Tento projekt je financován se státní podporou Technologické agentury ČR v rámci programu BETA2
www.tacr.cz
Výzkum užitečný pro společnost

Úřad vlády České republiky

Výsledek -11 Nmet
Doporučené klinické postupy v adiktologii pro specifické cílové skupiny a specifické oblasti, a z hlediska dalších metod práce v adiktologii
Adiktologie u těhotných žen

Konečný uživatel výsledků:

Úřad vlády ČR
nábřeží Edvarda Beneše 4,
118 01 Praha 1

Název projektu: Doporučené klinické postupy v adiktologii
Číslo projektu: TITSUVCR936
Řešitel projektu: Český adiktologický institut
Doba řešení: 1. 1. 2022 – 31. 12. 2024
Důvěrnost a dostupnost: veřejně přístupný, URL původu: https://kdp-adiktologie.cz

Tento projekt je financován se státní podporou Technologické agentury ČR v rámci programu BETA2
www.tacr.cz
Výzkum užitečný pro společnost

Úřad vlády České republiky

Informace o autorském týmu:

ČESKÝ ADIKTOLOGICKÝ INSTITUT

Tým projektu Doporučené klinické postupy v adiktologii (DP) byl sestaven s ohledem na multidisciplinaritu projektového záměru. Odborníci byli rozděleni do tří skupin: rešeršisté, metodologové, metodici, experti a respondenti, přičemž někteří členové týmu zastupovali více rolí.

Tým projektu dle rolí (vždy v abecedním pořadí):

Vedoucí projektového týmu:
PhDr. Petr Hrouzek, Ph.D.

Hlavní metodolog projektu:
Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc., EMPH, KCLJ (po celou dobu projektu)

Metodologové projektu:
Mgr. Renáta Habiňáková – od 1.7.2023 (metodická část tvorba DP)
Mgr. Lenka Šťastná, PhD. – od 1.7.2023 (metodická část projektu tvorba DP)
MUDr. Jakub Minařík – do 30.6.2023 (rešeršní část tvorby DP)
MUDr. Petr Popov MHA – do 30.6.2023 (rešeršní část tvorby DP)

Hlavní metodik projektu:
Mgr.et Mgr. Elizabeth Nováková

Metodici projektu:
Mgr. Renáta Habiňáková
Mgr. Tomáš Jandáč, PhD.
Mgr. Jan Kozák

Rešeršní tým projektu:
PhDr. Miroslav Barták, PhD
Mgr. Jan Kozák
Mgr.et Mgr. Elizabeth Nováková
Mgr. Benjamin Petruželka, PhD.

Respondenti projektu:
Mgr. Nikola Gažová
Mgr. Luděk Kalousek
Mgr. Gabriela Rolová, PhD.
David Valouch

Expertní panel projektu:
MUDr. David Adameček
MUDr. Pavel Bém (do 31.12.2022)
Bc. Tomáš Brejcha
MUDr. Jiří Dolák
MUDr. Jiří Dvořáček
Ing. Mgr. Aleš Herzog
PhDr. et Mgr. Dagmar Krutilová
PhDr. Jiří Libra (do 31.12.2022)
MUDr. Jakub Minařík (od 1.1.2024)
Mgr.PharmDr. Zbyněk Oktábec, Ph.D.
MUDr. Olga Pecinovská
MUDr. Petr Popov MHA (od. 1.1.2024)
PaedDr. Martina Richterová – Těmínová
Mgr. et Mgr. Nora Staňková, Ph.D.
Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D. (do 31.12.2023)

Celkovou editorskou činnost celého souboru DP jeho úvodní a závěrečnou vnitřní revizi provedl vedoucí týmu Petr Hrouzek.

Rešerše v úvodní fázi projektu zpracovali Elizabeth Nováková, Miroslav Barták, Jan Kozák a Benjamin Petruželka.

Autory návrhových znění jednotlivých DP, zapracování připomínek a finálního znění jsou (řazeno dle struktury DP).

Úvod do DP a procesní schémata: Petr Hrouzek, Elizabeth Nováková

DP pro diagnostiku: Lenka Šťastná ve spolupráci s Petrem Hrouzkem.
DP pro metody harm reduction a risk reduction: Elizabeth Nováková a Renáta Habiňáková. Metody pro harm reduction v prostředí zábavy zpracovala Nikola Gažová.
DP pro psychoterapii: Elizabeth Nováková ve spolupráci s Kamilem Kalinou a Petrem Hrouzkem.
DP pro psychosociální metody: Renáta Habiňáková ve spolupráci s Petrem Hrouzkem.

DP pro farmakoterapii: Jiří Dvořáček ve spolupráci se Zbyňkem Oktábcem a Jakubem Minaříkem, Zuzana Postránecká (Psychedeliky asistovaná terapie), Tomáš Páleníček (Psychedeliky asistovaná terapie), Viktor Mravčík (Psychedeliky asistovaná terapie).
DP pro následné intervence a rehabilitaci: Jan Kozák (prevence relapsu), Luděk Kalousek, Jan Kozák (Rehabilitace v oblasti práce a vzdělávání), David Valouch, Jan Kozák (Rehabilitace v oblasti bydlení) ve spolupráci Petrem Hrouzkem.
DP pro děti a dospívající vytvořil: Tomáš Jandáč ve spolupráci s Petrem Hrouzkem.
DP pro starší dospělé: Renáta Habiňáková a Elizabeth Nováková.
DP pro těhotné ženy: Elizabeth Nováková a Renáta Habiňáková.
DP pro osoby omezené na svobodě: Elizabeth Nováková a Renáta Habiňáková.
DP pro osoby s duálními poruchami: Jan Kozák.
DP pro včasnou diagnostiku v souvisejících oborech: Lenka Šťastná.
DP pro zapojování lidí se zkušeností do systému péče: Unie lidí se zkušeností se závislostí, Jan Šulc (editor), Zuzana Nott (editorka),

Souhrnnou výzkumnou zprávu projektu vytvořili Elizabeth Nováková, Petr Hrouzek, Renáta Habiňáková a Lenka Šťastná.

