

# СИНДРОМ ЧУЖОГО ПАЦИЕНТА

Исследование  
доступности и  
качества медицинских  
услуг для беременных  
женщин, зависимых  
от наркотиков



**E.V.A.**

Санкт-Петербург, 2015

## Рекомендуемый формат для цитирования

НП «Е.В.А.». Синдром чужого пациента: Исследование доступности и качества медицинских услуг для беременных женщин, зависимых от наркотиков. Санкт-Петербург, 2015.

Публикация доступна по адресу: [evanetwork.ru](http://evanetwork.ru)

### Авторы

Жанна Атаянц  
Наталья Сидоренко  
Юлия Годунова  
Александра Волгина

### Дизайн

Кристина Малевская-Ушакова  
Елена Иванова

### Об организации

Некоммерческое Партнерство «Е.В.А.» (НП «Е.В.А.») - это первая в России негосударственная сетевая организация, созданная в защиту женщин, затронутых эпидемиями ВИЧ-инфекции и других социально-значимых заболеваний. Миссией НП «Е.В.А.» является повышение качества жизни женщин, живущих с социально-значимыми заболеваниями. Организация была создана в 2010 году опытными активистками, большинство из которых более 10 лет работают в области доступа женщин, уязвимых к ВИЧ к медицинским и социальным услугам. Сегодня НП «Е.В.А.» объединяет активистов из 27 регионов России.

# БЛАГОДАРНОСТИ

НП «Е.В.А.» выражает глубокую благодарность:

**Респондентам** - врачам, пациенткам, сотрудникам некоммерческих организаций, - которые нашли время для интервью и без которых данное исследование не могло бы состояться,

**Организациям**, которые оказали содействие в сборе данных для этого исследования:

- Благотворительному общественному фонду медико-социальных программ «Гуманитарное действие», г. Санкт-Петербург,
- Автономной некоммерческой организации социальной поддержки населения "Проект Апрель", г. Тольятти,
- Региональной детско-молодежной общественной организации "Юная лидерская армия" (ЮЛА), г. Калининград,
- Благотворительному фонду охраны здоровья и защиты прав граждан (Фонд Тимура Исламова), г. Набережные Челны,
- Региональному некоммерческому благотворительному фонду «Томск-АнтиСПИД», г.Томск.

**Группе экспертов** за помощь при подготовке, проведении и анализе исследования:

- Анне Крюковой, Алексею Лахову, Полине Гирченко, Ирине Евдокимовой, Сергею Дугину, Анне Ивановой и Екатерине Пойловой (Санкт-Петербург),
- Елене Борзуновой, Екатерине Кокориной, Наталье Мороз (Томск),
- Юлии Ломаченко, Лилии Гуренковой и Тимуру Исламову (Набережные Челны),
- Ларисе Соловьевой, Татьяне Журавлевой и Виктории Осипенко (Калининград),
- Наталье Вершининой и Татьяне Кочетковой (Тольятти),
- Маргарите Шутенко (Орел),
- Михаилу Голиченко (Москва).

# СОДЕРЖАНИЕ

Резюме .....	5
Введение .....	9
Описание исследования .....	10
ВИЧ и употребление наркотиков среди беременных женщин в России .....	11
Результаты исследования: .....	13
Наркологическая помощь беременным .....	13
Акушерско-гинекологическая помощь наркозависимым .....	21
Неонатологическая помощь детям, рожденным от наркозависимых матерей .....	25
Профилактика перинатальной передачи ВИЧ-инфекции .....	28
Кто отвечает за «чужого пациента»? .....	31
Лучшие практики .....	35
Заключение и рекомендации .....	43
Приложение 1. Характеристики респондентов первого этапа исследования, 2012-2013 .....	47
Приложение 2. Характеристики респондентов второго этапа исследования, 2013-2014 .....	48
Источники и примечания.....	49

# РЕЗЮМЕ

**Обоснование.** В 2013 году в Российской Федерации было зарегистрировано 59245 женщин, употребляющих инъекционные наркотики, при этом большинство из них находятся в детородном возрасте. Среди беременных женщин до 11% имеют опыт употребления наркотических веществ. Несмотря на то, что употребление наркотиков во время беременности связано с опасностью для здоровья матери и будущего ребенка, регулярное дородовое наблюдение и своевременное получение медицинской помощи позволяет значительно снизить эти риски. При этом имеется чрезвычайно мало информации о предоставлении медицинской помощи для беременных наркозависимых женщин в России.

**Описание исследования.** В 2012-2014 гг. НП «Е.В.А.» в сотрудничестве с 5-ю российскими некоммерческими организациями провело исследование медицинских услуг для наркозависимых женщин в период беременности и родов. Целями исследования было изучение доступности и качества медицинской помощи с точки зрения пациенток и врачей, а также документирование лучших российских практик. Исследование проводилось смешанными методами (количественными и качественными) и включало два этапа:

**1) 2012-2013 гг.** - опрос 213 наркозависимых женщин, использующих услуги низкопороговых программ профилактики ВИЧ в 6-ти городах, и документирование случаев 45 женщин, получивших индивидуальную помощь. География: Калининград, Набережные Челны, Орел, Санкт-Петербург, Тольятти, Томск.

**2) 2013-2014 гг.** – глубинные полуструктурированные интервью с 27 экспертами: врачами, пациентками (наркозависимыми женщинами, имеющими опыт получения медицинских услуг в период беременности) и сотрудниками некоммерческих организаций в 3-х городах. География: Набережные Челны, Санкт-Петербург, Томск.

**Результаты.** Исследование выявило следующие проблемы в предоставлении медицинской помощи для беременных наркозависимых женщин:

- **Лечение наркозависимости.** Опрос показал высокую мотивацию беременных наркозависимых женщин на преодоление наркотической зависимости. 88% опрошенных женщин пытались самостоятельно отказаться от наркотиков, снизить количество потребляемого вещества, либо перейти на более безопасный способ употребления во время беременности. При этом только 20% опрошенных женщин обращались за помощью нарколога. Проблема заключается в том, что российские стандарты лечения наркотической зависимости не предусматривают

особых рекомендаций для беременных. Между тем многие препараты, используемые при лечении опиоидного абстинентного синдрома, обладают тяжелыми побочными эффектами для здоровья матери и ребенка. Немедикаментозная стационарная реабилитация для беременных женщин также часто недоступна в силу отсутствия специальных нормативных документов и, соответственно, нежелания персонала брать на себя ответственность за беременных женщин из группы высокого риска. Среди опрошенных женщин 10% пытались пройти реабилитацию в стационарных условиях, и ни одна не смогла получить помощь. Амбулаторная реабилитация часто удалена как от места проживания беременных женщин, так и от медицинской организации, где осуществляется дородовое наблюдение.

- **Акушерско-гинекологическая помощь.** Предоставление акушерско-гинекологической помощи для беременных наркозависимых женщин осложняется непониманием поведенческих особенностей пациенток со стороны врачей. Главной проблемой, которую выделяли акушеры-гинекологи, была недисциплинированность дородовых посещений у наркозависимых женщин. Среди опрошенных женщин, меньше одной трети (27%) сообщили о том, что получали услуги дородовой помощи только один раз или вообще никогда, тогда как 40% посещали женскую консультацию в период беременности регулярно. Интервью с наркозависимыми женщинами показали, что отсутствие регулярного контакта с врачами связано с самостигматизацией, страхом авторитарной фигуры врача, нарушенными коммуникативными и социальными навыками, а также сложной социально-экономической ситуацией, включающей отсутствие постоянного жилья, бедность и наличие маленьких детей. Акушеры-гинекологи также отмечали неадекватное или даже агрессивное поведение в родах у наркозависимых женщин, что является следствием сниженного болевого порога у женщин с большим стажем наркопотребления. Тем не менее, увеличение дозировки анестетиков для наркозависимых рожениц специальными нормами не предусмотрено.
- **Перинатальная профилактика ВИЧ.** Высокая распространенность ВИЧ среди беременных наркозависимых женщин определяет значительный риск перинатального инфицирования ВИЧ у их детей. Проведенный опрос показал, что наркозависимые женщины начинали прием препаратов профилактики вертикальной трансмиссии ВИЧ, в среднем, лишь на 6-м месяце беременности. Только 74% опрошенных женщин, имевших ВИЧ-позитивный статус на момент беременности, получали препараты лечения ВИЧ-инфекции, и из них только 52% принимали таблетки регулярно. Тем не менее, врачи-инфекционисты не



рассматривали беременных наркозависимых женщин как самых недисциплинированных пациенток. Врачи даже отмечали лучшую приверженность приему препаратов лечения ВИЧ-инфекции у беременных наркозависимых женщин по сравнению с небеременными, объясняя это материнским инстинктом, желанием женщины не навредить здоровью ребенка. Наиболее рискованной группой, по мнению врачей-инфекционистов, были женщины, которые не знали о своем ВИЧ+ статусе и при этом избегали контакта с системой здравоохранения – то есть, не получали перинатальную профилактику ВИЧ в принципе.

- **Координированная помощь.** Наркозависимые беременные женщины – как правило, пациентки с несколькими коморбидными состояниями, у которых часто встречаются вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекция и сердечно-сосудистые заболевания, и которым требуется координированная помощь специалистов различного профиля. Из-за фрагментированности российской системы здравоохранения координированная помощь в амбулаторных условиях предоставляется чрезвычайно редко. В большинстве же случаев, в силу узкой профессиональной подготовки и загруженности, врачи просто переадресуют беременную наркозависимую женщину к следующему специалисту, полагая, что это не их – «чужой» - пациент.
- **Лучшие практики.** Исследование выявило лучшие практики предоставления помощи беременным наркозависимым женщинам в Набережных Челнах, Санкт-Петербурге и Томске. В каждом городе была апробирована модель, которая сочетала индивидуально-адресную помощь со стороны общественной организации с более системными изменениями в предоставлении медицинских услуг для беременных наркозависимых женщин. В Томске и Набережных Челнах были приняты городские протоколы ведения наркозависимых женщин в период беременности и раннего материнства. В Санкт-Петербурге была выстроена сеть доверенных врачей (акушеров-гинекологов, наркологов и инфекционистов), а также задействованы ресурсы служб социальной защиты населения из 8-ми районов города для послеродовой помощи ВИЧ-позитивным наркозависимым женщинам и их новорожденным детям. В результате, удалось «выровнять» показатели беременности и родов у большинства наркозависимых беременных женщин, получавших индивидуально-адресную помощь, с общегородскими показателями. Женщины вовремя вставали на дородовой учет (8-12 недель беременности), регулярно посещали женскую консультацию, и большинство родили детей с весом и сроком гестации в пределах нормы. В среднем, около 50% женщин, получавших индивидуально-адресную

помощь в трех городах, отказались от наркотиков во время беременности.

**Выводы.** Настоящее исследование показало, что наркозависимые женщины обладают высокой мотивацией на заботу о здоровье своего будущего ребенка и с этой целью готовы предпринимать шаги для заботы о собственном здоровье. Тем не менее, в связи с высокой социальной уязвимостью и неадаптированностью, тяжелым материальным положением, а также отсутствием морально-психологической поддержки очень важно в этот период не оставлять наркозависимую женщину в одиночестве. Качественная и интегрированная помощь, внедрение стандартов наркологического лечения беременных, предоставление социальной и материальной поддержки, снижение порога медицинских услуг, а также доброжелательное отношение врачей - необходимые условия для ведения беременности у наркозависимых женщин. Эти факторы являются залогом успешной беременности и родов, устойчивых позитивных изменений в жизни наркозависимых женщин, а также здоровья и благополучия их детей.



# ВВЕДЕНИЕ

**В Российской Федерации** до 11% беременных женщин употребляют наркотические вещества [1]. Известно, что наркотики могут оказывать негативное влияние на здоровье матери и ребенка [1,43]. Более того, в связи с высокой уязвимостью женщин, употребляющих инъекционные наркотики, к ВИЧ-инфекции и вирусным гепатитам, [29,36,39,42] включая беременных женщин [34], существует значительная вероятность перинатальной передачи этих инфекций в группе матерей, употребляющих наркотики инъекционно. Тем не менее, о здоровье и медицинских показателях наркозависимых беременных женщин и рожениц, а также о предоставлении медицинских услуг для этой группы имеется очень мало данных. Эта категория женщин не выделяется в отдельную группу, информация по получаемым ими услугам не собирается и не систематизируется. Неизвестно, сколько беременных женщин получает наркологическую помощь, отсутствуют данные о числе наркозависимых женщин, получивших услуги дородовой помощи, включая профилактику перинатальной передачи ВИЧ-инфекции. В то же время, изучение особенностей предоставления медицинской помощи для этой группы приобретает особую значимость в свете того, что беременность является фактором, который мотивирует на заботу о своем здоровье и, зачастую, меняет всю жизненную траекторию наркозависимой женщины.

**В 2012-2014 гг. НП «Е.В.А.»** в сотрудничестве с 5-ю российскими некоммерческими (НКО) организациями провело исследование доступности и качества медицинской помощи для наркозависимых женщин в период беременности и родов. В данном отчете представлены результаты исследования: барьеры доступа к медицинской помощи для беременных наркозависимых женщин, проблемы, с которыми сталкиваются врачи при ведении беременных наркозависимых женщин в период беременности, а также лучшие российские практики помощи наркозависимым женщинам в период беременности. По результатам исследования сформулированы рекомендации на основе информации, полученной от врачей и пациенток, которые помогут улучшить доступ беременных наркозависимых женщин в систему здравоохранения, а следовательно – и улучшить показатели здоровья женщин и новорожденных детей.

**Результаты исследования** будут полезны организаторам здравоохранения, медицинским работникам, исследователям, сотрудникам некоммерческих организаций, а также женщинам с опытом употребления наркотиков и их семьям.

# ОПИСАНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось смешанными методами (количественными и качественными) и включало два этапа:

## **2012-2013 гг., география: Калининград, Набережные Челны, Орел, Санкт-Петербург, Тольятти, Томск.**

- Письменный опрос 213 женщин, имеющих опыт беременности и употребления наркотиков, проведенный по выборке удобства среди клиенток низкопороговых программ профилактики ВИЧ. Основные характеристики женщин, опрошенных на первом этапе исследования, приведены в **Приложении 1**.
- Документирование случаев 45 беременных наркозависимых женщин, получивших индивидуальное сопровождение и адресную помощь в низкопороговых программах профилактики ВИЧ.

## **2013-2014 гг., география: Набережные Челны, Санкт-Петербург, Томск.**

- Полуструктурированные глубинные интервью с 27 экспертами, отобранными по теоретической выборке; критерий отбора – максимальная вариативность в экспертизе по медицинским услугам для беременных наркозависимых женщин. Были проинтервьюированы следующие категории экспертов: а) пациентки – наркозависимые женщины, имеющие опыт получения медицинских услуг в период беременности; б) сотрудники некоммерческих организаций, оказывающих медико-социальные услуги для наркозависимых женщин; в) врачи, имеющие опыт предоставления медицинской помощи для беременных наркозависимых женщин, в том числе, акушеры-гинекологи, наркологи, неонатологи и инфекционисты. Более подробная информация об участниках второго этапа исследования отражена в **Приложении 2**.
- Обобщение и анализ лучших практик предоставления помощи беременным наркозависимым женщинам.
- Анализ нормативных российских документов и протоколов ВОЗ, регулирующих предоставление медицинских услуг для беременных женщин, зависимых от наркотиков.
- Анализ научных публикаций.

# ВИЧ И УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В РОССИИ

В Российской Федерации в 2013 г. было зарегистрировано 345015 потребителей инъекционных наркотиков, из них 17,2% (59245 человек) – женщины [19].

Инъекционные наркотики – по-прежнему основной путь распространения ВИЧ-инфекции в РФ. В 2014 г. на долю инъекционного потребления наркотиков пришлось 57,3% выявленных случаев ВИЧ с установленными факторами риска заражения [21]. С 2005 по 2014 гг. распространенность ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков увеличилась более чем вдвое: с 9,3 до 19,9 случаев на 100 зарегистрированных больных [5]. Среди женщин распространенность ВИЧ-инфекции увеличилась с 35,8% от всех кумулятивных случаев в 2011 г. [20] до 36,9% в 2014 г. [21]. Исследование 1131-й ВИЧ-позитивной женщины, проведенное в 2013-2014 гг. в 10 городах России, показало, что четверть (24,7%) были инфицированы через инъекционное потребление наркотиков [2]. При этом динамика распространенности ВИЧ в группе наркозависимых женщин является неизвестной.

Большинство женщин, употребляющих наркотики, находятся в детородном возрасте [1]. По данным национального руководства по акушерству, в России до 11% беременных женщин (каждая десятая) употребляют те или иные наркотические вещества [1]. В США в 2012-2013 гг. эта цифра, в среднем, составляла 5,4% среди беременных женщин в возрасте 15-44 лет [41]. Опрос, проведенный в Австралии в 2004 г., показал, что до 6% беременных женщин использовали запрещенные наркотические вещества [24]. В Европе распространенность потребления наркотиков беременными женщинами известна только по некоторым странам, но данные трудно сравнить ввиду разных методологий оценки (биомаркеры или опрос) и различий в выборках респондентов [31]. Так, в одной из больниц Испании тест на наркотики выявил положительный результат у 16% беременных женщин на третьем триместре беременности, однако только 2% женщин из этой группы сообщили об употреблении наркотиков в ходе опроса [33]. В Чешской Республике распространенность употребления нелегальных наркотических веществ составила 1,8% среди беременных женщин на момент рождения ребенка в 2000-2009 годах [31]. В Великобритании число родов у женщин, употребляющих наркотики, выросло с 568 в 1995 г. до 1970 в 2007 г. [37].

Отдельную проблему представляет распространенность ВИЧ-инфекции среди беременных наркозависимых женщин. С 2003 по 2013 гг. пораженность ВИЧ-инфекцией среди всех беременных женщин в РФ возросла более чем вдвое (с 0,3% в 2003 г. до 0,75% в 2013 г.) [6]. С 2011 по 2013 гг. количество ВИЧ-инфицированных женщин, беременность которых закончилась родами,

увеличилось на 23%: с 11694 в 2011 г. до 14394 в 2013 г. [19]. Статистический учет наркозависимых рожениц не ведется [19], тем не менее, исследование 2007 г. показало, что среди ВИЧ-инфицированных беременных женщин, практически, каждая третья (32,3%) употребляла инъекционные наркотики [18]. По данным Санкт-Петербургской городской инфекционной больницы № 30 им. С.П. Боткина, с 2000 по 2005 гг. количество принятых родов у ВИЧ-инфицированных наркозависимых женщин увеличилось в 10 раз [18]. Эти данные говорят о высоком уровне распространения ВИЧ среди наркозависимых женщин детородного возраста.

Соответственно, дети наркозависимых женщин находятся в группе повышенного риска перинатального инфицирования ВИЧ. В России количество детей, инфицированных ВИЧ при рождении, увеличилось с 227 в 2012 г. до 708 в 2013 г. [10] – т.е. более чем втрое за один год. При этом число беременных с ВИЧ, которые вообще не получили препараты химиопрофилактики ВИЧ, выросло с 590 в 2012 г. до 627 в 2014 г. [10]. За тот же период времени количество женщин с ВИЧ, которые получили только экстренную (т.е. только в родах) химиопрофилактику ВИЧ, которая является менее эффективной чем на протяжении всей беременности, возросло с 1029 в 2012 г. до 1071 в 2014 г. [10]. С определенной долей уверенности можно говорить о том, что среди тех, кто не получал перинатальную профилактику или получил ее только в родах, высока доля женщин с ВИЧ, зависимых от наркотиков.

# РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В данном разделе описаны результаты исследования доступности и качества медицинской помощи наркозависимым женщинам в период беременности. Эти результаты были получены посредством:

- анализа нормативно-правовой базы;
- сопоставления нормативно-правовой базы с практиками оказания медицинской помощи;
- сопоставления проблем, которые выделяют основные заинтересованные стороны: врачи, пациентки, а также сотрудники некоммерческих организаций, оказывающих помощь женщинам, зависимым от наркотиков.

## Наркологическая помощь беременным

*Они сказали: «Это просто: не колись и всё, насухую перекумарься.»*

Из интервью с женщиной, имеющей опыт употребления наркотиков во время беременности, 2013 г.

**Нормативно-правовая база.** Беременность является мощным стимулом для женщины отказаться от наркотиков и начать лечение от наркотической зависимости [28]. При этом в Российской Федерации не существует специальных норм по предоставлению наркологической помощи в период беременности.

Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Наркология», утвержденный приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. N 929н [16] не предусматривает организации особой помощи для беременных женщин, проходящих лечение от наркотической зависимости. Исключением является рекомендация включать ставку врача акушера-гинеколога в штатные нормативы наркологического диспансера или наркологической больницы из расчета 1 специалист на 100 коек для женщин (Приложение 19) [11]. Аналогичная должность не предусмотрена на отделениях медико-социальной реабилитации, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, или в работе реабилитационного наркологического центра (Приложения № 17 и 22 Порядка) [11].

В дополнении, данный документ не предусматривает необходимость взаимодействия наркологических служб со службами дородовой помощи при лечении беременных женщин. При этом необходимость преемственности медицинской помощи упоминается в разделе, регулирующем порядок работы

наркологического отделения медицинской организации (Приложение №13 Порядка), а возможность взаимодействия наркологической службы с другими структурами предусматривается в работе наркологических реабилитационных дневных и стационарных центров и включает взаимодействие со службами социальной помощи и общественными организациями, оказывающими реабилитационную помощь (Приложения №17 и 22 Порядка) [11].

Двенадцать стандартов наркологической помощи, утвержденных в 2012 г. приказами Министерства здравоохранения РФ [17], включают специализированную медицинскую помощь и первичную медико-санитарную помощь при различных состояниях, связанных с употреблением психоактивных веществ, таких как синдром зависимости от психоактивных веществ, абстинентное состояние, в том числе, осложненное делирием, амнестический синдром, острая интоксикация, а также психотический синдром.

Ни один из существующих стандартов не включает специализированную помощь при беременности. Между тем, необходимость отдельных рекомендаций наркологического лечения беременных, как минимум, обусловлена тем, что многие лекарственные препараты, используемые при лечении опиоидного абстинентного синдрома, обладают тяжелыми побочными эффектами для здоровья матери и ребенка [3].

Рекомендации немедикаментозной реабилитации для беременных женщин также отсутствуют. Приказ Минздрава РФ от 22.10.2003 N 500 об утверждении Протокола ведения больных «Реабилитация больных наркоманией (Z50.3)» не предусматривает специфику предоставления реабилитационных услуг для беременных женщин [13]. Более того, из Приложения 9 к Протоколу следует, что практически все лекарственные средства, рекомендованные при наркологической реабилитации, имеют ограничения к применению или вообще противопоказаны в период беременности [13].

Между тем, в 2014 г. Всемирная организация здравоохранения выпустила специальное руководство по диагностике и лечению зависимости от психоактивных веществ в период беременности [46]. Рекомендации по лечению опиоидозависимых беременных также включены в Руководство ВОЗ 2009 г. по фармакологическому лечению опиоидной зависимости, сопровождаемое психосоциальной поддержкой [44]. Подобные рекомендации также разработаны в ряде стран на национальном уровне. Так, в США Комитет по охране здоровья женщин с низким доступом к медицинским услугам, входящий в Американский колледж акушеров-гинекологов, и Американское общество лечения зависимостей выпустили позиционный документ по лечению опиоидной зависимости у беременных [25]. Общество акушеров-гинекологов Канады опубликовало руководство по клинической практике лечения наркозависимости у беременных женщин [40].



В руководствах ВОЗ подчеркивается, что для беременных женщин, зависимых от опиоидов, детоксикация – это одна из возможных стратегий управления наркотической зависимостью, которая предотвращает неонатальный абстинентный синдром. Проблема заключается в том, что детоксикация может привести к срыву и продолжению употребления опиоидов короткого действия, таких как героин. Соответственно, в случае неуспешной детоксикации повышаются риски неблагоприятных исходов беременности, включая неонатальный абстинентный синдром, задержку внутриутробного развития плода, а также передозировку у беременной женщины [46]. Более того, синдром отмены от опиоидов может спровоцировать самопроизвольный аборт в первом триместре беременности, а также преждевременные роды в третьем триместре [44]. Согласно руководствам ВОЗ, поддерживающая терапия опиоидными агонистами длительного действия, включая метадон и в отдельных случаях бупренорфин, является предпочтительной стратегией наркологического лечения опиатозависимых беременных женщин [44,46]. Однако использование данного метода наркологического лечения в РФ запрещено действующим законодательством [12].

Примечательно, что для беременных женщин, зависимых от стимуляторов амфетаминового ряда, руководство ВОЗ рекомендует сфокусировать лечение на психосоциальных вмешательствах и не использовать медикаментозную терапию на постоянной основе [46].

Мы заинтересовались тем, каким образом решается проблема наркотической зависимости у беременных женщин в условиях отсутствия специальных рекомендаций.

**Самостоятельный отказ от употребления наркотиков.** Исследование показало, что самым распространенным сценарием управления наркотической зависимостью во время беременности является самостоятельный отказ от употребления наркотиков.

88% женщин, употребляющих наркотики и опрошенных в ходе данного исследования, пытались самостоятельно во время беременности отказаться от наркотиков, снизить количество потребляемого вещества, либо перейти на более безопасный способ употребления. Интервью с женщинами показали, что самостоятельный отказ от наркотиков может быть обусловлен различными причинами. Многие респондентки заявили о неверии в эффективность наркологии, в силу чего они не обращались за этой помощью и до беременности («Чего туда обращаться? Там помощи никакой не будет»). Некоторые признались в том, что хотели бы пройти лечение, но бесплатная детоксикационное лечение предполагает постановку на наркологический учет, что было неприемлемым для респонденток, а на платное лечение у них не было денег.

*А., ВИЧ, ПИН [потребитель инъекционных наркотиков], в относительной ремиссии. Очень хотела этого ребенка и поэтому самостоятельно пыталась снизить дозу и делать перерывы в употреблении наркотиков. Скрывала беременность от родственников, чтобы не заставили делать аборт.*

*Лена Ф. ПИН, была на сопровождении по совместному проекту с органами опеки как ПИН с несовершеннолетними детьми. Сейчас в относительной ремиссии, 4-ро детей, в отношении всех недавно лишена родительских прав. За детоксом никогда не обращалась, так как боялась наркоучета, но все равно попала на учет из-за судимости.*

*Ксения, ПИН, в настоящий момент в ремиссии. Родила дочь, к моменту родов сама снизила употребление наркотиков до полного отказа. К наркологам не обращалась, факт употребления скрывала от родственников и медиков.*

Из описания случаев наркозависимых женщин, 2012-2013 гг.

Тем не менее, несмотря на привлекательность для женщин самостоятельного отказа от наркотиков во время беременности, данная стратегия часто не работает. Проведенный опрос показал, что из 88% женщин, пытавшихся бросить наркотики или перейти на более безопасное употребление во время беременности, только 35% смогли полностью отказаться от употребления наркотических веществ – самостоятельно или под руководством врача. Более того, эта стратегия зачастую приводит к депрессии и, как следствие, к срывам, особенно перед родами.

