Воздействие алкоголя на плод

Краткое изложение проблемы

Согласно современным научным данным привычка матери к регулярному употреблению алкоголя во время беременности может нанести вред еще не родившемуся ребенку.

- В результате последствий этого образа жизни у ребенка возникают расстройства фетального алкогольного спектра (FASD), наиболее тяжелым из которых является фетальный алкогольный синдром (FAS).
- Подтверждено отсутствие значимой взаимосвязи между умеренным употреблением алкоголя матерью во время беременности и вредными последствиями для здоровья.

Не существует единого мнения ученых по поводу порогового количества потребления алкоголя, при превышении которого возрастает риск нанесения ущерба здоровью.

С другой стороны, много споров вызывает постановка вопроса о «безопасном» уровне употребления алкоголя матерью в период беременности (1).

В значительной степени эффекты воздействия алкоголя в период внутриутробного развития находятся под влиянием других факторов, включая метаболизм, питание, наследственность, возраст матери и ее социально-экономическое положение.

Среди спектра нарушений, вызываемых алкоголем, FAS является наиболее полно описанным видом расстройств. Однако заболеваемость FAS значительно различается в разных странах.

- Частота заболеваемости FASD и FAS особенно высока в определенных сообществах и группах населения.

Предполагается, что неравномерность в распространении и показателях заболеваемости FAS и других FASD во многом зависит от разных методов обследования и различий в постановке диагнозов и описаний этих нарушений.

В диагностике и предотвращении FASD важную роль играют методы медицинского ухода и обследования в период беременности.

В Брифингах ICAP по здоровью (ICAP Health Briefings) содержится описание воздействия употребления алкоголя на здоровье. В них указывается взаимосвязь между моделями употребления алкоголя и последствиями для состояния здоровья, даются выдержки из ключевых письменных источников и приводится обширная библиография, содержащая данные исследований по каждой теме. Брифинги стараются предоставить баланс всех имеющихся научных данных. Они прошли рецензирование независимыми внешними экспертами, и не обязательно отражают взгляды ICAP или поддерживающих организацию компаний.

Публикации ICAP по данной проблеме:

International Center for Alcohol Policies (ICAP). (2005). Module 10: Drinking and pregnancy. (Модуль 10: Употребление алкоголя и беременность) В *ICAP Blue Book: Practical guides for alcohol policy and prevention approaches.* Источник: http://www.icap.org.

Какие существуют доказательства?

Согласно современным научным данным, привычка матери к регулярному употреблению алкоголя во время беременности может нанести вред еще не родившемуся ребенку.

Данные выводы описываются под единым диагнозом расстройства фетального алкогольного спектра (FASD), наиболее тяжелым из которых является фетальный алкогольный синдром (FAS) (2).

- По итогам последних 30 лет последствия вредного воздействия алкоголя на здоровье, связанные с интенсивным злоупотреблением матерью алкоголя во время беременности, были идентифицированы с использованием большого числа различных названий и клинических определений, включающих:
  - фетальные алкогольные эффекты (FAE);
  - частичный FAS (pFAS);
  - нетипичный FAS;
  - нарушения нервно-психического развития, вызванные алкоголем (ARND);
  - врожденные дефекты, вызванные алкоголем (ARBD) (3).

- Существует значительные разногласия в том, что должен включать в себя каждый из этих клинических диагнозов, и эти определения не являются взаимозаменяемыми
- В настоящее время в целях стандартизации превентивных и клинических мер по поводу фетального алкогольного воздействия медики пришли к единому мнению объединить эти вредные для здоровья эффекты под общим названием FASD. Диагноз FASD подразумевает подтвержденное употребление алкоголя матерью в ходе беременности, а также наличие по меньшей мере одного из следующих категорий признаков или симптомов:
  - задержка роста - внутриутробная или после рождения ребенка;
  - физические дефекты, особенно отдельные черепно-лицевые аномалии;
  - нарушения функций центральной нервной системы (4).

- Кроме FASD имеются и другие вредные последствия, связанные с интенсивным злоупотреблением алкоголем в период беременности, включающие в себя:
  - задержка внутриутробного развития (5);
  - отслоение плаценты (6);
  - рождение мертвого плода или спонтанные выкидыши (7, 8).

Несмотря на то, что некоторые научные исследования не показывают значимой взаимосвязи между умеренным употреблением алкоголя матерью во время беременности и вредными последствиями для здоровья (9), рекомендации для широкого населения все в большей степени склоняются в сторону воздержания от употребления алкоголя.