Aplikační příručku vytvořil Petr Hrouzek ve spolupráci s Elizabeth Novákovou.

Kontrolu třídění zdrojů dle síly důkazu provedla Gabriela Rolová.

Další informace o projektu:

Zpracování finální sady Doporučených postupů předcházela řada kroků. V souladu s projektovým zadáním, které jako první výsledek stanovilo přehled existujících zahraničních doporučených postupů v adiktologii, byla v počáteční fázi zpracovaná rešerše existujících mezinárodních i tuzemských doporučených postupů, které byly následně hodnoceny pomocí nástroje AGREE II a kategorizovány dle ICD-10 opět v souladu s projektovým zadáním (V1), které jako druhý požadovaný výsledek stanovilo přehled účinností dílčích intervencí v oblasti adiktologie (V2).
Tento soubor zdrojů byl doplněn o materiály doporučené experty. Výsledek této fáze byl představen během kontrolního dne, kde byly také diskutovány rizika a limity a došlo ke konsensu dalšího směřování práce. V následujícím období byla navržena struktura doporučeného postupu a obsah jednotlivých oblastí projektového zadání (podkapitoly).

Navrhovaná struktura postupu a obsah jednotlivých oblastí projektového zadání byly diskutovány během kontrolních dnů se zástupci konečného uživatele a experty konečného uživatele a průběžně s panelem expertů projektu. Pro vytvoření samotných postupů v souladu s projektovým zadáním (V3-V11) byla využita baterie zdrojů identifikovaných v první fázi projektu v kombinaci s dalšími zdroji. Všechny návrhové verze byly diskutovány v rámci týmu, který se pravidelně setkával během porad, s expertním panelem projektu a během kontrolních dnů se zástupci TAČR a Úřadu vlády pro koordinaci politiky v oblasti závislostí. Návrhové verze byly rovněž zaslány k připomínkovacímu řízení klíčovým organizacím v oboru.

V závěrečné fázi projektu bylo v souladu s projektovým zadáním vytvořeno modelové využití definovaných doporučených klinických postupů v adiktologii (V12) v podobě Aplikační příručky k Doporučeným klinickým postupům v adiktologii a tato souhrnná závěrečná zpráva.

Program veřejných zakázek v aplikovaném výzkumu a inovacích pro potřeby státní správy BETA2 byl schválen usnesením vlády České republiky č. 278 ze dne 30. 3. 2016 a je zaměřen na podporu aplikovaného výzkumu a inovací pro potřeby orgánů státní správy. Poskytovatelem finančních prostředků je Technologická agentura ČR.

BOX IX
ADIKTOLOGIE U TĚHOTNÝCH ŽEN

Účelem této části Doporučených postupů je předložit poskytovatelům adiktologické péče informace založené na důkazech, které jim mohou být vodítkem při identifikaci a řešení problému užívání návykových látek a poruch způsobených užíváním návykových látek u těhotných žen.

1. Specifika cílové skupiny

Mnoho těhotných žen se závislostním chováním či poruchami způsobenými užíváním návykových látek může cítit stud, obavy a cítit se provinile kvůli tomu, co často považují za svou neschopnost kontrolovat své chování spojené s užíváním návykových látek. Kromě toho existuje jen málo adiktologických služeb, které by zohledňovaly genderové hledisko, což dále omezuje přístup k péči i pro ženy, které jsou připraveny se do péče a podpůrných služeb zapojit (WHO a UNODC, 2020).
Některé klientky nemusí vědět, že jsou těhotné, protože amenorea je běžná u uživatelek opiátů a v případě abstinence mohou abstinenční příznaky napodobovat projevy časného těhotenství. U všech žen, které mohou být těhotné a které v nedávné době uvedly, že užívaly návykové látky zvažte doporučení provedení těhotenského testu (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017, Independent Expert Working Group, 2017).
Programy péče pro těhotné ženy užívající návykové látky by měly využívat přístupy založené na důkazech. Těhotné ženy mohou podstoupit adiktologickou péči v ambulantních, ústavních nebo rezidenčních zařízeních. Péče může zahrnovat psychosociální intervence a farmakoterapii v závislosti na typu užívaných látek a závažnosti nebo složitosti problémů (WHO a UNODC, 2020).

2. Obecné zásady

Zásady práce s těhotnými klientkami dle WHO (2014):

- **Prevence jako priorita.** Předcházení, omezování a eliminace užívání návykových látek během těhotenství a poporodního období je zásadním prvkem optimalizace zdravotního stavu a osobní pohody žen i jejich dětí.
- **Zajištění přístupu k preventivní a léčebné péči.**Všechny těhotné ženy a jejich rodiny potýkající se s poruchami způsobenými užíváním návykových látek by měly mít přístup k finančně dostupným preventivním a léčebným službám a intervencím poskytovaným se zvláštním zřetelem k zachování mlčenlivosti o důvěrných informacích a dodržování národní legislativy a mezinárodních norem týkajících se dodržování lidských práv. Ženám by neměl být odepřen přístup k zdravotní péči kvůli tomu, že užívají návykové látky.
- **Respektování svébytnosti klientky.**Vždy by měla být respektována svébytnost těhotné nebo kojící klientky a je nutné ji při rozhodování o zdravotní péči detailně informovat o rizicích a pozitivech, které pro ni a její nenarozené dítě mohou vyplývat z dostupných terapeutických možností.