*У меня знакомая употребляет «винт». Муж варит, она употребляет. Она поставила себе цель: всю беременность не будет колоться. Не пьет, не курит, держится. Но у нее такой депресняк! Она с ума сходит. И говорит, что родит здорового, а потом колоться будет.*

Из интервью с наркозависимой женщиной, 2014 г.

*За две недели до родов сорвалась – как с ума сошла. От испуга, наверное. Я на неделю сорвалась.*

Из интервью с наркозависимой женщиной, 2013 г.

*К сожалению, в родах они поступают, уже срываясь. Потому что у большинства женщин либо муж наркоман активный, и дома она не может удержаться. Либо друзья, либо какие-то стрессы, кто-то замуж выходит, у кого-то родственники болеют, - и они срываются.*

Из интервью с акушером-гинекологом, 2014 г.

*У них [наркозависимых женщин] существует такой материнский инстинкт, и они заботятся о том, будет ли ребенок нормальный или ненормальный. Всегда хотят резко прекратить употреблять наркотики. Такой порыв есть. Но мы знаем, что если резко прекратить – начнется ломка. И, в общем-то, ничем хорошим не закончится, в том числе, и для ребёнка.*

Из интервью с врачом-инфекционистом, 2014 г.

**Детоксикация.** Вторым по распространенности вариантом решения проблемы наркологической зависимости является попытка пройти медицинскую детоксикацию. Иногда женщина самостоятельно приходит с запросом на детоксикацию, иногда рекомендация пребывания беременной женщины под наблюдением нарколога поступает от гинеколога.

Проблема заключается в том, что врачи могут предложить беременной женщине чрезвычайно ограниченный вариант наркологической помощи. В частности, практически, каждый опрошенный врач-нарколог отмечал узость спектра препаратов, которые можно назначить беременной женщине для проведения детоксикации.

*Выбрать не из чего. Нейролептики мы назначать не можем.*

*Был запрос, чтобы она под наблюдением была, чтобы срыва не было. Мы назначали ей то, что назначали гинекологи. Они [гинекологи] принесли – она получала, и плюс мы ей назначали витамины, снимающие тягу.*

*Беременным пациенткам мы назначаем единственное что – это витамины и, может быть, ноотропные препараты. То есть, психотропных абсолютно никаких нельзя. Из ноотропных – это глицин, это пирацетам... А из витаминов – витамины группы В, аскорбинка... То есть, такие безобидные препараты, которые можно во время беременности назначать.*

*Мы ничего не используем. Трамадол, если есть – витамины. Феназепам иногда назначаем вместо диазепамы, всё равно сон какой-то должен быть. Всё равно больше ничего не назначаем, всё равно всё запрещают.*

Из интервью с врачами-наркологами, 2014 г.

Более того, в условиях отсутствия протоколов лечения наркозависимости у беременных и понимания опасности назначения препаратов, традиционно используемых при детоксикации, некоторые наркологи предпочитают отказаться от назначения любых лекарственных препаратов в принципе, не желая нести ответственности за исход беременности пациентки.

*Когда они [наркозависимые женщины] поступают, у них берут заявления, что они предупреждены о действии определённых токсических препаратов на плод, но как сказали нам, – юридического веса никакого не имеют эти заявления. И если что-то у нее пойдет не так, они в полном праве могут подать на нас в суд и мы получим... Поэтому нам лучше подстраховаться и ничего не назначать...*

Из интервью с врачом-наркологом, 2014 г.

*Мне сказали: «У тебя есть еще время, еще неделя, ты еще не рождаешь, есть время перекумариться». Насухую. Мало того, что ты уже чувствуешь, что ты уже скоро вот-вот родишь – через неделю, так еще без таблеток, без ничего. Я говорю: «А как я? Ни таблеток, ничего нет». А они: «Ну просто: не колись и все, насухую перекумарься, и всё».*

*То есть, терпи. Помимо того, что и так тяжело, еще и надо было терпеть. Я говорю: «Ну как я буду терпеть, если мне уже рожать?»».*

Из интервью с наркозависимой женщиной, 2012 г.

Исследование также показало, что в некоторых наркологических стационарах отсутствие протокола медикаментозного лечения абстинентного синдрома у беременных женщин компенсируется через иной механизм – рекомендации клинического фармаколога. Руководствуясь Государственным реестром лекарственных средств, данный специалист рекомендует назначение лекарственных препаратов, работая с индивидуальными случаями беременных наркозависимых пациенток.

*Вот если завтра переведут беременную, то надо начинать с того, что мы вызываем клинического фармаколога... И он корректирует наши назначения и с нами соглашается, либо говорит, что убрать то-то или то-то, и мы убираем.*

Из интервью с врачом-наркологом, 2014 г.

Некоторые женщины скрывают свою беременность от наркологов, чтобы получить лечение абстинентного состояния, и затем уже самостоятельно регулируют прием медицинских препаратов, назначенных для детоксикации.

*Таня Х. ВИЧ, ПИН, сейчас в ремиссии. На момент беременности была в активном употреблении. Очень хотела ребенка и решила, что будет сохранять беременность при любом варианте. Во время второго триместра решила лечь на детокс в наркологическую больницу. Знала изначально, что не возьмут на детокс, если узнают о беременности. Тогда попросила подружку сдать за нее анализ мочи и таким обманным путем легла на детокс. Понимала, что все назначенные препараты пить не стоит. Получала свои таблетки и потихоньку избавлялась от всех, кроме трамадола и снотворных.*

Из описания случая наркозависимой женщины, 2013 г.

**Реабилитация.** Третьим возможным сценарием управления наркотической зависимостью во время беременности является прохождение реабилитации. 10% опрошенных женщин сообщили о попытках пройти реабилитационную программу во время беременности, но ни одна не смогла получить такую помощь. Глубинные интервью с медицинскими специалистами, работающими в программах реабилитации, подтверждают результаты опроса. Например, один врач-нарколог, работающий в программе

амбулаторной реабилитации, заявил, что за три года его работы только три беременные женщины стали участницами программы.

По мнению специалистов, небольшое количество беременных женщин в программах реабилитации связано прежде всего с транспортными проблемами. Если речь идет об амбулаторной реабилитации, то на беременную женщину ложится слишком большая нагрузка по совмещению обследований и тестов по беременности с прохождением реабилитационной программы в амбулаторных условиях, которая к тому же может находиться далеко от дома. Если речь идет о стационарной реабилитации, то эта нагрузка ложится на персонал, что включает вывоз женщин в город для посещения врачей и сдачи анализов, а также контроль за соблюдением врачебных рекомендаций в условиях реабилитационного центра. Более того, сотрудники стационарных реабилитационных центров не хотят брать на себя юридическую ответственность за ситуации, связанные с осложнениями беременности или преждевременными родами.

По мнению наркозависимых женщин, невозможность попасть на реабилитацию в период беременности связана, в первую очередь, с отсутствием регламента наркологической помощи для беременных женщин.

*Последняя моя знакомая, - мы вот вместе тут лежали, - она узнала конкретно, попав на реабилитацию, что она беременная. У неё уже было 2-3 месяца беременности. Ей повезло, её не выставили с реабилитации, потому что не берут на реабилитацию беременных женщин. Ни на детокс, ни на реабилитацию беременных женщин не берут, потому что у нас нет стандарта помощи для беременных.*

Из интервью с беременной наркозависимой женщиной, 2013 г.

**Продолжение употребления наркотиков.** Наконец, четвертым вариантом управления наркотической зависимостью во время беременности является решение женщины о продолжении употребления наркотических веществ.

*Я кололась, они [врачи] знали это. Даже отпускали, чтобы я употребляла. Всю беременность я употребляла, они всё знали. Вплоть до того, что я приходила на процедуры, просила их побыстрее всё сделать, так как болела. Они говорили, чтоб сходила, и просили прийти потом, выполнить назначенные процедуры.*

Из интервью с наркозависимой женщиной, 2013 г.

В некоторых случаях данное поведение обусловлено тяжестью зависимости от психоактивных веществ. В других случаях женщины аргументируют необходимость употребления наркотиков с прагматичной

целью не нанести вред ребенку внезапной отменой наркотического вещества. Примечательно, что в ходе интервью подобную стратегию проблематизировали некоторые акушеры-гинекологи и неонатологи, но не наркологи.

*От многих мам я слышала, что во время беременности им не разрешают переламываться, отходить от наркотиков. Об этом нам говорят 80% женщин. Мне очень интересно, кто это не разрешает. Очень часто встречаю это, хотелось бы знать, кто дает такие рекомендации. Якобы детям легче отойти от наркотиков, чем им. Это при том, что наркотические вещества закладываются в обменную систему плода с момента зачатия! Может быть, наркологи, может быть, в женских консультациях придерживаются такого мнения, может, в Центрах СПИД? Человеку, который такое говорит, я бы хотела показать ребенка в тот момент, когда у него происходит «ломка».*

Из интервью с неонатологом, 2014 г.

*Вот поступила вчера девочка, она тоже активная. И когда я принимала ее в приемном покое, естественно, мы спрашиваем, нужен ли нарколог, хочет ли она переломаться. Она рассказывает нам: «Мне сказали, что «ломаться» во время беременности вредно. Ребенок может не вынести моей ломки и умереть». Когда мы вопрос задаем: «Кто Вам сказал об этом?», - «Мне сказали мои друзья или подруги». Или какие-то врачи, но подробно мы не можем добиться, какие врачи говорят о том, что «ломаться» вредно.*

Из интервью с акушером-гинекологом, 2014 г.

В дополнение, интервью показали, что среди врачей ненаркологического профиля в принципе нет понимания, какой должна быть адекватная наркологическая помощь. Эта растерянность возникает и на фоне противоречивых действий наркологов при детоксикационной терапии беременных женщин: кто-то проводит детоксикацию, а кто-то отказывается:

*На конкретные вопросы иногда не можешь ответить. Например, с теми же самыми детоксами. Одни говорят: «Нет, мы не будем делать. Не направляйте». А другие берут и делают. Куда её направить, если она захочет получить помощь в плане наркопотребления?*

Из интервью с врачом-инфекционистом, 2014 г.

Таким образом, пробелы правового регулирования предоставления наркологической помощи в период беременности ставят в тупиковую ситуацию и врачей, и пациенток. Наркологи стоят перед дилеммой либо полного отказа в помощи, либо лечения при отсутствии действенных лекарственных препаратов. Врачи других специализаций не могут определиться с тем, как должна выглядеть оптимальная наркологическая помощь в период



беременности. В результате, беременная женщина вынуждена самостоятельно принимать решение о том, как наилучшим образом регулировать свою наркотическую зависимость и какие принимать препараты.

## Акушерско-гинекологическая помощь наркозависимым

*Она не ходит в консультацию, а потом с ребенком проблемы. А потом говорит, что это вина врачей и государства. Им же можно помочь, а они не хотят.*

*Из интервью с акушером-гинекологом, 2014 г.*

**Нормативная база.** Российские нормы акушерско-гинекологической помощи не выделяют в отдельную категорию наркозависимых женщин. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» регулируется приказом Министерства здравоохранения РФ №572 Н от 12.11.2012 г. [15], в котором наркозависимость беременной или роженицы не выделяется как состояние, требующее отдельного регламента помощи (в отличие, например, от наличия ВИЧ-инфекции). Тем не менее, Порядок предусматривает необходимость взаимодействия женской консультации, в частности, с наркологическими диспансерами, в целях лечения и обследования беременных женщин, родильниц, а также гинекологических больных [15].

Большинство акушеров-гинекологов, проинтервьюированных в ходе данного исследования, не проблематизировали отсутствие специальных рекомендаций ведения наркозависимых женщин («У наркозависимых может возникнуть любая акушерская патология, и с ней надо будет делать все то же самое»). Тем не менее, врачи отмечали проблемы в течении и исходах беременности, свойственные именно наркозависимым женщинам: опасность перинатальной передачи ВИЧ-инфекции и других инфекционных заболеваний, недоношенность и низкая масса тела новорожденных, а также риск неонатального абстинентного синдрома, который может привести к смерти ребенка в случае сильных судорог.

**Нерегулярность дородового наблюдения у врача.** С точки зрения акушеров-гинекологов, основные проблемы в ведении беременных наркозависимых женщин заключались в поведенческих особенностях пациенток, которые связаны с поздней постановкой на учет по беременности и нерегулярными посещениями женской консультации. Акушеры-гинекологи аргументировали опасность данного поведения высокой вероятностью сопутствующих заболеваний у наркозависимых женщин, включая сердечно-сосудистые и инфекционные заболевания, которые необходимо как можно раньше выявить и пролечить для более благоприятного исхода родов.

Примечательно, что несколько исследований показали, что у наркозависимых женщин, получавших адекватную акушерско-гинекологическую и другую медицинскую помощь в период беременности,

снижаются риски неблагоприятных исходов беременности, включая преждевременные роды, низкую массу тела новорожденного и младенческую смертность [27,30,38].

Среди опрошенных женщин, меньше одной трети (27%) сообщили о том, что получали дородовой помощи только один раз или вообще никогда, тогда как 40% посещали женскую консультацию в период беременности регулярно. Причины отказа от наблюдением за течением беременности в женской консультации, которые были озвучены женщинами в ходе проведенного опроса, включали: отсутствие времени (26%), страх постановки на наркологический учет (23%), отсутствие документов (17%), негативное отношение со стороны врачей (14%), а также неудобные часы работы консультации (8%).