Пороговые величины и модели употребления алкоголя

Не существует единого мнения ученых по поводу целесообразности определения порогового количества алкоголя, при превышении которого возрастает риск его вредного воздействия; с другой стороны, много споров вызывает постановка вопроса о «безопасном» уровне употребления алкоголя матерью в период беременности (1).

- Совокупность свидетельств категорически указывает на то, что хронический прием алкоголя или частое эпизодическое состояние опьянения связаны с наиболее сильным риском повреждения плода (10).
- Данные по отдельным эпизодам интенсивного приема алкоголя («чрезмерное» употребление или «пьянство») являются противоречивыми (11).
- Так как разные организмы реагируют на алкоголь и перерабатывают его по-разному, значения пороговых количеств могут варьироваться.

Воздействие алкоголя на внутриутробное развитие плода в значительной степени зависит от других факторов, включающих в себя обмен веществ, питание и наследственность.

- Исследования показали, что степень эффективности нейтрализации организмом матери этанола в процессе метаболизма влияет на вероятность вредных последствий алкоголя для плода (12).
- Питание во время беременности (например, потребление солей фолиевой кислоты) также изменяет метаболизм алкоголя в организме женщины (12, 13).

Другие факторы, определяющие развитие плода, могут взаимодействовать с паттернами употребления алкоголя матерью, повышая риск возникновения FASD (14).

- Кроме этого, на риск развития FASD оказывает влияние общественно-экономический статус и связанные с ним факторы, такие как питание и качество медицинского обслуживания беременной женщины.
- Известно, что с увеличением возраста матери повышается риск нарушений развития плода, и было показано, что хроническое интенсивное употребление алкоголя в период беременности преобладает среди женщин более старшего возраста (15).
- Научные исследования показали, что наследуемое по мужской линии интенсивное употребление алкоголя также влияет на развитие плода (16); еще не ясно, осуществляется ли оно непосредственно через физиологические изменения спермы, или же косвенно через измененные физиологические показатели.

Распространенность FASD

Среди спектра нарушений, вызываемых алкоголем, FAS является наиболее полно описанным видом расстройств. Однако заболеваемость FAS значительно различается в разных странах.

- Наиболее высокая документально зафиксированная заболеваемость FAS была зарегистрирована в Западной Капской провинции Южной Африки, где на 1000 рожденных живыми младенцев приходилось 65 новорожденных с FAS (17).
- Для сравнения, частота заболеваемости FAS в США колеблется в пределах от 0,2 до 1,5 на 1000 живых новорожденных (18).
- Предполагается, что частота заболеваемости другими FASD в США приблизительно в три раза выше - от 0,6 до 4,5 на 1000 живых новорожденных (18).
- Не сообщается о случаях заболевания FAS в Великобритании (19).

Неравномерность в распространении и показателях заболеваемости FAS и других FASD во многом зависит от разных методов обследования и различий в постановке диагнозов и описаний этих нарушений (19, 20).

Распространенность заболеваний FASD и FAS особенно высоки в отдельных сообществах и группах населения.

Среди коренного населения стран, например, в среде коренных американцев в США, коренных народов в Канаде и общин аборигенов в Австралии, заболеваемость FAS значительно выше, чем среди широкого населения этих же стран (20).

В исследованиях предполагается, что вредные модели употребления алкоголя и другие неизвестные действующие факторы (например, плохое питание) могут быть представлены в этих группах в большей степени. Многие из этих еще не объясненных наукой факторов связаны с различными социально-экономическими особенностями (10).

В диагностике и предупреждении FASD важную роль играет доступность методов обследования и медицинского ухода за беременными женщинами, что может объяснять высокий уровень заболеваемости, наблюдающийся в социально-исключенных группах населения.

Библиография

1. Itthagarun, A., Nair, R. G., Epstein, B., & King, N. M. (2007). Fetal alcohol syndrome: Case report and review of the literature. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics*, 103, E20-E25.

2. Jones, K. L., & Smith, D. W. (1973). Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. *Lancet, 2*(7836), 999-1001.

3. Gunzerath, L., Faden, V., Zakhari, S., & Warren, K. (2004). National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism report on moderate drinking. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 28*, 829-847.

4. Warren, K. R., Calhoun, F. J., May, P. A., Viljoen, D. L., Li, T. K., Tanaka, H., et al. (2001). Fetal alcohol syndrome: An international perspective. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 25*, 202S-206S.