- **Poskytování komplexní péče.**Služby poskytované těhotným a kojícím ženám s poruchami způsobenými užíváním návykových látek by šíří svého záběru měly odpovídat komplexní a mnohovrstevné povaze poruch souvisejících s užíváním návykových látek a jejich příčin.
- **Ochrana proti diskriminaci a stigmatizaci.**Preventivní a léčebné intervence by měly být těhotným a kojícím ženám poskytovány způsobem, který vyloučí jejich stigmatizaci, diskriminaci a marginalizaci a bude přispívat k vytváření rodinného, komunitního přístupu a sociální zázemí pro tyto ženy, jakož i k jejich sociálnímu začleňování na základě budování kontaktů s dostupnými službami v oblasti péče o děti, pracovních příležitostí, vzdělávání, bydlení apod.

3. Doporučené intervence

3.1 Screening a krátká intervence

Vzhledem k tomu, že užívání více návykových látek je běžné, může být klientce předán validovaný nástroj pro screening užívání dalších návykových látek, který si může sama vyplnit a zkontrolovat pracovníkem. Tento screening by měl být prováděn vhodným a terapeutickým způsobem. Aby se zajistilo, že informace budou shromážděny a účinně řešeny, může být screening součástí formálního protokolu screeningu, krátké intervence a předání k odborné péči (SBIRT) (Viz Doporučené postupy pro diagnostiku a psychosociální metody).

Indikace a kontraindikace: WHO (2014) doporučuje, aby se pracovníci ptali **všech** těhotných žen na užívání alkoholu a jiných látek (tj. na minulost, současnost, předepsané, legální a nelegální užívání) co nejdříve v těhotenství a při každé následné návštěvě. Dále je doporučeno se ptát, zda některá z jejich těhotných klientek v současné době užívá (nebo v nedávné době užívala) metadon, buprenorfin nebo jiné dlouhodobě působící opioidy.

3.2 Motivační rozhovory

Klientka může být motivována k péči nejen z obavy o zdraví plodu, ale také proto, že si během těhotenství dokáže představit jinou budoucnost pro sebe a své dítě. Pokud jsou klientky motivovány ke změně, ať už proto, aby dosáhly pozitivního výsledku, nebo proto, aby se vyhnuly negativnímu výsledku, mohou být při přerušení užívání návykových látek úspěšnější, pokud se řeší všechny návykové látky, které užívají, najednou, ať už jde o alkohol, tabák nebo nelegální návykové látky včetně opioidů. Těhotné ženy a ženy po porodu užívající návykové látky by měly být povzbuzovány, aby se snažily kombinací farmakoterapie a behaviorálních intervencí dosáhnout cíle ukončit užívání návykových látek. Je však důležité si uvědomit, že okamžité a současné vysazení všech látek (např. alkoholu, benzodiazepinů, opioidů) nemusí být proveditelné nebo dokonce bezpečné, zejména během těhotenství kvůli dalšímu riziku pro vyvíjející se plod, který může rovněž procházet abstinenčními příznaky bez kontroly. Odvykání od jedné nebo více látek může vyžadovat ústavní péči.

Univerzálnost konceptu motivační intervence umožňuje široké uplatnění a nabízí velký potenciál pro oslovení různých klientů s mnoha typy problémů a v mnoha prostředích, proto u těhotných klientek postupujte dle Doporučeného postupu v BOXU IV (motivační rozhovory).

3.3 Individuální poradenství

Těhotným ženám poskytněte poradenství a vzdělávání o zdravotních a sociálních důsledcích zahrnující celkovou výživu, rizika anémie, konzumace alkoholu a nikotinu, ústní hygienu a komplikace způsobené chronickou infekcí v souvislosti s injekčním užíváním, farmakoterapii, následky pokračujícího užívání legálních a nelegálních látek v těhotenství a odvykání od opioidů v těhotenství s rizikem relapsu.
Sociální podpora zahrnuje pomoc s bydlením, kvalifikační kurzy, aktivity zaměřené na rozvíjení rodičovských dovedností, nácvik tzv. životních dovedností, právní poradenství, domácí návštěvy a kontaktní práci.
U individuálního poradenství postupujte dle Doporučeného postupu v BOXU IV.

3.4 Harm Reduction

Těhotenství je často považováno jako příležitost k podpoře žen při zlepšování jejich zdraví, včetně snahy o snížení nebo ukončení užívání návykových látek nebo zvýšení bezpečnějšího užívání návykových látek. Přístupy harm reduction jsou pragmatickou reakcí na řešení užívání návykových látek. Uznávají, že užívání návykových látek je pouze jedním z mnoha faktorů, které utvářejí zdravé těhotenství, a že snížení nebo ukončení užívání návykových látek kdykoli během těhotenství může mít pozitivní účinky na zdraví žen a plodu.
Těhotné klientky a rodiče, kteří užívají návykové látky, čelí obrovskému stigmatu a odsuzování při vyhledávání zdravotní péče. Tyto negativní zkušenosti mohou klienty izolovat a odradit od dalšího kontaktu se zdravotními a sociálními službami. Vyhněte se proto stigmatizujícímu jazyku.
Abstinence od všech návykových látek je během těhotenství a kojení nejbezpečnější volbou. Je však důležité si uvědomit, že všichni abstinovat nezvládnou, nebo nechtějí.

4. Popis doporučené praxe

4.1 Screening a příjem do péče

a. Ptejte se všech těhotných žen na jejich užívání alkoholu a jiných návykových látek (v minulosti i v současnosti) co nejdříve a také při každé předporodní návštěvě (WHO, 2014).

