneužití drogy.

### **3.2 Nízkoprahová zařízení**

V České republice není systém péče o závislé ženy zcela sjednocen. Nejčastějším důvodem proč ženy závislé na návykových látkách požádají o pomoc odborníka je, že mají strach o dítě a jeho odebrání. Těmto ženám se musí nabízet zdravotní a psychosociální pomoc formou krátkých intervencí. Hlavním cílem intervence je důraz na absolutní abstinenci, která těmto ženám zvýší schopnost pečovat o své dítě (Sedláčková, Žižková, 2008). K tomuto účelu slouží nízkoprahová zařízení.

Prvotním úkolem nízkoprahových zařízení je kontakt s klientem. Zabývají se sekundární a terciální prevencí, nabízejí své služby, které se podobají terénním programům. Jsou to nezisková zařízení. Mezi hlavní úkoly práce patří kontakt s klientkou, poradenství, sociální a zdravotní péče formou intervencí. Ta probíhá s rodinou závislé ženy, partnerem, příbuznými. Pomáhají při hledání zaměstnání, bydlení, asistují při vyřizování záležitostí na úřadech, soudech, s policií ([www.adiktologie.cz](http://www.adiktologie.cz)). Podle Žižkové je systém práce s těhotnými uživatelkami v kontaktních centrech nevypracovaný, ale některá nízkoprahová zařízení již mají vypracovaný konkrétní koncept pro práci se závislými uživatelkami (Žižková, B. 2009). Dle Žižkové je důležité navázat a vytvořit důvěrný vztah a poradenský plán, vhodně edukovat, motivovat ke změnám v životním stylu. Nejvhodnější je plnit krátkodobé cíle a pomáhat při vyřizování osobních záležitostí. Nejvhodnější se jeví věkově stejně stará asistentka stejného pohlaví.

### **3.3 Ambulantní služby**

Ambulantní služby mohou poskytovat certifikovaná zařízení, která mají neziskový charakter. Kladou na klientky nároky, které spočívají v plnění individuálního plánu léčby, jež je kontrolován terapeutky a pracovníky centra. V současné době je jedno z center péče o ženy Centrum pro rodinu. Je součástí zdravotnického zařízení Střediska prevence a léčby drogových závislostí Drop-in, o.p.s. Toto centrum si klade za cíl motivovat klientky k abstinenci drog, pomáhá řešit sociální a bytovou problematiku klientek, zlepšovat mezilidské vztahy. Vše je směřováno k cíli, aby matka mohla po odchodu z programu vytvořit

dítěti vhodné zázemí rodiny a snížit počet dětí v ústavní péči (Velemínský, M., Žižková, B. 2008). Program Drop-in o.p.s. v současné době disponuje nejucelenějšími koncepty péče o těhotnou drogově závislou ženu a její dítě. Program centra probíhá v předávání informací a ve spolupráci se sociálněprávní ochranou dětí, lékaři, porodníky a pediatry. Základními cíli Drop-in o.p.s. je motivace klientek pečujících o své děti a směřování k abstinenci. Pomocnou ruku podávají při řešení nenadálých životních situacích, zabezpečují gynekologickou nebo porodnickou péči, psychoterapeutickou a sociální péči. Zajišťují asistenci při získávání sociálních dávek, bydlení, jídlo. Důležitým prvkem v programu je zařazení se do společnosti, vytvořit správné mezilidské vztahy a vytvořit bezpečné zázemí v rodině ve spolupráci s partnerem. Velmi důležitá je mezioborová spolupráce mezi lékaři, porodními asistentkami, psychologem a sociálními pracovníky. Lékař i porodní asistentka musí zvážit všechna rizika, ke kterým by mohlo během gravidity a porodu dojít. Zajistit všechna potřebná vyšetření, odběry a společně s porodní asistentkou by měl porodník vypracovat plán porodu ([www.drop-in.cz](http://www.drop-in.cz)).

Denní stacionáře nabízejí ambulantní léčbu formou celodenního programu. Tento rozvrh trvá 3-6 měsíců. Probíhá pět dní v týdnu po 4-5 hodinách. Spočívá v přesném časovém rozvrhu. Vymezuje žádoucí a nežádoucí chování klientek, následné potrestání vhodnou formou při porušení domluvených podmínek. Součástí je skupinová terapeutická aktivita, pracovní, sportovní. Vše ve vyvážené skladbě. V denní a ústavní léčbě je rozsah 20 hodin týdně po dobu 20 dnů (Kalina et al., 2003, s. 179-180).