Глубинные интервью выявили более детальные причины нерегулярного посещения женской консультации. Поздняя постановка на учет по беременности часто была обусловлена элементарной неосведомленностью о своей беременности. Из-за употребления наркотиков у женщин могут возникнуть проблемы с репродуктивным здоровьем, включая расстройство менструального цикла, но при этом может наступить беременность, о чем женщина может не догадываться в течение нескольких недель и даже месяцев. Об этом сообщали женщины и некоторые врачи:

*Вылез живот за полторы недели. Я думала, у меня печень опухла. А потом я поняла, что печень шевелится. Мы все хохотали над этим. Пошли, взяли тест на беременность, и дома, не дождавись утра, пошла и сделала. И вот она, эта печень, показала 2 полоски.*

Из интервью с наркозависимой женщиной, 2013 г.

*Я сама не толстела в ребцентре, а живот становился больше. Мне стали говорить об этом. А у меня еще месячных не было. Девчонки говорили, что это из-за наркотиков.*

Из интервью с наркозависимой женщиной, 2013 г.

*Есть женщины, которые позже встают на учет. Опять же, почему? Потому что не сразу поняла, что она беременная. Потому что у них есть проблемы по гинекологии, нарушение регулярного цикла и месячные пропадают, а они не понимают. Живот вырос, а может он просто вырос? А потом оказалось, что беременная. Такое тоже бывает. Да, то есть если брать в большинстве, то они все таки позже встают на учет. После 20 недель.*

Из интервью с акушером-гинекологом, 2014 г.

Нерегулярное посещение женской консультации имеет несколько причин. Во многих случаях женщины жаловались на пренебрежительное и иногда даже дискриминационное отношение к ним со стороны врачей, иногда даже на подталкивание к аборту в связи с наркозависимостью и ВИЧ-инфекцией. Тогда причиной непосещения женской консультации становится желание избежать потенциально травмирующей ситуации.

*Когда я узнала, что я беременна, приехала сюда по месту жительства. Обратилась к врачу к своему гинекологу. Так как знала, что ВИЧ-инфицированная, сразу предупредила гинеколога. Мы сдали анализы, все. Она выявила у меня еще гепатит С, дала понять, что мой возраст, мои болезни... Нежелательно вообще рожать. Что нормальными дети не рождаются.*

*Полгода назад я забеременела, обратилась к гинекологу. У меня был маленький срок еще, 9 недель, и врач мне практически без всяких там объяснений сказал: «У тебя один вариант – это аборт делать, потому что у тебя рождается неполноценный ребенок или урод» - из-за того, что я употребляю наркотики. Меня направили на аборт, и после этого я не могу иметь детей больше.*

*И постоянно конфликтую с врачами. С 1-й [консультацией]-то нормально, а с остальными - ужас. Приходишь - а они разговаривают так, как будто я без трусов к ним пришла. Ну, и я, соответственно, тоже к ним так же.*

Из интервью с наркозависимыми женщинами, 2013 г.

Нерегулярное посещение врачей также было связано с барьерами, касающимися организации работы учреждений здравоохранения. Такими барьерами могут стать очереди к врачу, прием в раннее утреннее время, отдаленность нахождения медицинской организации, а также необходимость посещения медицинских организаций в разных точках города в случае сдачи многочисленных анализов.

Для ненаркозависимых беременных женщин эта ситуация является неприятным, но знакомым фоном получения медицинских услуг. Однако для беременных женщин, зависимых от наркотиков, длительные поездки в общественном транспорте, ожидание в очередях, необходимость посещения нескольких лечебных учреждений превращаются в непреодолимое препятствие для получения медицинской помощи. Это объясняется отсутствием финансов, поисковым поведением потребителя наркотиков (и, следовательно, короткими периодами времени для контакта с врачами), а также нарушенными коммуникативными и социальными навыками. Исследования показывают, что у маргинализированных женщин дефицит таких навыков проявляется в нетерпеливости, страхе авторитарных фигур (включая страх медицинских работников), а также потере чувства социального времени, когда женщина может опоздать или вообще забыть о назначенном приеме у врача [35].

**Повышенная чувствительность к боли.** Акушеры-гинекологи отдельно проблематизировали поведение женщин, активно употребляющих наркотики, в родах и послеродовом периоде. Врачи описали два варианта такого «неадекватного» поведения в зависимости от последнего времени приема наркотических препаратов. Если наркотик был принят незадолго до родов,

тогда, по наблюдениям врачей, женщина ведет себя спокойно, однако не реагирует на схватки, что представляет определенную проблему для родовспоможения. Но если наркотик был принят задолго до родов, то поведение женщины в родах может казаться «агрессивным» в силу сниженного болевого порога у активных потребителей наркотиков [III]:

*В родах [наркозависимые женщины] сталкиваются с болевым синдромом. У потребителей немножко другой порог чувствительности, и за счет этого, конечно, очень часто видно, что это женщина, употребляющая наркотики. Либо она только недавно укололась, и она рождает в условном наркозе, потому что спит, дремлет, схватки идут, родовая деятельность идет, а женщина на них никак не реагирует. И наоборот ... снижен болевой порог, и она слишком резко реагирует на боль, зрочки, поведение, агрессивна в родах.*

Из интервью с акушером-гинекологом, 2014 г.

*Если [наркотик принят] давно, женщины ведут себя совершенно неадекватно в родах: и кусались, и убегали, и приходилось держать их всем медперсоналом.*

Из интервью с неонатологом, 2014 г.

Иными словами, возникает парадоксальная ситуация: несмотря на негативное отношение к употреблению наркотиков во время беременности, акушерам-гинекологам на практике удобнее вести в родах не тех женщин, которые отказались от наркотиков, а, наоборот, тех, кто продолжает употребление. В данном случае, употребление наркотиков перед родами, особенно если это опиоиды – сильнодействующие анальгетики, - выполняет функцию анестезии, которую беременная женщина проводит себе сама.

При этом акушеры-гинекологи редко обсуждали необходимость дополнительного обезболивания в период родов для наркозависимых женщин. Интервью с другими медицинскими специалистами показали, что дополнительная анестезия женщинам, видимо, предоставляется, но «неофициально», в связи с отсутствием соответствующих рекомендаций дополнительного обезболивания для наркозависимых рожениц:

*Этим занимается анестезиолог. Анестезиологи дают [дополнительное обезболивание], но не прямого действия, списывают потом на других. Официально - нет, не проходит.*

Из интервью с неонатологом, 2014 г.

Таким образом, предоставление акушерско-гинекологической помощи для наркозависимых женщин часто происходит в условиях взаимного недоверия и непонимания между врачами и пациентками. Врачи недовольны

необычным поведением наркозависимых пациенток, а женщины опасаются и зачастую просто избегают контакта с врачом в силу самостигматизации, связанной со статусом наркопотребительницы, настороженности по отношению к медицинским работникам, а также в силу сложной социально-экономической ситуации и ряда других структурных барьеров, которые становятся непреодолимым препятствием для регулярного получения медицинской помощи в период беременности.

## Неонатологическая помощь детям, рожденным от наркозависимых матерей

*Эти женщины - они же очень вспыльчивые, обидчивые. Но я стараюсь их поддерживать, и мы с ними ладим. Мне самое главное - чтобы ребенок рос.*  
Из интервью с неонатологом, 2014 г.

**Лечение неонатального абстинентного синдрома: нормативная база и практика.** Основная проблема, которую выделяли в интервью неонатологи, было отсутствие нормативной правовой базы для адекватного обезболивания при лечении неонатального абстинентного синдрома. Данное клиническое состояние наблюдается, примерно, у 60% новорожденных, чьи матери активно употребляли опиоиды, кокаин, амфетамины или алкоголь, и проявляется, в основном, в первые 48-72 часов после рождения [45]. Симптомами данного состояния обычно являются нарушения функции центральной системы (раздражительность, тремор, судороги) и расстройства желудочно-кишечного тракта [7].

Оценка тяжести синдрома отмены у новорожденных проводится по шкале Финнеган [32], но для лечения данного состояния не существует единого протокола. В своей работе неонатологи и анестезиологи руководствуются методическими рекомендациями регионального уровня, утвержденными Минздравом РФ. Согласно руководству ВОЗ, лечение тяжелых форм абстинентного синдрома у новорожденных с зависимостью от опиоидов должно проводиться, в первую очередь, опиоидами; седативный препарат фенobarбитал используется при полинаркомании, особенно применении матерью бензодиазепинов, либо как альтернативная терапия при отсутствии опиоидов [46]. В 1998 г. Фармакологический государственный комитет Минздрава РФ разрешил использование двух опиоидных анальгетиков - морфина и промедола - в качестве компонента общей анестезии для детей с момента рождения до двух лет [8], но в настоящий момент детский возраст до двух лет является противопоказанием для использования этих лекарственных препаратов [22, 23].

Неонатологи, опрошенные в ходе данного исследования, отмечали ограниченность выбора препаратов, применяемых для лечения неонатального



абстинентного синдрома, утверждая, что законодательство запрещает применять наиболее действенные обезболивающие препараты - опиоидные анальгетики - для новорожденных детей. Неонатологи отмечали, что даже седативный препарат фенобарбитал, который ранее широко использовался при лечении неонатального абстинентного синдрома, стал применяться очень редко в связи с изменением условий хранения сильнодействующих препаратов: теперь такие лекарственные препараты могут храниться только в больницах, где есть бронированные двери и решетки на окнах [14]. В результате, у врачей не остается медикаментов для адекватного обезболивания новорожденных.

*Детям почему-то не назначают обезболивающие препараты. Те обезболивающие, которые мы назначаем детям, мы назначаем на свой страх и риск, можно сказать, что в нарушение закона.*

*Он вот верещит, весь красный. Сначала трамалом, потом промедолом подколом, вроде успокаивается. Обезболить можно официально, но это столько бумаг. Открыл ампулу - «а куда остатки дел?», и так далее. Лучше б за притонами следили с такой силой.*

*Мы даем очень легкие обезболивающие. А такие обезболивающие, как, например, трамал, который очень бы хотелось назначить ребенку, нам назначать запрещено. Нам бы это средство хотелось применить при детоксикации детей. Несмотря на те средства снотворные, которые мы применяем, детки чувствуют боль даже сквозь сон, они дергаются от этой боли, плачут сквозь сон. Смотреть на таких деток – очень тяжело, их очень жалко, и я думаю, что это так или иначе влияет на психику. Это все равно, что делать операцию без наркоза.*

Из интервью с неонатологами, 2014 г.

**Нестабильность контакта с ребенком.** Второй существенной проблемой, которую выделяют неонатологи, являются нестабильность или потеря контакта с ребенком у наркозависимой матери. Это может включать внезапные уходы из роддома и такие же внезапные возвращения, а также «потерю» матери на этапе перевода ребенка из роддома в больницу для лечения неонатального абстинентного синдрома. Тему внезапных уходов из роддома поднимали в ходе интервью и сами наркозависимые женщины. Респондентки объясняли импульсивность такого поведения сильнейшей необходимостью употребить наркотик в послеродовой период – вследствие послеродового стресса, сильного абстинентного синдрома, либо долго сдерживаемой потребностью в наркотике, особенно если женщина резко прекратила употребление на время беременности.

Одна из респонденток, имеющая ВИЧ-позитивный статус, привела пример успешного решения данной проблемы на примере своей первой беременности в 2002 г. Благодаря отдельной палате, предоставлявшейся в то



время ВИЧ-инфицированным роженицам, она смогла оставаться в роддоме и поддерживать контакт с ребенком.

*В то время для ВИЧ-положительных были отдельные боксы, в которых ты вместе с ребенком лежишь. Ребенок заснет, а я спокойно в туалет, и уколюсь.*

Из интервью с женщиной, имеющей опыт употребления наркотиков, 2014 г.

Отдельной проблемой является проблема детей-«отказников» у наркозависимых матерей. Некоторые врачи сообщали, что до 30% наркозависимых женщин оставляет детей в роддоме, другие заявляли о том, что отказы свойственны только тем женщинам, которые не стояли на учете по беременности, которых немного. Интервью с сотрудниками НКО, предоставляющих помощь наркозависимым женщинам, показали, что отказы от детей возникают не спонтанно, а являются результатом нерешенных бытовых и медицинских проблем и отсутствия поддержки со стороны ближайшего окружения.

*Я считаю, там половина народу - женщины, которые даже не знают, что делать. От того, что у них зависимость, они боятся даже детей забирать с роддома. Они пишут отказы от того, что не знают, куда дальше, чего и зачем. Не видят дальнейшего выхода, и из-за этого, может быть, столько отказников получается. А если бы какая-то помощь была, то, я считаю, это было бы намного лучше.*

Из интервью с сотрудником НКО, 2013 г.

Примечательно, что при этом опрошенные неонатологи редко высказывали осуждение в адрес женщин, наоборот – подчеркивали необходимость кропотливой работы с матерями ради благополучия ребенка.

*Мамы находятся у нас на отделении. Мы к ним каждый день приходим, рассказываем про деток, фотографируем этих деток, иногда показываем их.*

*Мы ее призывали к тому, чтобы цедила и шла к ребенку. Кто-то из бутылки кормит, кто-то пытается грудью, но даже если через зонд питается, надо приходить. Чтобы доверие устанавливалось. Мы все для этого делаем.*

*И они же очень вспыльчивые, обидчивые. Медсестре что-то одна [наркозависимая только что родившая женщина] сказала, они повздорили. Медсестра влетает в кабинет, говорит, что больше не может, что они к словам цепляются. Я начинаю объяснять, что значит с интонацией у нее было что-то не то. Так женщина потом ребенка схватит, и мы уже ничем помочь не сможем.*

*Им сопровождение нужно. Хочется отдавать их из рук в руки. Как детей.*

Из интервью с неонатологами, 2013-2014 гг.

Тем не менее, несмотря на сложности выведения детей из неонатального абстинентного синдрома, а также импульсивное поведение матерей, из всех опрошенных специалистов неонатологи проявляли самое участливое отношение к наркозависимым женщинам, руководствуясь необходимостью сделать все возможное, чтобы улучшить здоровье и социальное положение ребенка.