Některé klientky nemusí vědět, že jsou těhotné, protože nepřítomnost menstruace je např. u uživatelek opiátů běžná a v případě odvykání mohou abstinenční příznaky napodobovat příznaky časného těhotenství, proto zvažte doporučení k provedení těhotenského testu. Přistupujte citlivě k nabádání k tomuto testu u všech žen, protože nebude vhodný ve všech případech, například u žen, u nichž byla diagnostikována neplodnost, u některých transsexuálních žen, které nemohou být těhotné, a u žen, které uvedly, že to není možné, protože v poslední době neměly žádnou relevantní

sexuální aktivitu. Některé ženy mohou vědět nebo mít podezření, že jsou těhotné, ale nemusely se zapojit do předporodní péče, a tak jejich stadium těhotenství může být neznámé (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017, Independent Expert Working Group, 2017).
Obecně platí, že všechny ženy v plodném věku, které vstupují do adiktologických služeb, by měly být vyšetřeny na přítomnost těhotenství. To může zahrnovat odebrání anamnézy a vyšetření moči. Po screeningu posuzujte tři faktory: akutní zdravotní stavy vyžadující naléhavou lékařskou pomoc; riziko odvykání a potřeba zvládnutí odvykacího stavu a/nebo detoxikace; a riziko poškození zdraví u sebe a/nebo ostatních. Jeden nebo více z těchto tří faktorů může naznačovat potřebu předání těhotné ženy do specializované lékařské služby za účelem zvládnutí rizik, přinejmenším dočasně, než bude přijata do specializované adiktologické péče.
Při dotazování na užívání návykových látek kombinujte rozhovor se standardizovanými hodnotícími nástroji. Zjišťujte obraz klientčina závislostního chování nebo užívání návykových látek, souběžně se vyskytující onemocnění či poruchy, fyzické a psychické fungování a výsledky předchozích intervencí. Pro screening lze využít například nástroj SBIRT (SAHMSA, 2018).
Ptejte se také na užívání nikotinu a tabákových výrobků. Existují důkazy, že kouření žen v těhotenství může zvyšovat náchylnost k syndromu náhlého úmrtí u novorozenců. Programy odvykání kouření v těhotenství snižují počet kuřaček a výskyt nízké porodní hmotnosti a předčasného porodu, a proto se doporučují pro všechny těhotné ženy (Bhat et al., 2015 In Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017, Independent Expert Working Group, 2017). Existují určité důkazy, že contingency management (pobídková terapie) může být užitečným přístupem při omezování kouření v těhotenství (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017, Independent Expert Working Group, 2017).

b. Nabídněte krátkou intervenci (WHO, 2014).

Jako první krok při navazování vztahu mezi klientkou a poskytovatelem služby zvažte potřeby těhotné ženy a to, jak se shodují se službami, které program nabízí. Je důležité mít písemné zásady týkající se screeningu a přijímacích postupů pro těhotné ženy s poruchami způsobenými užíváním návykových látek (a komorbidními stavy) (WHO a UNODC, 2020).
Proveďte s těhotnou ženou, která žádá o prenatální péči a pomoc s poruchou užívání návykových látek pečlivý, empatický a neodsuzující rozhovor, při kterém jí dejte najevo, že všem novým klientům jsou kladeny stejné otázky týkající se užívání návykových látek. U krátké intervence postupujte dle doporučení v BOXU IV - 1.

c. Laboratorní testy

Ženy užívající návykové látky injekčně jsou ve vysokém riziku infekcí spojených se sdílením stříkaček a sexuálně přenosných infekcí. Proveďte poradenství a testování na HIV, a doporučte testování na hepatitidu B a C a testy na jaterní enzymy. Očkování na hepatitidu A a B je doporučeno při negativních sérologických hodnotách (ASAM, 2020).

4.2 Psychosociální intervence v těhotenství

a. Nabídněte komplexní posouzení a individualizovanou péči.

V rámci komplexního posouzení zahrňte posouzení vzorců užívání návykových látek, lékařské a psychiatrické komorbidity, rodinného kontextu a sociálních problémů. V rámci individuálního plánování péče vyberte vhodné psychosociální a farmakologické intervence na základě komplexního posouzení.

Těhotná žena s poruchami způsobenými užíváním návykových látek by měla při nástupu do programu podstoupit klinické posouzení, jehož cílem je podrobně prozkoumat příslušné aspekty životních okolností pro účely stanovení diagnózy, vhodného zařazení do péče a vypracování vhodných plánů a cílů péče. Primárním účelem posouzení je zhodnotit aktuální životní okolnosti a shromáždit informace o fyzickém a duševním zdraví, užívání návykových látek, podpůrných vztazích a sociální situaci. To má zásadní význam pro vypracování plánu péče, který by vyhovoval silným stránkám a potřebám těhotné ženy. Informace, které jsou specifické pro těhotenství, jako je datum porodu, průběh těhotenství a porodní plány, jsou rovněž důležité. V ideálním případě by hodnocení mělo využívat více zdrojů informací k získání kompletní anamnézy. Počáteční zhodnocení je vhodné rozvinout do kontinuálního procesu a stanovit plány na provádění pravidelných hodnocení a přezkumů v průběhu péče. Vzhledem k tomu, že těhotná žena prochází řadou změn na fyzické, psychologické i sociální rovině, je zásadní posoudit a přezkoumávat zdravotní stav ženy v průběhu péče a přizpůsobovat plány péče tak, aby odrážely aktuální potřeby (WHO a UNODC, 2020).

Na základě zhodnocení zpracujte individuální plán péče s přihlédnutím k přáním ženy a s jejím plným zapojením do plánování a stanovení cílů. Plán péče pravidelně revidujte zejména s ohledem na rychlé změny, ke kterým dochází v průběhu těhotenství a po porodu. Těhotná žena s poruchou způsobenou užíváním návykových látek by neměla být vnímána jako pasivní příjemce informací, ale jako aktivní účastník v procesu péče. Žena by se měla aktivně podílet na rozhodnutích, která se týkají nejen jí, ale také plodu. Individuální plán péče by měl zahrnovat spolupráci s porodníky a gynekology (WHO a UNODC, 2020).