### **3.4 Ústavní léčba a doléčovací programy**

Ústavní léčba je buď krátkodobá anebo střednědobá. Krátkodobá trvá 2 měsíce a střednědobá 3-6 měsíců. Vedou ji specializovaná oddělení nemocnic a psychiatrických léčeben. Provádí se zde skupinová a individuální terapie, vzdělávací programy, rehabilitační programy, práce s rodinou. Společným cílem je absolutní abstinence všech drog. Léčba se dělí na několik fází, nutností je vyváženost programu, splnění daných cílů, má pevná pravidla a řád. Klientka musí pravidla dodržovat.



Centra pro doléčení drogově závislých jsou určena klientkám, které již absolvovaly ambulantní léčbu. Program doléčení trvá 6-12 měsíců a jeho základem je dodržení úplné abstinence. Dominantním úkolem centra je udržet abstinenci klientky a vytvořit vhodné společenské zázemí, které je nezbytné pro abstinenci drog. Nabízeny jsou skupinové terapie možné v páru, s rodinou nebo blízkými (Kalina et al., 2003). Ze zdravotní péče u žen se závislostí je hlavním problémem to, že nenavštěvují lékaře ani prenatální poradnu. Nutností je propojení sociálního a zdravotního systému. Drogově závislé těhotné ženy se k lékaři nejčastěji dostaví až po kontaktu se streetworkery nebo po navštívení nízkoprahového centra. Těžce závislé se dostaví většinou až k porodu. Při vyšetření drogově závislé nejeví ochotu spolupracovat, anamnestické údaje se daří získat obtížně až po opakovaných návštěvách lékaře. Často se anamnéza zjistí až těsně před porodem. Prenatální péče je u drogově závislých stejná jako u ostatních těhotných, které drogy neužívají. Po vyšetření lékařem a porodní asistentkou je nutné vyšetření specialistou na návykové látky. Tyto ženy vyžadují kromě prenatální péče také spolupráci se sociálními pracovníky, neboť často musí řešit otázku výživy, péči o dítě a bydlení po porodu.

## 4 Léčba drogově závislých těhotných žen

Dle Vavřinkové je substituční léčba časově neomezená. Odkládá trvalou abstinenci na dobu, která bude vhodná pro abstinenci určenou léčbu podstoupit. Substituční látka se podává jiným než nitrožilním způsobem. Množství dávky musí potlačit abstinenci příznaky drogově závislé těhotné. Tím se zlepšuje kvalita života. Tato léčba se provádí ve specializovaných zařízeních, která mají akreditační způsobilost a jsou pověřena Ministerstvem zdravotnictví k realizaci substitučního programu. Indikaci a diagnózu podepisuje lékař s atestací v oboru psychiatrie s osvědčením k substituční léčbě. Musí také ověřit, zda již nebyla závislé těhotné poskytnuta tato léčba v jiném zařízení. Tato informace se ověřuje na kontaktním místě “Registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek“ (Vavřinková et al., s. 63-65, 2006).

### 4.1 Metadon

Vavřinková s Binderem taktéž uvádí, že metadon je látka syntetická, rozpustná ve vodě, při podávání nedochází ke zvyšování tolerance a může se podávat i několik let. Zabraňuje vzniku abstinenci příznaků, působí jako blokátor drog. Nevyvolává euforii. Dávka musí být odpovídající, při nižší dávce se drogově závislé vracejí k původní droze. Indikací je těžká a dlouhodobá závislost na opioidech a opakované neúspěšné pokusy abstinence. Kontraindikací je převažující závislost jiného než opioidového typu, abúzus alkoholu, věk nižší než 16 let a blízký nástup k výkonu trestu. V graviditě je důležité nastavit hladinu látky optimálně a snížit tak riziko fetálních abstinenci příznaků. Výhodou je, že závislá těhotná musí denně docházet pro metadon a je možné sledovat těhotenství a kontrolovat. Dle Vavřinkové matky zařazené do metadonového programu mají lepší perinatální péči, novorozenci mají vyšší porodní hmotnost a nižší výskyt intrauterinní růstové retardace. Jedni autoři uvádějí, že optimální dávka 10-90 mg /den, jiní udávají hodnotu 80-140mg/den. Dávka vyšší než 40mg/den snižuje dýchací pohyby plodu a pohyby plodu. Vhodné je dávku rozdělit a podávat po 12 hodinách. Tak je zaznamenáno, že při tomto dávkování není ovlivněna pohybová a dýchací činnost plodu. Nejvhodnější doba pro ukončení substituce je II. trimestr.