5. Sokol, R. J., Delaney-Black, V., & Nordstrom, B. (2003). Fetal alcohol spectrum disorder. *Journal of the American Medical Association, 290*, 2996-2999.

6. Marbury, M. C., Linn, S., Monson, R., Schoenbaum, S., Stubblefield, P. G., & Ryan, K. J. (1983). The association of alcohol consumption with outcome of pregnancy. *American Journal of Public Health, 73*, 1165-1168.

7. Henriksen, T. B., Hjollund, N. H., Jensen, T. K., Bonde, J. P., Andersson, A. M., Kolstad, H., et al. (2004). Alcohol consumption at the time of conception and spontaneous abortion. *American Journal of Epidemiology, 160*, 661-667.

8. Kesmodel, U., Wisborg, K., Olsen, S. F., Henriksen, T. B., & Secher, N. J. (2002). Moderate alcohol intake in pregnancy and the risk of spontaneous abortion. *Alcohol and Alcoholism, 37*, 87-92.

9. Henderson, J., Gray, R., & Brocklehurst, P. (2007). Systematic review of effects of low-moderate prenatal alcohol exposure on pregnancy outcome. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 114*, 243-252.

10. O'Leary, C. M. (2004). Fetal alcohol syndrome: Diagnosis, epidemiology, and developmental outcomes. *Journal of Paediatrics and Child Health, 40*, 2-7.

11. Henderson, J., Kesmodel, U., & Gray, R. (2007). Systematic review of the fetal effects of prenatal binge-drinking. *Journal of Epidemiology and Community Health, 61*, 1069-1073.

12. Shankar, K., Ronis, M. J., & Badger, T. M. (2007). Effects of pregnancy and nutritional status on alcohol metabolism. *Alcohol Research and Health, 30*, 55-59.

13. Shankar, K., Hidestrand, M., Liu, X., Xiao, R., Skinner, C. M., Simmen, F. A., et al. (2006). Physiologic and genomic analyses of nutrition-ethanol interactions during gestation: Implications for fetal ethanol toxicity. *Experimental Biology and Medicine (Maywood, N.J.), 231*, 1379-1397.

14. Caan, W. (2007). Remember the links in the causal chain of fetal alcohol effects. *Lancet*, 369(9575), 1789.

15. Jacobson, J. L., Jacobson, S. W., & Sokol, R. J. (1996). I ncreased vulnerability to alcohol-related birth defects in the offspring of mothers over 30. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 20*, 359-363.

16. Abel, E. (2004). Paternal contribution to fetal alcohol syndrome. *Addiction Biology, 9*, 127-133; discussion 135-136.

17. Viljoen, D. L., Gossage, J. P., Brooke, L., Adnams, C. M., Jones, K. L., Robinson, L. K., et al. (2005). Fetal alcohol syndrome epidemiology in a South African community: A second study of a very high prevalence area. *Journal of Studies on Alcohol, 66*, 593-604.

18. Center for Disease Control and Prevention (CDC). (2006). *Information: Fetal alcohol syndrome*. Washington, DC: Author.

19. Kyskan, C. E., & Moore, T. (2005). Global perspectives on fetal alcohol syndrome: Assessing practices, policies, and campaigns in four English-speaking countries. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne, 46*, 153-165.

20. Abel, E. L., & Hannigan, J. H. (1995). Maternal risk factors in fetal alcohol syndrome: Provocative and permissive influences. *Neurotoxicology and Teratology, 17*, 445-462.

International Center for Alcohol Policies
Analysis. Balance. Partnership.

1519 New Hampshire Avenue, NW
Washington, DC 20036 USA

Телефон: +1.202.986.1159
Факс: +1.202.986.2080

www.icap.org

© International Center for Alcohol Policies, 2008

Международный центр алкогольной политики (МЦАП/International Center for Alcohol Policies, ICAP) – это исследовательская организация, работающая с различными государственными учреждениями, алкогольной промышленностью и органами общественного здравоохранения. ICAP видит свою миссию в том, чтобы: способствовать пониманию роли алкоголя в обществе и снижению злоупотребления алкоголем в мире; поощрять развитие диалога и сотрудничества между алкогольной промышленностью, органами здравоохранения и другими сторонами, заинтересованными в алкогольной политике. ICAP – некоммерческая организация. Его спонсорами являются 10 ведущих производителей алкогольных напитков.