Mezi témata, která je třeba se ženou prodiskutovat a přezkoumat v průběhu těhotenství, patří celková výživa, riziko anémie, konzumace alkoholu a nikotinu, hygiena dutiny ústní a komplikace způsobené chronickou infekcí související s injekční aplikací návykových látek. Všechny tyto faktory přispívají ke zvýšenému výskytu porodních komplikací a předčasných porodů. Je také vhodné zvážit socioekonomické faktory a rizika domácího násilí a zneužívání. Specifické protokoly a postupy pro předávání klientů by měly být zavedeny, aby se podpořilo zapojení žen do služeb zabývajících se násilím v partnerských vztazích. U žen užívajících návykové látky existuje vysoké riziko předporodních a poporodních duševních problémů, na to je vhodné při plánování péče myslet (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017, Independent Expert Working Group, 2017).

4.3 Detoxifikační programy nebo programy péče o těhotné ženy s poruchami způsobenými užíváním návykových látek

a. Při nejbližší příležitosti doporučte těhotným ženám s poruchami způsobenými užíváním návykových látek, aby přestaly užívat návykové látky a nabídněte detoxifikační služby pod lékařským dohledem nebo na ně odkažte, pokud je to nutné a vhodné (WHO, 2014).

Těhotným ženám s poruchami způsobenými užíváním návykových látek, které souhlasí s podstoupením detoxifikace nabídněte podporované odvykání od užívání návykových látek ve zdravotnickém zařízení, pokud je to lékařsky indikováno; stejná pozornost by měla být věnována zdraví ženy a plodu a péče by měla být odpovídajícím způsobem upravená.

b. Těhotné ženy s poruchami způsobenými užíváním opioidů povzbuzujte, aby využívaly udržovací léčbu opioidy[1], kdykoli je to možné spíše, než aby se pokoušely o detoxifikaci od opioidů (WHO, 2014; Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017, Independent Expert Working Group, 2017; ASAM, 2020).

Substituční preskripce má výhodu, že umožňuje zapojení, a tedy identifikaci zdravotních a sociálních potřeb, a také nabízí možnost krátkých intervencí a poradenství ke zlepšení výsledků (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017, Independent Expert Working Group, 2017).

Klientky, které otěhotní, mohou vyžadovat detoxifikaci, ačkoli během prvního trimestru by klientka měla být obvykle stabilizována, protože existuje zvýšené riziko spontánního potratu. Detoxifikace ve druhém trimestru může být prováděna v malých častých redukcích – například 2-3 mg metadonu každých 3-5 dní, pokud nepokračuje užívání nelegálních opiátů. Pokud užívání nelegálních opiátů pokračuje, je třeba vyvinout intenzivní úsilí o stabilizaci klientky na předepsaný opioid, což může zahrnovat zvýšení jeho dávky. Další detoxifikace by se obecně neměla provádět ve třetím trimestru, protože existují důkazy o tom, že mateřské abstinenční příznaky, i když jsou mírné, jsou spojeny se stresem plodu, fetálním distresem, a dokonce i porodem mrtvého plodu. U některých však může pomalé, pečlivě monitorované snižování bezpečně pokračovat tak dlouho, pokud nedojde ke zdravotním komplikacím v souvislosti s těhotenstvím nebo obnovení zneužívání nelegálních návykových látek. Metabolismus metadonu je ve třetím trimestru těhotenství zvýšený

[1] Neexistuje dostatečný výzkum o bezpečnosti a účinnosti naltrexonu během těhotenství. Pokud žena otěhotní v době, kdy dostává naltrexon, může být vhodné přejít na metadon nebo buprenorfin, nebo léčbu přerušit, pokud se klientka a lékař shodnou, že riziko relapsu je nízké. Rozhodnutí zůstat na naltrexonu během těhotenství by mělo být pečlivě zváženo klientkou a jejím lékařem. Pokud se klientka rozhodne přerušit léčbu naltrexonem a hrozí u ní riziko relapsu, měla by být zahájena léčba metadonem nebo buprenorfinem (ASAM, 2020). Naloxon by měl být používán v případě předávkování ženy, aby byl zachráněn život ženy, a může být použit v kombinovaném přípravku buprenorfin/naloxon pro léčbu poruchy způsobené užíváním opioidů, protože naloxon se vstřebává minimálně, pokud je užíván podle předpisu (ASAM, 2020).

a příležitostně může dojít k nutnosti zvýšit dávku nebo ji rozdělit z užívání jednou denně na užívání dvakrát denně, nebo obojí (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017, Independent Expert Working Group, 2017).

Výzkumné poznatky neprokazují žádný rozdíl v nežádoucích účincích mezi metadonem a buprenorfinem[2], přičemž oba nemají žádné nežádoucí účinky na těhotenství nebo novorozence, přičemž výskyt NAS je podobný jak u expozice metadonu, tak buprenorfinu (Blandthorn, Forster & Love 2011, Jones et al 2010 In Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017, Independent Expert Working Group, 2017). Existují však určité důkazy, že užívání buprenorfinu[3] má za následek NAS[4] nižší závažnosti. Proto je u těhotné ženy, která je informována o rizicích, vhodné umožnit jí zůstat na metadonu nebo buprenorfinu. Převedení na buprenorfin během těhotenství se nedoporučuje z důvodu rizika precipitovaného vysazení a rizika vyvolání odvykacího stavu u plodu. Pokud je detoxifikace neúspěšná a klientka užívá návykové látky v kterékoli fázi těhotenství nekontrolovaným způsobem, je třeba redukci ukončit nebo dávku substituce zvyšovat, dokud se opět nezíská stabilita. Pokud jde o naltrexon v těhotenství, výrobce doporučuje, aby se používal pouze pokud přínos převažuje nad rizikem (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017, Independent Expert Working Group, 2017).

Komplikace u žen užívajících opioidy v těhotenství mohou zahrnovat komplikace včetně preeklampsie, potratů, předčasného porodu, omezení růstu a úmrtí plodu. Je obtížné stanovit, do jaké míry jsou tyto problémy způsobeny užíváním opioidů, abstinenčními příznaky nebo souběžným užíváním jiných návykových látek (ASAM, 2020).

c. Těhotné ženy s poruchami způsobenými užíváním benzodiazepinů by měly podstoupit postupné snižování dávek, a to za použití dlouhodobě působících benzodiazepinů (WHO, 2014).