Ve III. trimestru může vyvolat předčasný porod. Metadon se objevuje v játrech, plicích a slezině plodu. Podání vyšší dávky metadonu matce, způsobuje abstinenční příznaky novorozence. Mohou se objevit i za 2-4 týdny po narození. Projeví se křečemi a delším neonatálním abstinenčním syndromem. Projeví se trombocytoza, systolická hypertenze, neklid při spánku. Dlouhodobě se ukazují problémy s hyperaktivitou, potíže s učením, špatná přizpůsobivost k okolí. V otázce kojení vládne značná nejednotnost. Přes odmítavost kojení některých odborníků až po schvalování pediatriů, hlavně novozélandských a australských. Dle nich kojení pomáhá tlumit abstinenční syndrom novorozence. V České republice se provádí zástava laktace.

## **4.2 Bubrenorfin (Subutex)**

Nástup účinku Subutexu nastává pomaleji než heroin. A to i při intravenózním podání. Podává se tedy nitrožilně, perorálně, sublinguálně a rektálně. Účinek přetrvává i 24 hodin. Má dlouhý poločas uvolňování. Podává se drogově závislým matkám v případě, že užívají i jiné látky, kokain, pervitin. Kontraindikací je alkohol, věk nižší než 15 let, jaterní onemocnění a respirační onemocnění s insuficiencí. Subutex není embryotoxický ani teratogenní. Do mateřského mléka přechází v malém množství. Neonatální abstinenční syndrom je mírný a rychle odeznívá. Nastupuje brzy po narození, průměru druhý den života.

## 5 Systém péče v ČR

Užívání návykových látek těhotnými ženami je v dnešní době závažný problém. Tyto látky ovlivňují psychiku a fyzické zdraví těchto žen a působí nemalé komplikace plodu a později narozenému dítěti. Většina takto narozených dětí je matce odebrána a umístěna do ústavní péče nebo předána pěstounům. K odebrání dítěte vede hlavně špatná sociální a ekonomická situace matky a neschopnost pečovat o své dítě. V České republice je jedním z největších center péče o závislou těhotnou ženu, protidrogové centrum s názvem Centrum pro rodinu, jehož součástí je detašovaná organizace Drop-in, o.p.s. Nejdůležitějším cílem této organizace je co nejvíce snížit počet dětí umístěných do ústavní péče. Primárně se zabývá poradenskou činností v oblasti problematiky drog, motivací těhotných závislých žen. Hledají řešení k odstranění tíživé situace, zabezpečují gynekologickou a porodnickou péči, působí v oblasti psychoterapie a sociální péči. Poskytují asistenci a pomoc v zajištění bydlení, vyřízení sociálních dávek, pomáhají v orientaci v mezilidských vztazích a směřují klientku k vytvoření vhodného zázemí pro rodinu. Pro práci se závislou těhotnou ženou spolupracují s ostatními lékaři, porodními asistentkami, pracovníky v sociálních službách a psychology. Kontakty a následnou pomoc lze dohledat na internetových stránkách. Je určena závislým těhotným matkám, týraným a zanedbávaným dětem, drogově závislým, patologickému hráčství, poruchám příjmu potravy, šikanování, právům dětí, linky důvěry, poradny v období nouze.

Kontaktní centra v Olomouckém kraji:

Kontaktní centrum KAPA, Skalní 1059, Hranice, tel. 581607022

K-centrum, Sokolská 48, Olomouc, tel. 585220034

K-centrum, Vrahovická 83, Prostějov, tel. 582361401

Kontaktní a krizové centrum, Kosmákova 44, Přerov, tel. 581207901

Kontaktní centrum, Generála Svobody 22, Šumperk, tel. 583212168

Kontaktní a poradenské místo pro drogově závislé, Šternberská 497, Uničov, tel. 585054519