## Профилактика перинатальной передачи ВИЧ-инфекции

*До родов она боится за ребёнка, ходит и принимает таблетки. Она боится его заразить.*

Из интервью с врачом-инфекционистом, 2014 г.

**Нормативная база.** Российские нормативные документы не содержат особых и прямых указаний в выборе антиретровирусной (АРВ) терапии для ВИЧ-положительных беременных женщин, употребляющих наркотики. В Руководстве ВОЗ по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку обращается внимание на возможное взаимодействие наркотических веществ с АРВ-препаратами, но более детальные разъяснения предлагаются только относительно взаимодействия медицинского метадона (для беременных женщин на опиоидной поддерживающей терапии) с определенными классами АРВ-препаратов [45]. Национальный клинический протокол по профилактике перинатальной передачи ВИЧ-инфекции содержит несколько рекомендаций, касающихся беременных женщин, активно употребляющих наркотические и психоактивные вещества: это более частое обследование на ВИЧ (при постановке на дородовой учет, затем каждые 3 месяца в течение беременности, а также в родах), назначение АРВ-профилактики в родах, даже если активно употребляющая женщина является ВИЧ-серонегативной, а также назначение АРВ-профилактики ребенку, родившемуся от ВИЧ-серонегативной матери, если она употребляла наркотики в течение последних трех месяцев беременности [9].

**Приверженность режиму перинатальной профилактики ВИЧ-инфекции.** Тема соблюдения режима приема антивирусных препаратов доминировала при обсуждении особенностей медицинской помощи для беременных наркозависимых женщин, живущих с ВИЧ-инфекцией. Проведенный опрос показал, что женщины начинали прием АРВ-препаратов, в среднем, лишь на 6-м месяце беременности. Только 74% опрошенных женщин, имевших ВИЧ-положительный статус на момент беременности, получали перинатальную профилактику ВИЧ-инфекции, и из них 48% принимали таблетки нерегулярно.

Тем не менее, глубинные интервью показали, что врачи-инфекционисты не рассматривают беременных наркозависимых женщин как наименее дисциплинированных пациенток. Во-первых, врачи отмечали лучшую приверженность приему АРВ-препаратов у беременных наркозависимых женщин по сравнению с небеременными женщинами, зависимыми от наркотиков, объясняя это материнским инстинктом, желанием женщины не навредить здоровью ребенка.

*Я думаю, что всё-таки беременная наркопотребительница принимает терапию лучше, чем небеременная наркопотребительница. То есть приём у них всё-таки есть, часто достаточный. У нас есть много наркопотребителей, которые привержены, у них подавленная вирусная нагрузка... Если она дошла до нас, если она всё-таки ходит сюда, то в общем-то она таблетки принимает.*

Из интервью с врачом-инфекционистом, 2014 г.

Во-вторых, инфекционисты также отмечали, если наркозависимая женщина не соблюдает прием таблеток во время беременности, то делает это, как правило, в силу образа жизни, связанного с наркоупотреблением.

*Конечно, они менее привержены, чем ненаркопотребители, в силу того что у них много проблем других. Они забывают принять таблетки, либо не могут приехать, не могут проснуться утром.*

Из интервью с врачом-инфекционистом, 2014 г.

Тем не менее, врачи подчеркивали, что чрезвычайно редко наркозависимые женщины пропускают прием антиретровирусных препаратов сознательно, например, в силу отрицания существования СПИДа, или в связи с неверием в диагноз.

*Я бы сказала, что когда женщина принимает психоактивные вещества, то она реже осознанно отказывается от приёма препаратов, потому что среди ее знакомых есть потребители наркотиков. [Наркозависимые] женщины осознают, откуда это заболевание могло быть у них, то есть, они понимают, как заразились. И они больше верят в то, что у них это заболевание есть и реже не принимают этот диагноз, по крайней мере, так открыто, как женщины, которые инфицировались половым путём. Социально благополучным очень сложно принять диагноз, потому что у них небольшое количество половых партнёров и здоровый образ жизни - и им очень сложно принять диагноз.*

Из интервью с гинекологом Центра СПИД, 2014 г.

*Проблема не в употребляющих, а в тех, кто «социально адаптированные». Наркоманы-то принимают [диагноз «ВИЧ-инфекция»]. А те люди, в силу образования,... – нетрезво воспринимают.*

Из интервью с врачом-инфекционистом, 2014 г.

Инфекционисты также сообщали, что период, когда наркозависимые женщины действительно перестают соблюдать режим терапии, начинается уже после родов. Одни врачи считают, что пока ребенку не исполнилось полтора года, женщина скорее всего еще находится в контакте с системой здравоохранения в силу необходимости приводить ребенка на периодические обследования к педиатрам СПИД-Центра для подтверждения или опровержения окончательного диагноза «ВИЧ-инфекция». После этого периода контакт с врачами, по крайней мере, на предмет лечения ВИЧ-инфекции, может потеряться на несколько лет. Другие врачи полагают, что контакт с наркозависимой женщиной теряется сразу после родов.

*До родов она ещё боится за ребёнка, ходит и принимает таблетки. Она боится его заразить, приезжает за сиропом, когда идёт на роды. А вот после родов большое количество женщин, думаю, что где-то треть, исчезают из поля зрения по каким-либо причинам на какое-то время... И потом приходят где-то через 3-5 лет, когда у них начинается прогрессирование болезни. И вот тогда, к сожалению, они приходят с другими проблемами.*

Из интервью с врачом-инфекционистом, 2014 г.

В ходе интервью сами наркозависимые женщины неоднократно заявляли о высокой приверженности АРВ-терапии во время беременности:

- [Интервьюер] Ты принимала АРВ терапию?

- Конечно и в первую, и во вторую беременности. С 2007 года у меня была схема.

- [Интервьюер] Тебе удавалось соблюдать режим во время употребления?

- Именно в употреблении я была ответственной, не такой, как сейчас [в ремиссии]. Во время беременности не было пропусков.

Из интервью с женщиной, имеющей опыт употребления наркотиков, 2014 г.

Таким образом, исследование показало, что гораздо более серьезной проблемой, чем несоблюдение режима приема АРВ-терапии, является полное отсутствие контакта с системой здравоохранения среди определенной группы беременных наркозависимых женщин: это приводит к выпадению из системы перинатальной профилактики в принципе. Также важно то, что несоблюдение

режима приема лекарственных препаратов для перинатальной профилактики ВИЧ-инфекции не является сознательным выбором наркозависимой женщины. Скорее, это обусловлено определенными факторами риска, которые способствуют или являются результатом наркозависимости у женщин, включая хаотичный образ жизни, бедность, неустойчивую жилищную ситуацию, а также социальную изолированность. На этом фоне беременность мотивирует женщину на соблюдение режима приема АРВ-препаратов, и этот фактор способен «перевесить» влияние других социальных факторов, но только временно - до рождения ребенка.

## Кто отвечает за «чужого пациента»?

*Пробел в системе помощи наркозависимым беременным женщинам я могла бы охарактеризовать как «синдром чужого пациента». Специалисты воспринимают беременную наркозависимую женщину как требующую, в первую очередь, помощи по другому - не их профилю.*

*Из интервью с акушером-гинекологом, 2013 г.*

Интервью с врачами различных специальностей помогли выделить проблемы в предоставлении помощи беременным наркозависимым женщинам, которые возникают у профильных служб здравоохранения. Тем не менее, остался неотвеченным вопрос о том, какая служба отвечает за успешный исход беременности у наркозависимых женщин в целом.

Анализ интервью показал, что для врачей беременные наркозависимые женщины - сложная категория пациенток, которым часто требуется помощь узких специалистов, включая наркологов, врачей-инфекционистов и гепатологов (в связи с наличием ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов), кардиологов, хирургов и флебологов. В связи с различными объективными причинами - узкоспециализированная подготовка, небольшое количество времени, отведенное на одного пациента, а также отсутствие нормативных документов, регулирующих предоставление помощи беременным женщинам с наркозависимостью, - врачи идут по самому привычному сценарию: переадресуют женщину к специалистам другого профиля. Так возникает проблема «чужого пациента».

*Самое главное - это все-таки их [гинекологов] проблема. Наша-то - поскольку-постольку.*

*Из интервью с наркологом, 2013 г.*

*В наркотики мы не вдаемся - в подробности. Нам главное - отследить ее состояние акушерское: как с ребенком, как беременность протекает. Каждый специалист должен лечить свое.*

*Из интервью с гинекологом, 2014 г.*

*К сожалению, гинекологи в женской консультации плохо информированы о течении ВИЧ-инфекции, получается я должна им объяснить, что к чему. Приходилось бегать в СПИД-центр за анализами, рекомендациями от врача-инфекциониста.*

*Из интервью с наркозависимой женщиной, 2014 г.*

Безусловно, проблему «чужого пациента» можно было бы преодолеть посредством интеграции или координации разнопрофильных медицинских услуг при ведении пациенток с коморбидными состояниями здоровья. Однако, как показывает наше исследование, в лучшем случае такая координация является лишь частичной.

В одном наркологическом стационаре проведение детоксикации было интегрировано с услугами тестирования и консультирования по ВИЧ-инфекции, но лечение ВИЧ-инфекции не предоставлялось. В результате, женщины вынуждены были или ездить за АРВ-препаратами в СПИД-Центр, или приносить лекарства с собой из дома. Еще одна проблема заключалась в том, что в силу краткосрочности лечения абстинентного синдрома (либо самостоятельного досрочного ухода) смысл тестирования на ВИЧ, практически, терялся: женщины выписывались из наркологического стационара раньше, чем из лаборатории приходили подтвержденные результаты тестов на ВИЧ.

В другом случае, наркологи, предоставлявшие услуги амбулаторной реабилитации, сообщали о том, что работали в сотрудничестве с инфекционистами при ведении беременных ВИЧ-позитивных пациенток, но не обозначили необходимость подобного сотрудничества с гинекологами:

*Выписка или каких-то заключений гинекологов нам не приходилось брать. То есть, они [наркозависимые женщины, проходящие дневную реабилитацию] самостоятельно наблюдаются у гинекологов. И те смотрят за состоянием беременности, как все протекает. А с инфекционистами - да, то есть, они предоставляют нам документы о том, какое у женщин там состояние. Как у них там ведет себя организм во время беременности. Есть ли какие-то там ухудшения состояния.*

*Из интервью с наркологом, 2014 г.*

В третьем случае, наркологи заявляли о потребности в консультировании именно с гинекологами, как минимум, в 50% процентах случаях ведения беременных женщин. Примечательно, что в условиях отсутствия порядка совместного ведения пациенток это сотрудничество опиралось на личную инициативу и личные ресурсы.



- [Интервьюер] Как вы поступаете, если вам нужна консультация акушера-гинеколога?

- Ну, напрямую звонила я, с доктором конкретно договаривались - с заведующей [женской консультацией], объясняла ситуацию, что мы можем подвезти. УЗИ сделали у нас.

- [Интервьюер] А вы везли на своей машине?

- Да, на своей машине... В принципе, эта договоренность была личная, без начмеда: просто позвонила я заведующей, и она сказала «да».

Из интервью с наркологом, 2014 г.

Тем не менее, исследование показало, что существует, по крайней мере, одна медицинская служба, предоставляющая координированную и интегрированную помощь для беременных наркозависимых женщин – Центры борьбы со СПИДом. Данные лечебные заведения окажут помощь беременной женщине, если у нее выявится позитивный ВИЧ-статус при прохождении обязательных анализов в женской консультации, и она получит направление в СПИД-Центр для дальнейшего обследования и получения антиретровирусных препаратов. Либо женщина продолжает оставаться пациенткой Центра, если позитивный ВИЧ-статус был выявлен еще до беременности.

С одной стороны, наличие позитивного ВИЧ-статуса накладывает на беременную женщину дополнительное обязательство наблюдаться в двух местах: женской консультации и СПИД-Центре. Женщина должна получить АРВ-терапию в СПИД-Центре и привозить в женскую консультацию справки с результатами анализов - с ожиданием того, что к родам будет значительно снижена или полностью подавлена вирусная нагрузка.

С другой стороны, именно благодаря наличию ВИЧ-статуса, беременная наркозависимая женщина имеет уникальную возможность получить разнопрофильную медицинскую помощь в условиях одного лечебного заведения - СПИД-Центра, что включает, помимо услуг инфекциониста, также помощь гинеколога, нарколога, психолога, а после рождения ребенка – и педиатра. Для беременных наркозависимых женщин дополнительные преимущества получения медицинской помощи в СПИД-Центре заключаются также в том, что, во-первых, гинекологи СПИД-Центра имеют право назначать АРВ-терапию (то есть, две услуги предоставляются при посещении одного специалиста), а во-вторых, врачи СПИД-Центра, как правило, проявляют более толерантное отношение к наркозависимым пациентам, чем специалисты, работающие в других службах здравоохранения.

*Не каждая ВИЧ-инфицированная женщина, не каждая, употребляющая наркотики... они могут в силу отношения какого-то негативного в женской консультации туда просто не*

*дойти. В [СПИД -]Центре, так как с ВИЧ-инфекцией работают чаще и женщин таких видят чаще, там, может быть, проще общаться пациентке именно с гинекологами.*

Из интервью с акушером-гинекологом, 2014 г.

Исследование также показало, что помимо отсутствия интеграции и координации со стороны медиков проблема «чужого пациента» имеет и другой аспект, связанный с бедностью социальных, психологических и материальных ресурсов у наркозависимых женщин, пытающихся получить услуги врача в период беременности. Высокопороговость помощи (например, требование регистрации или наличия страхового полиса для получения бесплатных услуг женской консультации), а также барьеры, связанные с организацией работы служб здравоохранения (географически разобщенные лечебные заведения или ожидание приема врача в длинных очередях) ведут к «потере» пациентки. Это диктует необходимость сопровождения и дополнительной поддержки беременных наркозависимых в процессе получения медицинских услуг, что озвучивали социальные работники и сами женщины, а также некоторые врачи.