Ženy s poruchami způsobenými užíváním benzodiazepinů by měly být stabilizovány na diazepamu a pokud je dávka tolerována, aniž by došlo k obnovení nelegálního užívání, snížit dávku. Ženě, která je udržována na metadonu nebo buprenorfinu, by měla být její dávka udržována během redukce benzodiazepinů (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017, Independent Expert Working Group, 2017).

[2] Ve studii Burns et al. (2007 In ASAM, 2020) děti narozené ženám léčeným buprenorfinem měly kratší dobu hospitalizace (10 vs. 17,5 dne), měly kratší dobu léčby abstinenčního syndromu (4,1 vs. 9,9 dne), a vyžadovaly nižší kumulativní dávku morfinu (1,1 vs.10,4 mg) ve srovnání s dětmi narozenými ženám na metadonu. V této studii však ženy léčené buprenorfinem častěji vysadily léčbu ve srovnání s ženami léčenými metadonem. Je třeba dalších studií pro srovnání bezpečnosti a účinnosti buprenorfinu oproti metadonu v této cílové populaci (ASAM, 2020).

[3] Kombinace buprenorfinu/naloxonu je bezpečná a účinná. Naloxon je při užívání podle předpisu vstřebáván minimálně (ASAM, 2020).

[4] Novorozenecký abstinenční syndrom.

d. Těhotným ženám, u kterých se objeví abstinenční příznaky po vysazení alkoholu, by měly být krátkodobě podávány dlouhodobě působící benzodiazepiny (WHO, 2014).

Těhotné ženy by neměly pít alkohol vůbec. Pokud ženy pijí alkohol v nebezpečných a škodlivých dávkách, mají vysokou míru komorbidit a sociálních problémů a novorozenci jsou ohroženi fetálním alkoholovým syndromem. Může však existovat významné riziko souvisejících problémů (jako je například porucha fetálního alkoholového spektra) i při nižších konzumovaných dávkách. Těhotným ženám užívajícím alkohol by měla být nabídnuta minimálně krátká intervence, případně řádná intervence s cílem zcela přestat nebo na velmi nízkou míru snížit užívání alkoholu (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017, Independent Expert Working Group, 2017).

Existují důkazy, že ženy užívající metadon během těhotenství také běžně pijí nadměrné množství alkoholu (McGlone et al., 2014 In (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017, Independent Expert Working Group, 2017). Dlouhodobě působící benzodiazepiny, jako je diazepam, by měly být v případě potřeby použity k detoxikaci od alkoholu (WHO, 2014). Léky pro prevenci relapsu nebyly u těhotných žen prokázány jako bezpečné (WHO, 2014).

4.4 Farmakologická intervence při odvykacím stavu po alkoholu obvykle zahrnuje také podávání thiaminu (WHO, 2014).

e. Při managementu odvykání od stimulancií, psychofarmakologické preparáty mohou být užitečné pro vypořádání se s psychiatrickými symptomy, ale nejsou rutinně vyžadovány (WHO, 2014).

Ženám užívající kokain, jiné stimulanty (např. metamfetamin) nebo konopí v průběhu těhotenství doporučte, aby úplně přestaly, protože neexistuje žádná bezpečná substituce, která by užívané návykové látky mohla nahradit (WHO, 2014). Klientkám nabídněte psychologickou pomoc, psychoterapii a rodinnou terapii (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017, Independent Expert Working Group, 2017).

4.5 Farmakologická intervence poruch způsobených užíváním návykových látek v těhotenství (udržovací a prevence relapsu)

a. Farmakoterapii nedoporučujte jako běžnou intervenci při poruchách způsobených užíváním stimulancií amfetaminového typu, konopí a kokainu nebo těkavých látek u těhotných klientek.
b. Vzhledem k tomu, že bezpečnost a účinnost léků pro prevenci relapsu užívání alkoholu v těhotenství nebyly stanoveny proveďte individuální analýzu rizik a přínosů pro každou ženu.
c. Těhotným klientkám s poruchami způsobenými užíváním opioidů doporučte pokračovat v udržovací léčbě opioidy nebo ji doporučte zahájit substituci buď metadonem, nebo buprenorfinem (WHO, 2014).

Farmakologické intervence jsou pro ženy s poruchou způsobenou užíváním opioidů obzvláště důležitá, pokud je medikace nezbytnou součástí péče. Ženě užívající opioidy by neměla být odepřena

intervence pomocí preparátů obsahujících agonisty opioidů z důvodu jejího těhotenství. Opioidní farmakologická intervence by měla být vybírána individuálně s přihlédnutím k charakteristikám klientky. Předepisování metadonu nebo buprenorfinu jsou účinnými možnostmi péče s příznivým poměrem rizika a účinku. Výzkumné poznatky ukazují, že expozice buprenorfinu v děloze způsobuje méně závažný novorozenecký abstinenční syndrom než metadon. Syndrom novorozeneckého abstinenčního syndromu je však lehce identifikovatelný a léčitelný stav. Je to jen jeden z aspektů úplného rozhodnutí o poměru rizika a prospěchu, který musí těhotná žena a její lékař při rozhodování o medikaci zvážit (WHO a UNODC, 2020). Dávka léků by měla být během těhotenství pravidelně přehodnocována za účelem její úpravy, obvykle směrem nahoru. Cílem je udržet terapeutické plazmatické hladiny léků a tím minimalizovat riziko rozvoje syndromu z odnětí opioidů, cravingu a snížení nebo vyloučení užívání návykových látek (WHO a UNODC, 2020).