Mezi internetové portály patří [www.dropin.cz](http://www.dropin.cz). Jde o středisko prevence a léčby drogových závislostí Drop In o.p.s. Středisko prevence a léčby drogových závislostí známé pod adresou [www.sananim.cz](http://www.sananim.cz). SANANIM je neziskovou organizací, která působí v oblasti drogových závislostí. Lidem ohroženým drogami a jejich blízkým poskytuje pomoc v síti programů

a služeb, které tvoří komplexní systém prevence, péče, léčby a resocializace. Mezi další patří [www.poradenskecentrum.cz](http://www.poradenskecentrum.cz). Toto centrum se specializuje na problematiku experimentování s návykovými látkami a jejich zneužívání a problémy v mezilidských vztazích u dětí a mládeže. Jejich klienty jsou i rodiče, pedagogové a široká veřejnost. Služby zde jsou bezplatné. Fond ohrožených dětí, [www.fod.cz](http://www.fod.cz), je nezisková organizace na pomoc ohroženým dětem s pověřením výkonu sociálně právní ochrany dětí. Sídlí v Praze, má působnost na území celé České republiky a v provozuje 22 regionálních poboček zaměřených na terénní sociální činnost rodin, 4 mediační centra pro řešení rozvodových záležitostí, 5 azylových domů, 35 zařízení pro děti vyžadujících okamžitou pomoc Klokánek s kapacitou 510 míst.

Substituční centra v České republice:

Centrum metadonové substituce Drop in, Lannova 2, Praha1

Substituční jednotka při. odd. pro léčbu závislostí, VFN, Apolinářská, Praha 2

DPS Elysium, Hapalova 22, Brno

Ambulance AT při FN, Hradecká 1172, Hradec Králové

Psychiatrické oddělení při FN, 17.listopadu 1790, Ostrava

Psychiatrická klinika FN, I. P. Pavlova 12, Olomouc

Ordinace AT při NsP, Pražská 528, Mělník

Masarykova nemocnice, metab. Jednotka, Sociální péče 3136/5, Ústí nad Labem

Občanské sdružení Prevent, Matice školské 17, České Budějovice

# ZÁVĚR

Bakalářská práce je koncipovaná jako teoretická. Hlavním cílem bylo předložit poznatky o drogové problematice v období těhotenství. Podává přehled o jednotlivých drogách, vlivu teratogenních látek na závislou ženu a na nenarozený plod. Seznamuje se základní a rozšířenou léčbou. Mapuje systém péče v České republice o tyto ženy a jejich narozené děti.

Byly stanoveny tři základní cíle, a to:

1. Předložit poznatky o nejčastěji užívaných návykových látkách v graviditě.
2. Předložit poznatky o vlivu a následcích poškození plodu návykovými látkami.
3. Předložit poznatky o léčbě a prevenci závislých na návykových látkách.

## **Dílčí cíl č. 1. Předložit poznatky o nejčastěji užívaných návykových látkách v graviditě.**

Dle Sedláčkové a Žižkové jsou v populaci nejrozšířenějšími drogami alkohol, tabák a kofein (Sedláčková, Žižková, 2007, s. 71-76). Také Vavřinková a Binder se shodují, že v těhotenství převládají drogy měkké, jako jsou alkohol, nikotin, kofein. Z tvrdých drog se do popředí dostává pervitin a opioidy. Halucinogeny, těkavé látky těhotné téměř neužívají (Vavřinková, Binder, 2006, str. 13-14). Alkohol má mezi návykovými látkami výjimečné postavení, patří mezi nejrozšířenější, nejstarší a nejvíce užívané drogy. Je lehce dostupný a jeho návykovost lze poměrně dlouhou dobu skrývat. Nikotinismus je společenským zlozvykem a nezdravou závislostí a doposud se ji nepodařilo eliminovat (Zlochová et al., 2010, s. 8-9). Kofein je jednou z nejvíce užívaných drog v Evropě. Tato látka nebyla prokázána jako droga způsobující nízkou porodní hmotnost a sklon k předčasným porodům (Sedláčková, Žižková, 2007, s. 71-76). Dle Vavřinkové a Bindera patří kofein obsažený v kávě mezi široce konzumované látky mezi těhotnými ženami. Doposud v žádné studii nebyly prokázány škodlivé účinky konzumování kávy v období těhotenství. Nepotvrdily se ani teratogenní účinky kofeinu (Vavřinková, Binder, 2007, s. 61).