*Мне нужно помогать. Я ничего не запоминаю. То ли из-за беременности, то ли еще что. После героина я такой не была. А сейчас беременность, и эти «соли», и совсем рассеянная. Я не могу много запомнить. Анализы какие-то. Мама что-то еще говорит.*

Из интервью с беременной наркозависимой женщиной, 2013 г.

*У нас идет немного другая работа, чем у доктора с пациентом. У нас звонки могут быть и в 12 ночи. С просьбой о помощи. Есть, конечно, сложности в плане именно беременных. С ними больше времени надо проводить в общении.*

Из интервью с социальным работником СПИД-центра, 2013 г.

*Многие из них [наркозависимых беременных женщин] имеют не очень благополучный социальный статус. Поэтому если я вижу, что девушке трудно, то стараюсь направить ее в Центр помощи семьи либо к нашему соцработнику. Во всяком случае, дать информацию, что вы можете обратиться туда-то и туда-то.*

Из интервью с врачом-инфекционистом, 2014 г.

В отсутствии низкопорогового сервиса и социальной поддержки адекватная помощь во время беременности превращается в вопрос счастливого случая для наркозависимой женщины, как свидетельствует данная история:

*Очень хорошо относился врач П., благодаря ему я родила. Не было прописки - взял под свою ответственность. Меня поставили на учет во 2-й роддом. Там и рожала. В 2006-м забеременела, лежала на сохранении, а в 2007-м родила. Врачи знали, что я употребляю,*

*что я наркозависимая. П. за меня очень ухватился, переживал. Очень ругал медперсонал, если они что-то не так делали.*

Из интервью с наркозависимой женщиной, 2013 г.

Таким образом, анализ общей системы предоставления помощи беременным наркозависимым женщинам выявил две существенных проблемы: 1) проблему адекватности и эффективности медицинской помощи для пациенток с коморбидными состояниями здоровья в условиях отсутствия координации/интеграции разнопрофильных услуг, а также 2) проблему доступности помощи для социально уязвимых пациенток в условиях высокопороговости и фрагментированности медицинских услуг. В настоящее время, координация и низкопороговость услуг для беременных наркозависимых женщин встречаются в том или ином виде в тех или иных лечебных заведениях, но имеют случайный, выборочный характер. Беременные наркозависимые женщины, живущие с ВИЧ, знающие о своем статусе, и приверженные получению медицинских услуг, являются единственной группой пациенток (среди беременных наркозависимых женщин), получающих интегрированную помощь и доброжелательное отношение врачей.

## Лучшие практики

*Мы делаем акцент на том, что в первую очередь она – человек, она – женщина. Беременность, роды, материнство – это все неотъемлемые аспекты жизни женщины. А употребление наркотиков, ВИЧ-инфекция, секс-работа – это не ее характеристики, это ее проблемы, и эти проблемы могут быть решены. И мы решаем эти проблемы вместе с женщиной.*

Из интервью с сотрудником некоммерческой организации, 2014 г.

В данной главе будут рассмотрены лучшие практики помощи беременным наркозависимым женщинам в трех российских городах. Эти модели были инициированы и внедрены в практику Фондом Тимура Исламова (Набережные Челны), Благотворительным фондом «Гуманитарное действие» (Санкт-Петербург) и фондом «Томск-АнтиСПИД» (Томск). Все три некоммерческие организации предоставляют низкопороговые услуги профилактики ВИЧ для уязвимых групп в течение 9-15 лет, а также имеют отдельные гендерно-ориентированные услуги для наркозависимых женщин. На основе гендерных услуг были разработаны специализированные услуги для беременных и женщин с маленькими детьми.

Согласно данным НКО, доля женщин среди общего числа потребителей наркотиков составляет от 14,6% в Томске до 17,4% в Набережных Челнах и 25,4% в Санкт-Петербурге (**Таблица 1**). Среди людей, живущих с ВИЧ, процент женщин варьируется от 34% в Томске до 38% в Набережных Челнах, но какую долю среди женщин с ВИЧ составляют наркозависимые женщины – неизвестно. По данным организаций, до 10% наркозависимых женщин, получавших услуги профилактики ВИЧ, были беременны. Среди беременных клиенток организаций, получавших услуги социального сопровождения, от 24% в Томске до 78% в Санкт-Петербурге жили с ВИЧ (**Таблица 1**).

**Таблица 1. Женщины, употребление наркотиков и ВИЧ в Томске, Набережных Челнах и Санкт-Петербурге**

Показатели	Томск	Набережные Челны	Санкт-Петербург
Доля женщин среди потребителей наркотиков	14,6%	17,4%	25,4%
Доля женщин среди людей с ВИЧ	33,9%	38,4%	36,7%
Доля беременных среди наркозависимых женщин	10%*	нет данных	3,4%**
Доля ВИЧ+ среди беременных наркозависимых женщин	24%*	30%*	78%*

\* Среди клиенток организации, получивших услуги социального сопровождения.

\*\* Среди клиенток организации, получивших услуги мобильного пункта профилактики ВИЧ-инфекции.

Ниже будут рассмотрены 1) предпосылки выхода на целевую группу беременных наркозависимых женщин в трех городах; 2) описание стратегий организаций по расширению доступности медицинских и социальных услуг для женщин из целевой группы; 3) достигнутые результаты.

**Выход на целевую группу и документирование проблем.** Каждая рассматриваемая организация принимала решение о целенаправленной работе с беременными наркозависимыми женщины под влиянием разных факторов. Так, Санкт-Петербургский фонд «Гуманитарное действие» дольше других организаций - практически, с момента своего основания - прицельно работал с наркозависимыми женщинами, а также с женщинами, занимающимися секс-работой, 95% которых употребляют наркотики. Решение об отдельной программе для беременных и женщин с маленькими детьми возникло в процессе анализа 10-летней работы с группой женщин, зависимых от наркотиков. Исследования, проведенные Фондом в 2011-2013 гг., показали что беременные наркозависимые женщины были в большой степени мотивированы на отказ от наркотиков и секс-работы, но в силу множества факторов редко обращались за медицинской помощью, а родив ребенка, нередко оставляли его в роддоме.

*Когда речь идет о женщине, употребляющей наркотики, да еще, если она вовлечена в секс работу – все, это клеймо. Не говоря уже о положительном ВИЧ-статусе. Употребление наркотиков, ВИЧ-инфекция и секс работа будут ее основными характеристиками; зачастую врачи в женской консультации будут относиться к ней как к «наркоманке и проститутке», а самое главное, она сама себя будет считать таковой, недостойной помощи, поэтому она просто не пойдет туда изначально.*

Из интервью с сотрудником Фонда «Гуманитарное действие», 2014 г.

Организация «Томск-АнтиСПИД» обратила внимание на отсутствие беременных женщин среди клиенток женской программы:

*Мы беременных тогда вообще не видели, мы видели женщин, употребляющих наркотики... У нас женский кабинет, искали методы работы с ними, как с ними работать, куда их перенаправлять. Беременных у нас не было, точнее, была очень маленькая группа женщин, которые к нам в снижение вреда не ходили. Стали искать их через аутрич-работников, женщины пришли за услугами. Это контрацепция, гигиена, услуги гинеколога. Очень востребованы услуги гинеколога, он им нужен - они это поняли.*

Из интервью с сотрудником Фонда «Томск-АнтиСПИД», 2013 г.

Для Фонда Тимура Исламова целенаправленная работа с беременными женщинами началась вследствие изменений наркосцены в Набережных Челнах. Вытеснение героина психотропным препаратом мефедроном (в виде «солей для ванн») привело к росту беременностей среди наркозависимых женщин:

*Отдельно у нас не было проекта по беременным. На сегодня их стало больше значительно. Они беременеют, кто-то делает аборт, кто-то сохраняет. Мы всё это привязываем к новому наркотику. Потому что раньше было меньше секса, сексуальной активности. Сегодня её больше, и, соответственно, вот результат.*

Из интервью с сотрудником Фонда Тимура Исламова, 2014 г.

Следующим этапом был анализ проблем, с которыми сталкиваются наркозависимые женщины в период беременности. Все три организации задокументировали, практически, одинаковые барьеры доступности медицинской помощи для данной группы. В числе внутренних барьеров были отмечены самостигматизация и страх лишения родительских прав в связи со статусом наркопотребителя. Внешние барьеры включали неэффективность наркологической помощи для беременных, невозможность получения

государственных пособий в виду отсутствия необходимых документов, «потерю» женщин при получении услуг в географически разобщенных медицинских учреждениях, а также сложности длительного ожидания очереди к врачу при активном употреблении наркотиков.

**Ответные стратегии.** В результате документирования проблем, с которыми сталкивались беременные наркозависимые женщины, все три организации выделили данную категорию своих клиенток в приоритетную для предоставления услуг индивидуального сопровождения. В дополнение, каждая организация предприняла отдельные усилия для более системных изменений в организации медицинских и социальных услуг для беременных наркозависимых женщин. Так, организации в Томске и Набережных Челнах инициировали подготовку и принятие нормативов местного уровня по ведению беременных наркозависимых женщин. Санкт-Петербургский Фонд «Гуманитарное действие» сделал акцент на создании сети доверенных врачей и внедрение услуг для беременных наркозависимых женщин в систему государственной медико-социальной помощи. Следует также отметить, что все три организации действовали не в одиночку, а использовали ресурс предыдущего или возникающего сотрудничества с медицинскими специалистами и чиновниками здравоохранения.

**Томск.** Фонд Томск-АнтиСПИД обрел союзника в лице Городского управления здравоохранения, обеспокоенного высоким уровнем материнской и младенческой смертности в Томске. Совместный с Фондом анализ указал на негативные исходы беременности наркозависимых женщин как вероятную основную социальную причину высоких показателей материнской смертности в регионе. В результате, приказом Управления была создана Рабочая группа по разработке нормативного документа по ведению беременных наркозависимых женщин. В группу помимо представителей Управления здравоохранения и фонда «Томск-АнтиСПИД» вошли главный акушер города, заведующие двух женских консультаций, заведующий отделом реанимации и главный специалист по педиатрии. В процессе разработки были также учтены рекомендации от сердечно-сосудистых хирургов и флебологов.

*Группа согласилась, что ситуацию надо менять и иметь хоть какую-то нормативную базу, имеющую юридическую силу. Мы тогда назвали это «Методическими рекомендациями для межведомственного взаимодействия». Если мы говорим о флебологах, то почему. Если реаниматологи, то тоже объясняем. Если это дети, то тоже все разъясняем. Очень коротко, но емко. И решили, что должно это идти гражданским путем, поэтому была создана команда. Был поименный приказ из здравоохранения, что кому делать и писать. По кускам собиралось и обсуждалось.*

Из интервью с сотрудником Фонда «Томск-АнтиСПИД», 2013 г.



В течение года был подготовлен соответствующий документ, который детализировал: 1) стратегии работы с беременными наркозависимыми женщинами (низкопороговость, комплексность услуг, междисциплинарное сотрудничество и толерантный подход); 2) порядок ведения женщин на разных этапах беременности, родов, и в послеродовой период, а также ситуации, требующие переадресации в немедицинские организации; 3) особенности медицинских и социальных проблем у беременных наркозависимых женщин, включая специфику консультирования этой группы. Документ был рецензирован в НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии СО РАМН. Итоговый документ - «Протокол ведения беременности, родов и послеродового периода у женщин с наркотической зависимостью в г. Томске» - был утвержден начальником Управления здравоохранения 11 декабря 2011 г., прошел апробацию в роддоме №4 г. Томска в 2012 г. и стал реализовываться более широко с 2013 г. через женские консультации, роддома, областной перинатальный центр и другие лечебные и социальные учреждения г. Томска. Специфическая модель предоставления услуг для беременных наркозависимых женщин создавалась в процессе апробации и реализации протокола.

**Набережные Челны.** Фонд Тимура Исламова начал работу с практического улучшения доступности медицинской помощи для беременных наркозависимых женщин. В частности, было достигнуто соглашение с женскими консультациями о приеме беременных клиенток Фонда без очереди, внедрена практика прохождения полной диспансеризации для беременных наркозависимых женщин, которых сопровождали кейс-менеджеры Фонда, а также налажено сотрудничество со службами социальной защиты для предоставления женщинам социальной поддержки. Алгоритм подключения беременных наркозависимых женщин к медицинским и социальным службам устойчиво работал на практике. Тем не менее, главной целью команды оставалось внедрение более системных изменений. Фонд Тимура Исламова решил адаптировать опыт Томска и подготовить нормативный документ, благодаря которому расширение доступности медицинских услуг для беременных наркозависимых женщин стало бы правилом, а не результатом личной инициативы или налаженных партнерских связей.

*Первая презентация «Женщины и наркотики», куда мы пригласили представителей женских консультаций и роддомов, была на базе наркоконтроля. У нас в городе 7 женских консультаций. И после этого мы начали туда перенаправлять девочек. Их был небольшой поток, но начали выявляться проблемы именно в этой системе оказания помощи. Мы увидели у Томска, что у них такая идея, они сделали некий регламент оказания помощи - этот протокол. И мы решили воспользоваться этой идеей, сделать то же самое. И если это будет работать, то это облегчит участь и нашим женщинам, и врачам, которые их*

*принимают. Они тоже не знают, как и что с ними делать. А протоколы им будут подсказывать.*

Из интервью с сотрудником Фонда Тимура Исламова, 2014 г.