Pokud žena otěhotní během užívání metadonu nebo buprenorfinu, měla by intervence pokračovat stejnými léky, zejména pokud je odpověď na intervenci dobrá. Vysazení opioidních agonistů během těhotenství se nedoporučuje. Vysazení je spojeno s vysokou mírou přerušení péče a relapsu spolu s doprovodným rizikem pro ženu a plod. Vysazení opioidů navíc zvyšuje riziko potratu (WHO a UNODC, 2020).

Neexistují dostatečné důkazy pro podporu farmakologické intervence během těhotenství za účelem zvládnutí závislosti na stimulanciích amfetaminového typu, konopí, kokainu nebo na těkavých látkách. Nicméně, farmakologickou intervenci lze podle potřeby použít k léčbě komorbidních zdravotních stavů. Psychofarmakologické intervence mohou být užitečné také při léčbě příznaků psychiatrických poruch (WHO a UNODC, 2020).

4.6 Kojení u žen s poruchami způsobenými užíváním alkoholu a/nebo jiných návykových látkek

a. Ženy s poruchami způsobenými užíváním návykových látek podporujte, aby kojily, pokud rizika jasně nepřevažují nad přínosy.
b. Kojící ženy s poruchami užívání návykových látek podporujte, aby je přestaly užívat.; nicméně, užívání návykových látek nemusí být nutně kontraindikací pro kojení.
c. Kontakt kůže na kůži je důležitý pro rozvoj základní vazby bez ohledu na způsob podání výživy a musí být aktivně podporován u žen, které jsou schopny reagovat na potřeby svého dítěte.
d. Ženy, které jsou stabilní na udržovací intervenci při poruše způsobené užíváním opioidů metadonem nebo buprenorfinem podporujte v kojení, pokud rizika jasně nepřevažují nad přínosy (WHO, 2014).
e. Specializované poradenství je třeba vyhledat, pokud je žena pozitivní na HIV. Hepatitida C není kontraindikací ke kojení (HIS, 2013 In Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017, Independent Expert Working Group, 2017).

f. Užívání metadonu či buprenorphinu nejsou kontraindikací ke kojení a kojení může snižovat trvání a intenzitu abstinenčního syndromu u novorozenců (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017, Independent Expert Working Group, 2017).

4.7 Management kojenců vystavených alkoholu a opioidům

a. Zdravotní služby poskytující porodnickou péči by měla mít vytvořené postupy pro identifikaci, hodnocení, monitorování a intervence s použitím nefarmakologických a farmakologických prostředků u novorozenců prenatálně vystavených působení opioidů.
b. Opioid by měl být použit jako počáteční léčba u dítěte s novorozeneckým syndromem z vysazení opioidů, pokud je to nutné.
c. Pokud má kojenec příznaky novorozeneckého abstinenčního syndromu v důsledku odvykání od sedativ nebo alkoholu, nebo látky, které dítě bylo vystaveno, není známá, pak může být fenobarbital vhodnější počáteční intervencí.
d. Všechny děti narozené ženám s poruchami způsobenými užíváním alkoholu by měly být vyšetřeny na příznaky fetálního alkoholového syndromu (WHO, 2014).

5. Péče v průběhu těhotenství

5.1 Porodní péče

Úlevě od bolesti je třeba věnovat zvláštní pozornost, zejména proto, že plné opioidní agonisty, jako je diamorfin a metadon, nebo částečné agonisty, jako je např. buprenorfin, rozhodují o volbě analgezie. Proto by měl být uplatňován nízký práh při zvažování použití epidurální anestezie, jasné pokyny týkající se účinků částečných vs. plných agonistů by měly být vysvětleny jak těhotné ženě, tak předporodním službám, a mělo by být dopředu plánováno, jak bude porod řízen. Rizika, která je třeba zohlednit u těhotných žen užívajících návykové látky, jsou placentární insuficience, což může vést ke zvýšenému riziku vzniku intrapartální hypoxie, k distresu plodu a zbarvení mekonia (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017, Independent Expert Working Group, 2017).

5.2 Časná péče

Pro těhotné ženy je třeba zajistit přístup ke kvalifikované neonatologické a pediatrické péči. Příznaky odvykání od opioidů jsou neurčité a mnohočetné a obvykle se objevují za 24-72 hodin po porodu. Zahrnují spektrum příznaků, jako je vysoký pláč, rychlé dýchání, hladové, ale neúčinné sání a nadměrná bdělost. Na druhé straně spektra jsou příznaky hypertonicity a křeče, které však nejsou tak běžné. Odvykací stavy u novorozence mohou být oddáleny až o 7-10 dní, pokud žena užívá metadon společně s benzodiazepiny. Užívání benzodiazepinů také způsobuje delší trvání příznaků u novorozence, včetně respiračních problémů a respirační deprese (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017, Independent Expert Working Group, 2017).

5.3 Poporodní management

Ženám po porodu by měla být nabídnuta kontinuální podpora, která může zahrnovat poradenství v oblasti rodičovství a nácvik dovedností, intervence v oblasti duševního zdraví a poradenství, s cílem udržet v ideálním případě ženu s dítětem v péči. Kojení by mělo být podporováno i v případě, že žena nadále užívá návykové látky s výjimkou užívání kokainu (a crack kokainu) nebo velmi vysokých dávek benzodiazepinů. Období po porodu může být pro ženu obzvlášť náročné a představuje období s vyšší možností relapsu (SAHMSA, 2018; ASAM, 2020). Je vhodné provádět screening na poporodní depresi a evaluovat pravidelně potřeby ženy v psychosociální oblasti (ASAM, 2020).