**Cíl 1 byl splněn.**

## **Dílčí cíl č. 2. Předložit poznatky o vlivu a následcích poškození plodu návykovými látkami.**

Návykové látky ovlivňují těhotenství, plod a novorozence. Ze zjištěných poznatků vyplývá, že mezi těhotnými je velmi rozšířený nikotin, který působí především na vyvíjející se plod. Projevuje se nízkou porodní hmotností, způsobuje IUGR a novorozenci jsou ohroženi SIDS. Rozšířenou návykovou látkou je také alkohol způsobující u dětí FAS. Fetální alkoholový syndrom, se odhadem objevuje v České republice u jednoho ze 750 novorozenců. U žen konzumujících alkohol ve vyšších dávkách, se FAS vyskytuje u 30 % novorozenců. Děti narozené s touto diagnózou, mají typické symptomy, jako jsou mikrocefalie, epikantus, krátká oční štěrbin, mikrooftalmie, široký a plochý nos, nedostatečně vyvinutá rýha horní části rtu, postižení CNS, mentální retardace, neurologické potíže a odchylky, hyperaktivita a IUGR symetrického typu. Projevuje se snížená pohyblivost kloubů končetin, možné malformace srdeční, urogenitální a CNS (Sedláčková, Žižková, 2007, s. 73). Nešpor a Scheansová popisují poškození plodu touto látkou, abnormalitami v oblasti hlavy a obličeje, menší velikostí hlavičky při porodu a abnormalitami mozku. Mentální retardací, postižení intelektu, poruchou chování a snížení pozornosti (Časopis lékařů českých, 2011, roč. 150, č. 6, s. 339-343).

**Cíl 2 byl splněn.**

## **Dílčí cíl č. 3. Předložit poznatky o léčbě a prevenci závislých na návykových látkách.**

Česká republika se o problematiku užívání návykových látek v těhotenství zajímá a řeší jí, asi posledních 15 let. Před sametovou revolucí v roce 1989 se tyto skutečnosti utajovaly (Sedláčková et al., 2008). V České republice je nejvíce používá tzv.: Minnesotský model rozdělený do 4 programů. Součástí programu je poradenství v kontaktních centrech, další částí modelu je detox na centrech a v psychiatrických léčebnách a posledním pomoc rodiny a prevence k opětovnému zneužití drogy. V péči o těhotné závislé v ČR působí nejvíce Středisko prevence a léčby drogových závislostí Drop-in, o.p.s. Klade si za cíl motivovat klientky k abstinenci drog, pomáhá řešit sociální a bytovou problematiku klientek.

Dle Vavřinkové je dobré matky zařazovat do substituční léčby metadonem formou metadonových programů. Mají poté lepší prenatální péči, novorozenci mají vyšší porodní hmotnost a nižší výskyt intrauterinní růstové retardace. Výhodou také je, že závislá těhotná musí denně docházet pro metadon a je možné sledovat její těhotenství.

**Cíl 3 byl splněn.**

**Všechny cíle byly splněny.**



## **DOPORUČENÍ PRO PRAXI**

Péči ženě v těhotenství, při porodu a novorozenci poskytuje porodní asistentka, která by měla být jejím rádcem a pomocníkem, aby ženy-klientky na toto výjimečné období svého života měly jen pěkné vzpomínky (Vránová, 2011, s. 11). Péče PA zahrnuje preventivní opatření, podporu matky a dítěte během těhotenství a po porodu. Je schopna vykonávat svou profesi v jakémkoli prostředí, včetně domácího, ambulantních zařízení, nemocnic a klinik. Porodní asistentka se ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, neodkladné a dispenzární péči ([www. http://theses.cz/id/cpqs66/Jana\\_Protivnkov\\_DP\\_2014.pdf](http://theses.cz/id/cpqs66/Jana_Protivnkov_DP_2014.pdf)).

Důležitým prvkem porodní asistentky je rozšířit si povědomí o negativních účincích návykových látek, Podílet se na praxi o těhotné drogově závislé. Zvyšovat edukaci dívek v gynekologických ambulancích již v období adolescence. Podporovat, pomáhat a detekovat potencionální rizika závislosti v dětském věku ve školních zařízeních. Provádět edukaci nejlépe již na základních školách.