Работа по созданию протокола началась в 2013 г. и заняла около одного года. Как и в случае с Томском, подготовка протокола проходила в рамках Рабочей группы, в которую вошли представители Управления городского здравоохранения, в том числе отдела Управления по материнству и детству, а также сотрудники Центра СПИД, женской консультации, наркологического и кожно-венерологического диспансеров. Протокол был принят в конце 2014 г. на Межведомственной комиссии по профилактике ВИЧ-инфекции, ИППП (инфекции передающиеся половым путем) и туберкулеза.

**Санкт-Петербург.** Фонд «Гуманитарное действие» сосредоточил свои усилия на расширении услуг для беременных наркозависимых женщин со стороны государственных учреждений, опираясь на поддержку городской и районных администраций, а также долговременное сотрудничество с инфекционной и наркологической службами.

*Мы достаточно давно и плодотворно сотрудничаем с различными государственными учреждениями, приглашаем их на семинары, круглые столы, тренинги. Они знают, что мы - низкопорговая организация, знают о наших услугах по сопровождению. Пример: недавно из ГНБ [государственной наркологической больницы] к нам обратились по вопросу социального сопровождения беременной наркозависимой женщины. Ее нужно было поставить на учет в женскую консультацию. То есть, клиентка пришла на лечение, выяснила, что беременна, а в ГНБ такими случаями не занимаются, но знают, что этим занимаемся мы. Поэтому звонят нам, и мы уже берем ее на сопровождение.*

Из интервью с сотрудником Фонда «Гуманитарное действие», 2014 г.

Для повышения эффективности предыдущей работы с беременными наркозависимыми женщинами «Гуманитарное действие» использовало несколько стратегий. Во-первых, Фонд выстроил сеть доверенных врачей для своих беременных клиенток. Были обучены 60 акушеров-гинекологов районных женских консультаций навыкам консультирования наркозависимых женщин по сохранению репродуктивного здоровья, а также ведению беременных ВИЧ-инфицированных наркозависимых женщин. Фонд организовал выезды акушера-гинеколога для консультирования беременных женщин на мобильных пунктах профилактики ВИЧ. Практиковались также выездные консультации врачей-наркологов для беременных женщин – как на мобильных пунктах профилактики, так и в родильных стационарах. С целью раннего выявления беременности женщин из групп риска было также

организовано тестирование на ВИЧ-инфекцию и беременность с последующим консультированием женщин на пункте профилактики ВИЧ и дневном стационаре Инфекционной больницы им. Боткина. Во-вторых, Фонд широко задействовал ресурсы служб социальной защиты населения из 8 районов. Специалисты отделений помощи семье и детям из данных служб были обучены специфике работы с целевой группой. Фонд организовал передачу на сопровождение в службы социальной защиты населения своих ВИЧ-позитивных клиенток с новорожденными детьми для послеродового наблюдения, обеспечив, таким образом преемственность услуг индивидуального сопровождения в период беременности и послеродовой период.

**Результаты.** Реализация программы индивидуального сопровождения и расширенного доступа к медицинским услугам привела к ощутимым позитивным результатам в каждой из трех организаций.

**Таблица 2. Социальные и медицинские показатели беременных наркозависимых женщин, получивших услуги индивидуального сопровождения в Томске, Набережных Челнах и Санкт-Петербурге**

Характеристики	Томск (2012-2013)	Наб. Челны (2012)	Спб (2013-2014)
Всего	25	12	69
Возраст <i>Средний Интервал</i>	30 лет 20-40 лет	28-33 года	31 год
Стаж употребления наркотиков <i>Средний Интервал</i>	5-7 лет 1.5 – 22	5-12 лет	нет данных
Наличие ВИЧ-инфекции	6 (24%)	4 (30%)	54 (78%)
Наличие гепатита С	25 (100%)	11 (90%)	69 (100%)
Срок постановки на дородовой учет	8-12 недель	нет данных	8-12 недель
Периодичность посещений женской консультации	каждые 2 недели	30% - регулярное посещение	1,5 раза в месяц
Отказ от наркотиков во время беременности	10 (40%)	7 (60%)	34 (49%)
Количество рожденных детей	21	12	нет данных
Сроки гестации <i>Средний Интервал</i>	36-40 недель	37,25 недель	36-40 недель
Средний вес ребенка при рождении	3000 – 3100 грамм	2740 грамм	нет данных
Отказ от новорожденного ребенка	0	0	0
Материнская смертность	0	0	0
Младенческая смертность	0	0	0

В результате внедрения моделей помощи удалось улучшить показатели беременности и родов у большинства наркозависимых женщин. В Томске и Санкт-Петербурге женщины, получавшие индивидуально-адресную помощь, вовремя вставали на дородовой учет (на 8-12 недель беременности) и регулярно посещали женскую консультацию. Во всех трех городах дети родились с нормальным сроком гестации (36-40 недель). В Томске и Набережных Челнах был задокументирован вес новорожденных детей в пределах нормы (2740 – 3100 грамм). В среднем, около 50% женщин, получавших помощь, отказались от наркотиков во время беременности. Ни в одном из городов не были задокументированы отказы женщин от новорожденного ребенка или случаи материнской или младенческой смертности (Таблица 2).

Помимо этого, внедрение новых моделей ведения беременных наркозависимых женщин привело и к более субъективным, но не менее важным изменениям: повысилась толерантность врачей к беременным женщинам, зависимым от наркотиков, возникло доверие между пациентками и врачами, а вслед за этим наркозависимые женщины стали более регулярно посещать врачей в период беременности:

*Я думаю, что все-таки изменилось отношение к беременным женщинам у специалистов. Оно вообще стало, скажем так, не толерантным, а даже, в какой-то части, дружественным... Специалисты говорят, что это благодарная аудитория, клиентки благодарные. Скажи действительно одно доброе слово - получишь десять обратно. Но если только ты скажешь плохое слово, ты получишь враждебность такую, уход и до свидания - навсегда. Теперь они понимают, что такое отношение дружелюбное. Я всегда говорю, что медицина нетолерантна к больным. Поэтому, конечно, надо меняться, в первую очередь, в детстве-материнстве. Если начинается дружелюбное отношение, тогда посещаемость и выполнение всех назначенных графиков. Они [женщины] видят это отношение врачей, и их это радует, они очень стараются.*

Из интервью с сотрудником Фонда «Томск-АнтиСПИД», 2013 г.

# ЗАКЛЮЧЕНИЕ И РЕКОМЕНДАЦИИ

*Таким женщинам очень нужна поддержка - и финансовая, и моральная. Ведь они не нужны никому - даже самим себе.*

Из интервью с женщиной, имеющей опыт употребления наркотиков, 2014 г.

Данное исследование является, практически, первой попыткой проанализировать предоставление медицинской помощи беременным наркозависимым женщинам с точки зрения разных заинтересованных сторон: врачей, пациенток, сотрудников некоммерческих организаций.

По итогам исследования получены следующие результаты:

- В условиях отсутствия нормативной базы, регулирующей порядок оказания медицинской помощи беременным наркозависимым женщинам, а также несоответствия наркологической помощи рекомендациям ВОЗ, включая невозможность назначения опиоидной поддерживающей терапии для беременных, услуги для данной категории пациенток предоставляются в режиме «экспромта». Некоторые наркологи проводят детоксикацию, другие – предоставляют самой женщине решать проблему избавления от наркотической зависимости. Одни и те же препараты применяемые в лечении беременных наркозависимых женщин могут быть рекомендованы к назначению клиническим фармакологом, работающим в роддоме, но признаны опасными клиническим фармакологом, работающим в наркологии. Анестезиологи на свой страх и риск назначают повышенные дозировки обезболивающих препаратов наркозависимым роженицам, а неонатологи на свой страх и риск назначают младенцам сильные обезболивающие препараты.
- Наркозависимые женщины в период беременности – пациентки с несколькими коморбидными состояниями, для предоставления качественной помощи которым требуется координация усилий врачей разного профиля. В отсутствие такой координации переадресация женщин от специалиста к специалисту превращается в «отфутболивание» и ведет к низкому качеству оказываемой медицинской помощи.
- Беременные наркозависимые женщины являются социально уязвимой группой, обладающей чрезвычайно низкими ресурсами для преодоления барьеров к получению услуг здравоохранения. Такие факторы, как длительные поездки в транспорте на прием к врачу, необходимость посещения географически разбросанных лечебных учреждений, ожидание приема врача в длинных очередях, а также необходимость регистрации или страхового полиса для получения бесплатных услуг,

трудно преодолеваются без посторонней помощи и психологической поддержки.

- Наиболее рискованной группой – в плане последствий как для матери, так и для ребенка - среди беременных наркозависимых женщин являются ВИЧ-позитивные женщины, не знающие о своем ВИЧ-положительном статусе и при этом избегающие контакта с системой здравоохранения. Наиболее «привилегированной» группой – в плане получения координированных услуг - являются ВИЧ-позитивные беременные наркозависимые женщины, получающие медицинскую помощь в период беременности, лечение наркотической зависимости и ВИЧ-инфекции в СПИД-Центре.

На основе полученных результатов, мы рекомендуем внести следующие изменения в организацию помощи наркозависимым женщинам в период беременности:

- Выделить ресурсы для привлечения беременных женщин, зависимых от наркотиков, к получению услуг профилактики и тестирования на ВИЧ, а также услуг для поддержки репродуктивного здоровья и получению дородовой помощи. Выделить ресурсы для социального патронажа наркозависимых женщин в период беременности и предусмотреть возможность предоставления таких услуг силами некоммерческих организаций.
- Разработать рекомендации предоставления медицинской и социальной помощи для наркозависимых женщин в период беременности и родов. Данный нормативный документ должен предусматривать координацию предоставления разнопрофильных медицинских услуг для наркозависимых женщин в период беременности, а также обязывать руководителей учреждений здравоохранения организовывать ведение особо сложных случаев беременных наркозависимых женщин силами мультидисциплинарной команды медицинских специалистов. Данный нормативный документ также должен предусмотреть координацию усилий лечебных учреждений, социальных служба и некоммерческих организаций в организации дородовой помощи наркозависимым женщинам.
- Шире привлекать некоммерческие организации к уличной социальной работе среди беременных наркозависимых женщин и предоставлению услуг социального сопровождения, включая мотивирование на своевременную постановку на учет по беременности, а также поддержку в регулярном получении дородовых услуг, регулярном приеме препаратов перинатальной профилактики ВИЧ-инфекции, получении



наркологической помощи, восстановлении документов, стабилизации жилищной ситуации, получении социальных пособий.

- Обеспечить участие беременных наркозависимых женщин в «Школах материнства» на базе кабинетов планирования семьи. Создавать школы материнства и подготовки к родам на базе некоммерческих организаций, работающих с наркозависимыми женщинами.
- Предпринимать меры к снижению высокопороговости медицинских услуг для беременных наркозависимых женщин, включая материальную помощь женщинам для преодоления транспортных барьеров, назначение отдельных дней или часов приема для данной категории женщин, а также снятие требований о наличии регистрации и обязательного медицинского полиса как условия получения бесплатных услуг во время беременности.
- Шире предоставлять услуги интегрированной помощи наркозависимым женщинам в период беременности. Ввести ставки консультирующего гинеколога в крупных наркологических диспансерах, а также ставки консультирующего нарколога при женских консультациях.
- Разработать нормативные документы по предоставлению наркологической помощи беременным женщинам на основе международных рекомендаций, включая стандарты назначения медикаментозного лечения для снятия абстинентного синдрома беременных, стандарты предоставления реабилитационной помощи в стационарных условиях и амбулаторно, а также преемственность наркологических услуг для беременных женщин. Выделить государственные ресурсы для получения бесплатных услуг реабилитации для беременных женщин и предусмотреть возможность прохождения реабилитации для женщин с маленькими детьми.
- Разработать нормативные документы по лечению неонатального абстинентного синдрома с учетом международных рекомендаций и передового опыта.
- Включить в курсы повышения квалификации для врачей учебный курс по особенностям ведения беременных наркозависимых женщин, включая женщин, живущих с ВИЧ.
- Использовать ресурсы отделений помощи семье и детям департаментов социальной защиты населения для послеродового сопровождения наркозависимых женщин и их новорожденных детей.

Настоящее исследование показало, что наркозависимые женщины обладают высокой мотивацией на заботу о здоровье своего будущего ребенка

и с этой целью готовы предпринимать шаги для заботы о собственном здоровье. Тем не менее, в связи с социальной уязвимостью и неадаптированностью этих женщин, тяжелым материальным положением, а также отсутствием морально-психологической поддержки очень важно в этот период не оставлять наркозависимую женщину в одиночестве. Изменение условий, в которых будет протекать беременность наркозависимых женщин, - включая предоставление социальной и материальной поддержки, снижение порога услуг, качественную и интегрированную помощь, а также доброжелательное отношение медицинских специалистов – это залог успешной беременности наркозависимой женщины, устойчивых позитивных изменений в ее образе жизни, здоровье будущей матери и ее ребенка.