6. Očekávaný výsledek/ přínos

- Abstinence nebo omezení užívání návykových látek.
- Prevence nežádoucích účinků užívání návykových látek a odvykacího stavu.
- Setrvání v péči, což může usnadnit také prevenci, diagnostiku a léčbu dalších onemocnění.
- Omezení rizikového chování, jako je injekční užívání návykových látek a používání nebo opakované používání nesterilního vybavení a sdílení injekčního vybavení a omezení souvisejících komplikací, jako jsou infekce a předávkování.
- Zlepšení kvality života a dalších sociálních podmínek, jako je zaměstnání, stabilní bydlení a riziko odnětí svobody (Ramsey et al., 2021).

Důkazy účinnosti

Uplatnění motivačních rozhovorů bylo úspěšně ověřeno jako samostatná nebo doplňková intervence u specifických skupin jako jsou těhotné ženy, které užívají alkohol nebo jiné psychoaktivní látky (SAMSHA, 2021).

Ukázalo se, že psychosociální intervence a medikace jsou účinné při nezdravém užívání alkoholu v běžné populaci. Není jasné, zda je tato péče účinná u těhotných žen, které uvádějí užívání alkoholu během těhotenství. Ve studii, (Minozzi et al., 2024) bylo zahrnuto osm studií (n=1369) u těhotných žen, které uvedly užívání alkoholu během těhotenství. Ve dvou studiích bylo téměř u poloviny účastnic uvedeno současné nebo předchozí užívání alkoholu. Většina studií (75 %) se uskutečnila v USA. Jednalo se o krátkou intervenci v délce od 10 do 60 minut, která byla většinou prováděna v rámci jednoho sezení nebo několika sezení (do pěti). Skupina, která dostávala krátkou intervenci, byla porovnávána se skupinou, která dostávala jiný typ péče (obvykle krátkou radu přestat). Těhotné ženy obdržely psychosociální intervenci přibližně v 15. týdnu těhotenství a užívání alkoholu bylo hodnoceno 8 až 24 týdnů po intervenci. Z výsledků vyplývá, že krátké intervence mohou zvýšit míru trvalé abstinence žen. Důkazy o vlivu krátké intervence na počet vypitých nápojů za den jsou nejisté. Závěrem bylo, že krátké intervence pravděpodobně vedou k malému nebo žádnému rozdílu v počtu žen, které terapeutický program dokončily.

Plánování aktivit, kontrakt, pobídky/úkoly, pomoc při řešení problémů, zpětná vazba na chování, sociální podpora (nespecifikovaná), informace o zdravotních důsledcích, posouzení aktuální připravenosti a schopnosti snížit nadměrnou spotřebu alkoholu, stanovení cílů (chování) a vhodné

přizpůsobení interakcí, kognitivně-behaviorální terapie jsou užitečné při snižování spotřeby alkoholu u těhotných žen (Fergie et al., 2019).
Z dosavadních poznatků vyplývá, že farmakoterapie doplněná o psychosociální intervence vykazuje lepší výsledky než farmakoterapie samotná (Amato et al., 2011 in WHO, 2014). Nenašli jsme žádnou studii, která by se zabývala účinky léků při škodlivém užívání alkoholu během těhotenství.
Bylo prokázáno, že přístupy harm reduction během těhotenství snižují užívání alkoholu, snižují náklady na zdravotní péči, zlepšují zapojení a setrvání v prenatálních službách a v intervencích při užívání návykových látek a zlepšují zdravotní výsledky rodičů a jejich dětí (Racine et al. 2009; Poole a Greaves 2007 in Ramsey et al., 2021).

I				II				III				IV				V			
a	**b**	**c**	d	a	b	c	d	a	**b**	c	d	e	a	b	c	**d**	**a**	b	c
1. **2.** **9.**	**4.** **5.** **7.** **8.**	**3.**							**10.**							**6.**			

1. Fergie, L., Campbell, K.A., Coleman-Haynes, T., Ussher, M., Cooper, S., Coleman T. (2019). Identifying Effective Behavior Change Techniques for Alcohol and Illicit Substance Use During Pregnancy: A Systematic Review. *Ann Behav Med.* 53(8):769-781. doi: 10.1093/abm/kay085. PMID: 30379989; PMCID: PMC6636888.
2. Minozzi, S., Ambrosi, L., Saulle, R., Uhm, S. S., Terplan, M., Sinclair, J. M., & Agabio, R. (2024). Psychosocial and medication interventions to stop or reduce alcohol consumption during pregnancy. *The Cochrane database of systematic reviews*, *4*(4), CD015042. https://doi.org/10.1002/14651858.CD015042.pub2
3. Osterman, R., Lewis, D., & Winhusen, T. (2017). Efficacy of motivational enhancement therapy to decrease alcohol and illicit-drug use in pregnant substance users reporting baseline alcohol use. *Journal of substance abuse treatment*, *77*, 150–155. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.02.003
4. American Society of Addiction Medicine (2020). National Practice Guideline for the Use of Medications in the Treatment of Addiction Involving Opioid Use. 2020 Focused update. Available at: https://www.asam.org/quality-care/clinical-guidelines/national-practice-guideline
5. Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group (2017) Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management. London: Department of Health.
6. National Harm Reduction Coalition (2022). Pregnancy and Substance Use: a Harm Reduction Toolkit. Updated version 2022.

7. Ramsey, K.S., Stancliff, S., Stevens, L.C., et al. (2021). Substance Use Disorder Treatment in Pregnant Adults [Internet]. Baltimore (MD): Johns Hopkins University; 2021 Jul. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572854/
8. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2018). Clinical Guidance for Treating Pregnant and Parenting Women With Opioid Use Disorder and Their Infants. HHS Publication No. (SMA) 18-5054.
9. World Health Organization (2014). Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. ISBN 978 92 4 154873 1.
10. World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime (2020). International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing. ISBN 978-92-4-000219-7. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Tento projekt je financován se státní podporou Technologické agentury ČR v rámci programu BETA2

www.tacr.cz
Výzkum užitečný pro společnost

Úřad vlády České republiky

ČESKÝ ADIKTOLOGICKÝ INSTITUT

[poslední strana]