## REFERENČNÍ SEZNAM

BINDER, T., ROZTOČIL, A. 2010. *Péče o těhotenství s inrauterinní růstovou retardací plodu - doporučený postup. Česká gynekologie. 2010, roč. 75, č. 1, s. 1-3. ISSN 1210-7832.*

CSÉMY L. et al., 2005. *Alkohol v těhotenství. Časopis lékařů českých 2005, roč. 144, č. 10, s. 704 - 705, ISSN 0008-7335.*

ČESKÁ GYNEKOLOGIE: časopis *České gynekologické a porodnické společnosti. 2013, roč. 78, suplementum, s. 76 - 79. Dostupné z <http://www.prolékare.cz/ceska-gynekologie-archiv-cisel?id=3465>*

DROBNÁ, H., ČIHAŘ, M. 2010. *Dieťa drogově závislé matky - doporučený postup. Česká gynekologie. 2010, č. 1, s. 49 - 51. ISSN 1210-7832.*

*Ošetrovatel'stvo a porodná asistancia, 2010, Roč. 8, č. 3, s. 8 - 12, ISSN 1336-183X*

FENDRYCHOVÁ, J., BOREK, I. *Intenzivní péče o novorozence. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. 2007. ISBN 978-80-7013-447-4.*

HAMANOVÁ, J., CSÉMY, L. 2010. *Prenatální účinky alkoholu. Československá pediatrie. 2010, roč. 65, č. 10, s. 606 - 612. ISSN 0069-2328.*

HRUBÁ, D. *Kouření je největší preventabilní riziko poruch reprodukce. Praktická gynekologie. 2001, 5(2), 36. ISSN 1211-6645.*

CHEYNE, Lawrence H. a Ruth JEPSON. 2014. *Alcohol brief interventions in Scottish antenatal care: a qualitative study of midwives' attitudes and practices. BMC Pregnancy and Childbirth on line. vol. 14, issue 1. ISSN: 1471-2393. DOI: 10.1186/1471-2393-14-170.*

JOURNAL OF FASD [online]. Poslední aktualizace leden 2007. Dostupné z : [www:http://www.jfasd.org/index.htm](http://www.jfasd.org/index.htm)).

KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti*. 2003, s. 83, 1. Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA a kolektiv, *Drogy a drogové závislosti 1, mezioborový přístup*, 2003, s. 165-179. ISBN: 80-86734-05-6.

KRMENČÍK, P. *Adiktologie*, 2008, roč. 8, č. 2, s.121-123. Dostupné z internetového zdroje: <http://www.adiktologie.cz/download/1728/krmencik-2-2008-cze.pdf>

MARÁDOVÁ,E. 2006. *Prevence závislosti*. Praha: Vzdělávací institute ochrany dětí. ISBN: 80-86991-70-9.

NEŠPOR, K., SCHEANSOVÁ, A. 2011. *Alkohol, tabák a jiné návykové látky a reprodukční rizika*. Časopis lékařů českých, 2011, roč. 150, č. 6, s. 339-343. ISSN 0008-7335,1805-4420.

NEŠPOR, K., SCHEANSOVÁ, A. 2011. *Bulletin Sdružení praktických lékařů ČR*. 2010,20(6):32-38). ISSN 0008-7335 1805-4420.

NEŠPOR, K., SCHEANSOVÁ, A. 2011. *Alkohol,tabák a jiné návykové látky a reprodukční rizika*. Časopis lékařů českých,2011,roč.150,č.6,s.339-343. ISSN 0008-7335,1805-4420.

NEŠPOR, K., SCHEANSOVÁ, A. 2011. *Bulletin Sdružení praktických lékařů ČR*, 20(6): 32-38). ISSN 0008-7335 1805-4420.

NEŠPOR, K., SCHEANSOVÁ, A. 2011. *Alkohol, tabák a jiné návykové látky a reprodukční rizika*. Časopis lékařů českých. 2011, roč. 150, č. 6, s. 339-343. ISSN 0008-7335.

PEDIATRIE, překlad 6.vydání, Prof. Ania Carolina Muntau, s. 48, ISBN: 978-80-247-4588-6

Praktická gynekologie: moderní časopis pro gynekology a porodníky, 2011, roč. 15, č. 1, s. 34-39.

PROTIVÁNKOVÁ, J. Role mentora a tutora v bakalářském vzdělávacím programu Porodní asistence. Vliv na kvalitu a úroveň praktické výuky z pohledu studentů. Olomouc, 2014. Dostupné z: [www. http://theses.cz/id/cpqs66/Jana\\_Protivnkov\\_DP\\_2014.pdf](http://theses.cz/id/cpqs66/Jana_Protivnkov_DP_2014.pdf). Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Věra Vránová, Ph.D.