# ПРИЛОЖЕНИЕ 1.

## Характеристики респондентов первого этапа исследования, 2012-2013

<b>Всего</b>	213
<b>Женщины</b>	100%
<b>Средний возраст</b>	29,7 лет
<b>Доходы*</b>	
Материальная поддержка со стороны родителей или родственников	50%
Заработки партнера	39,4%
Материальная поддержка со стороны государства	35,7%
Доходы от нелегальной деятельности	24%
Доходы от официальной работы	13%
Доходы от секс-работы	10%
<b>Наличие детей</b>	89%
<b>Количество детей</b>	1-5
	<i>Из этой группы:</i>
Ограничение родительских прав	14,3%
Ограничение и лишение родительских прав	21,2%
<b>Среднее количество беременностей</b>	3,3
<b>Беременности, не закончившиеся рождением живого ребенка</b>	70%
	<i>Из этой группы*:</i>
Самостоятельное решение о прерывании беременности	79%
Выкидыши или замерзшие беременности	29%
Прерывание беременности по рекомендации врача	17%
Преждевременные роды, закончившиеся летальным исходом для ребенка	7,6%
<b>Активное употребление наркотиков</b>	65%
	<i>Основной употребляемый наркотик*:</i>
Героин	69,5%
Дезоморфин	36%
Амфетамины	12%
Мефедрон	8,5%
<b>Инфекционные заболевания*</b>	
Гепатит С	82%
ВИЧ	50%
Гепатит В	23%
ИППП	16%
Туберкулез	7%

\*Суммарный процент может превышать 100%

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2.

### Характеристики респондентов второго этапа исследования, 2013-2014

<b>Всего</b>	27
<b>Экспертная группа</b>	
Пациентки	8 (30%)
Сотрудники некоммерческих организаций	5 (18%)
Врачи	14 (52%)
	<i>в том числе:</i>
акушеры-гинекологи	5
наркологи	5
неонатологи	2
инфекционисты	2
<b>География</b>	
Санкт-Петербург	12 (44%)
Томск	9 (33%)
Набережные Челны	6 (22%)

# ИСТОЧНИКИ И ПРИМЕЧАНИЯ

## Примечания

- I. По данным эпидемиологического исследования потребителей инъекционных наркотиков в 9 регионах России, проведенного ННЦ наркологии в 2006, возраст женщин варьировался от 17 до 55 лет, и медианный возраст составлял 24 года [4]. Следовательно, можно сделать вывод о том, что большая часть женщин, употребляющих наркотики, находится в детородном возрасте.
- II. Согласно теоретической модели, изложенной Ballantyne and Mao (2003) [26], в результате длительного употребления опиоидов, происходят клеточные и межклеточные изменения, которые приводят к потере толерантности и супер-чувствительности к боли. В свою очередь, сниженная толерантность и супер-чувствительность к боли провоцируют более высокий уровень употребления опиоидов, что может привести к передозировке.

## Источники на русском языке

1. Айламазян Э.К. (ред.) (2009). Акушерство. Национальное руководство. [http://med-books.by/books/Aylamzyan\\_Natsionalnoe\\_rukovodstvo\\_Akusherstvo.pdf](http://med-books.by/books/Aylamzyan_Natsionalnoe_rukovodstvo_Akusherstvo.pdf)
2. Афолина Л. Ю. (2015). Тактика ведения ВИЧ-инфицированных женщин репродуктивного возраста. Доклад на Всероссийской научно-практической конференции «Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией. Вопросы профилактики передачи ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С при оказании медицинской помощи». Владимирская область, Суздаль, 10-13 марта 2015 г.
3. Булеков И.С. (2009). Терапия синдрома отмены опиатов у ВИЧ-инфицированных беременных. Диссертация и автореферат по ВАК 14.00.45, кандидат медицинских наук. Научная библиотека диссертаций и авторефератов disserCat. <http://www.dissercat.com/content/terapiya-sindroma-otmeny-opiatov-u-vich-infitsirovannykh-beremennykh>
4. Киржанова В.В. (2013). Гендерные аспекты распространенности инъекционного употребления наркотиков в России. Доклад на конференции «ВИЧ-инфекция у женщин и детей. Актуальные вопросы совершенствования профилактики, диагностики и лечения», 29-31 мая 2013 г., Санкт-Петербург.

5. Киржанова В.В. (2015). Основные тенденции заболеваемости наркоманией в Российской Федерации. Доклад на Всероссийской научно-практической конференции «Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией. Вопросы профилактики передачи ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С при оказании медицинской помощи». Владимирская область, Суздаль, 10-13 марта 2015 г.
6. Ладная Н.Н. (2015). Результаты обследования населения России на ВИЧ. Доклад на Всероссийской научно-практической конференции «Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией. Вопросы профилактики передачи ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С при оказании медицинской помощи». Владимирская область, Суздаль, 10-13 марта 2015 г.
7. Микиртумов Б.Е., Кощавцев А.Г., Гречаный С.В. (2001). Клиническая психиатрия раннего детского возраста. СПб: Питер.  
[http://pedlib.ru/Books/5/0267/5\\_0267-1.shtml](http://pedlib.ru/Books/5/0267/5_0267-1.shtml)
8. Министерство здравоохранения Российской Федерации, Фармакологический государственный комитет (1998). Применение наркотиков у детей до двух лет. Выписка из протокола №8 от 09.07.98.  
[http://www.airspb.ru/biblio\\_5.shtml](http://www.airspb.ru/biblio_5.shtml)
9. Национальные клинические рекомендации «Применение антиретровирусных препаратов в комплексе мер, направленных на профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку» (2014).  
[http://www.hivrussia.org/files/proj\\_arvt\\_berem.pdf](http://www.hivrussia.org/files/proj_arvt_berem.pdf)
10. Попова А.Ю. (2015). Актуальные вопросы надзора за инфекционными заболеваниями в Российской Федерации. Основные тенденции развития эпидпроцесса ВИЧ-инфекции и основные направления работы по стабилизации ситуации. Доклад на Всероссийской научно-практической конференции «Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией. Вопросы профилактики передачи ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С при оказании медицинской помощи». Владимирская область, Суздаль, 10-13 марта 2015 г.
11. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Наркология».  
[http://cdnimg.rg.ru/pril/77/23/08/27503\\_pril.pdf](http://cdnimg.rg.ru/pril/77/23/08/27503_pril.pdf)



12. Постановление Правительства РФ от 30 июня 1998 г. № 681 "Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации."  
<http://base.garant.ru/12112176/>
13. Приказ Минздрава РФ от 22.10.2003 N 500 об утверждении Протокола ведения больных "Реабилитация больных наркоманией (Z50.3)"  
<http://old.lawru.info/legal2/se3/pravo3250/page6.htm>
14. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 16.05.2011 N 397н "Об утверждении специальных требований к условиям хранения наркотических средств и психотропных веществ, зарегистрированных в установленном порядке в Российской Федерации в качестве лекарственных средств, предназначенных для медицинского применения, в аптечных, лечебно-профилактических учреждениях, научно-исследовательских, учебных организациях и организациях оптовой торговли лекарственными средствами". <http://www.rg.ru/2011/06/10/hranenie-dok.html>
15. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. N 572н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)""  
<http://base.garant.ru/70352632/#ixzz3CIAcCieH>
16. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. N 929н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "наркология" <http://www.rg.ru/2013/04/25/narkologiya-dok.html>
17. Приказы Министерства здравоохранения РФ от 04.09.2012 №№ 124н, 125н, 126н, 127н, 128н, 129н, 130н, 131н, 132н, 133н, 134н, 135н.  
<http://medspecial.ru/forum/forum88/topic783/>
18. Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева (2009). Фармакотерапия синдрома отмены опиатов у ВИЧ-инфицированных беременных (в предродовой и родовой периоды). Методические рекомендации.  
[http://z203712.infobox.ru/content/42/2009\\_04.pdf](http://z203712.infobox.ru/content/42/2009_04.pdf)
19. Федеральная служба государственной статистики (2014). Письмо в адрес НП «Е.В.А.» № 08-08-3/2746-ДР от 18.07.2014.

20. Федеральный Центр СПИД (2012). Справка. «ВИЧ-инфекция в Российской Федерации в 2012 г.». <http://www.hivrussia.org/stat/2012.shtml>
21. Федеральный Центр СПИД (2014). Справка. «ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 31 декабря 2014 г.». <http://www.hivrussia.org/files/spravkaHIV2014.pdf>
22. Rlsnet.ru [Официальный сайт Группы компаний РЛС – Регистр лекарственных средств России]. Морфин (Morphine): инструкция, применение и формула. [http://www.rlsnet.ru/mnn\\_index\\_id\\_984.htm](http://www.rlsnet.ru/mnn_index_id_984.htm)
23. Rlsnet.ru [Официальный сайт Группы компаний РЛС – Регистр лекарственных средств России]. Промедол (Promedolum). Инструкция по применению, противопоказания и состав. [http://www.rlsnet.ru/tn\\_index\\_id\\_5026.htm](http://www.rlsnet.ru/tn_index_id_5026.htm)

### Источники на английском языке

24. Abdel-Latif, M. E., Bajuk, B., Lui, K., & Oei, J. (2007). Short-term outcomes of infants of substance-using mothers admitted to neonatal intensive care units in New South Wales and the Australian Capital Territory. *Journal of paediatrics and child health*, 43(3), 127-133.
25. ACOG Committee on Health Care for Underserved Women. (2013). ACOG Committee Opinion No. 524: opioid abuse, dependence, and addiction in pregnancy. *Obstetric Anesthesia Digest*, 33(2), 79-80. <http://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Health-Care-for-Underserved-Women/co524.pdf?dmc=1&ts=20150326T1718229459>
26. Ballantyne, J. C., & Mao, J. (2003). Opioid therapy for chronic pain. *New England Journal of Medicine*, 349(20), 1943-1953.
27. Broekhuizen FF, Utrie J, Van Mullem C. Drug use or inadequate prenatal care? Adverse pregnancy outcome in an urban setting. (1992). *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 166, 1747–1756.
28. Daley, M., Argeriou, M., & McCarty, D. (1998). Substance abuse treatment for pregnant women: a window of opportunity? *Addictive Behaviors*, 23(2), 239-249.

29. El-Bassel, N., Wechsberg, W. M., & Shaw, S. A. (2012). Dual HIV risk and vulnerabilities among women who use or inject drugs: no single prevention strategy is the answer. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 7(4), 326-331.
30. El-Mohandes, A., Herman, A. A., El-Khorazaty, M. N., Katta, P. S., White, D., & Grylack, L. (2003). Prenatal care reduces the impact of illicit drug use on perinatal outcomes. *Journal of Perinatology*, 23(5), 354-360.
31. EMCDDA (2012). *Pregnancy, childcare and the family: key issues for Europe's response to drugs*. Lisbon.  
<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/children>
32. Finnegan, L. P., Connaughton Jr, J. F., Kron, R. E., & Emich, J. P. (1975). Neonatal abstinence syndrome: assessment and management. *Addictive diseases*, 2(1-2), 141-158.
33. Friguls, B., Joya, X., Garcia-Serra, J., Gómez-Culebras, M., Pichini, S., Martinez, S., ... & Garcia-Algar, O. (2012). Assessment of exposure to drugs of abuse during pregnancy by hair analysis in a Mediterranean island. *Addiction*, 107(8), 1471-1479.
34. Gyarmathy, V. A., Giraudon, I., Hedrich, D., Montanari, L., Guarita, B., & Wiessing, L. (2009). Drug use and pregnancy—challenges for public health. *Eurosurveillance*, 14(9), 33-36.
35. Kurtz, S. P., Surratt, H. L., Kiley, M. C., & Inciardi, J. A. (2005). Barriers to health and social services for street-based sex workers. *Journal of health care for the poor and underserved*, 16(2), 345-361.  
<http://chhfr.relyonmedia.com/ResourceFiles/yda41iig.2kurtz.pdf>
36. Latt, N. C., Spencer, J. D., Beeby, P. J., Saunders, J. B., Collins, E., & Cossart, Y. E. (2000). Hepatitis C in injecting drug-using women during and after pregnancy. *Journal of gastroenterology and hepatology*, 15(2), 175-181.
37. Perez-Montejano, R., Finch, E., & Wolff, K. (2013). A National Survey Investigating Methadone Treatment for Pregnant Opioid Dependent Women in England and Wales. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 11(6), 693-702.
38. Racine A, Joyce T, Anderson R. (1993). The association between prenatal care and birth weight among women exposed to cocaine in New York City. *Journal of the American Medical Association*, 270 (13), 1581–1586.

39. Ramsey, S. E., Bell, K. M., & Engler, P. A. (2010). Human Immunodeficiency Virus Risk Behavior Among Female Substance Abusers. *Journal of addictive diseases*, 29(2), 192-199.
40. Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (2011). Substance Use in Pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 33(4), 367–384.  
<http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/01/gui256CPG1104E.pdf>
41. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2014). Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings, NSDUH Series H-48, HHS. Publication No. (SMA) 14-4863. Rockville, MD.  
<http://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUHresultsPDFWHTML2013/Web/NSDUHresults2013.pdf>
42. Tuchman, E. (2010). Women and addiction: the importance of gender issues in substance abuse research. *Journal of addictive diseases*, 29(2), 127-138.
43. Viteri, O. A., Soto, E. E., Bahado-Singh, R. O., Christensen, C. W., Chauhan, S. P., & Sibai, B. M. (2015). Fetal anomalies and long-term effects associated with substance abuse in pregnancy: A literature review. *American Journal of Perinatology*, 32(5), 405-416.
44. WHO (2009). Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence.  
[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/opioid\\_dependence\\_guidelines.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf)
45. WHO (2010). Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: recommendations for a public health approach. – 2010 version, p.57.  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599818\\_eng.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599818_eng.pdf?ua=1)
46. WHO (2014). Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy.  
[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/pregnancy\\_guidelines/en/](http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/)

# СИНДРОМ ЧУЖОГО ПАЦИЕНТА

Исследование доступности и качества медицинских услуг  
для беременных женщин, зависимых от наркотиков



**E.V.A.**

Некоммерческое партнерство содействия  
повышению качества жизни женщин,  
затронутых эпидемиями ВИЧ-инфекции и  
других социально значимых заболеваний

Тел./факс:

+7 (812) 764-54-18,

тел. «горячей линии»:

+ 7 (921) 913-03-04,

веб-сайт:

[evanetwork.ru](http://evanetwork.ru)