SEDLÁČKOVÁ, S. In VELEMÍNSKÝ, M., ŽIŽKOVÁ, B. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*. Praha:TRITON, 2007, s. 71-76. ISBN 978-80-7387-095-9.

SCHEANSOVÁ, A. et al., 2011. Alkohol, tabák a jiné návykové látky a reprodukční rizika. Časopis lékařů českých, 2011, roč. 150, č. 6, s. 339-343. ISSN 0008-7335, 1805-4420.

SCHMIDTOVÁ, J. *Abúzus alkoholu v těhotenství a jeho důsledky*, 2011, s. 1 - 4. Lékařské listy: prevence-diagnostika-terapie-péče-praxe: příloha Zdravotnických novin. Dostupné z: [http://www.zdn.cz/archiv\\_priloha-lekarske-listy/covers](http://www.zdn.cz/archiv_priloha-lekarske-listy/covers)

SIMOČKOVÁ, V. Sestra-slovenská verze, *Faktory ohrožující tehotenstvo*, 2015, roč. 14, č. 7-8, s. 18-19, ISSN 1335-9444.

ŠLAMBEROVÁ, R. *Drogy během těhotenství-vliv na matku a následnou generaci*. Československá fyziologie. 2003, roč. 52, č. 1, s. 16. ISSN 1210-6313.

VAVŘINKOVÁ, B., and T. BINDER. 2006. *Návykové látky v těhotenství*. 1. vyd. Praha: Triton, 2006. s. 11-16, ISBN 80-7254-829-8.

VELEMÍNSKÝ, M., ŽIŽKOVÁ, B. a kol. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2008. ISBN 978-80-7387-095-9

Internetové zdroje:

<http://www.drogy-info.cz>

[http://www.health.wa.gov.au/docreg/Reports/Risk/Alcohol/Australian\\_alcohol\\_guide.pdf](http://www.health.wa.gov.au/docreg/Reports/Risk/Alcohol/Australian_alcohol_guide.pdf), pp.17

## SEZNAM ZKRATEK

AAG	Australian alcohol guide, Australský průvodce alkoholem
CNS	centrální nervový systém
CRL	temenokostrční délka
ČR	Česká Republika
FAS	fetální alkoholový syndrom
FASD	Fetal Alcohol Spektrum Disorders
HIV	human immunodeficiency virus, virus snížené obranyschopnosti
IUGR	intrauterine growth retardation, intrauterinní růstová retardace
IQ	inteligenční kvocient
KTG	kardiotokografie
LSD	lysergamid
MDMA	methylenedioxyamfetamin
THC	tetrahydrocannabinol
UZ	ultrazvuk
VVV	vrozená vývojová vada
ZIKA	název viru

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Soňa Holcová
<b>Katedra:</b>	Fakulta zdravotnických věd, Ústav porodní asistence
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Jana Holmanová, DiS.
<b>Rok obhajoby:</b>	2016

<b>Název práce:</b>	Návykové látky v těhotenství.
<b>Název v angličtině:</b>	Addictive drugs in pregnancy
<b>Anotace práce:</b>	Bakalářská práce je koncipovaná jako teoretická. Hlavním cílem bylo předložit poznatky o drogové problematice v období těhotenství. Podává přehled o jednotlivých drogách, vlivu teratogenních látek na závislou ženu a na nenarozený plod. Seznamuje se základní a rozšířenou léčbou. Mapuje systém péče v České republice o tyto ženy a jejich narozené děti.
<b>Klíčová slova:</b>	návykové látky, drogy, drogy v těhotenství, fetální alkoholový syndrom, porod závislé matky, kojení, plod, novorozenec, péče porodní asistentky, prevence závislosti, léčba drogově závislých.
<b>Anotace v angličtině:</b>	The thesis has got theoretical. The main objective was to provide knowledge about drugs during pregnancy. It provides an overview of individual drugs, the influence of teratogenic substances on the dependent wife and unborn child. It introduces the basic and extended treatment. Maps the care system in the Czech Republic for these women and their babies.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	addictive drugs, drugs, drugs in pregnancy, fetal alcohol syndrome, birth addicted mothers, breastfeeding, fetus, newborn, midwifery care, prevention of addiction, treatment of drug addicts

<b>Rozsah práce:</b>	47 stran
<b>Jazyk práce:</b>	čeština