

А.Ю. Марьянн

**РОЛЬ КРАТКОСРОЧНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА  
В ПРОФИЛАКТИКЕ ФЕТАЛЬНОГО АЛКОГОЛЬНОГО СИНДРОМА  
И ФЕТАЛЬНОГО АЛКОГОЛЬНОГО СПЕКТРА НАРУШЕНИЙ****ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава РФ (Иркутск)  
ФГБУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека» СО РАМН (Иркутск)**

*В обзоре научной литературы описаны современные представления о проблеме тератогенного влияния алкоголя на плод и исход беременности. Уделено внимание вопросам распространенности, роли краткосрочного вмешательства в профилактике фетального алкогольного синдрома (ФАС) и фетального алкогольного спектра нарушений (ФАСН). Показано, что в России точных эпидемиологических данных о частоте встречаемости фетального алкогольного синдрома и фетального алкогольного спектра нарушений не имеется. Отмечено, что употребление алкоголя женщинами может привести к неблагоприятному исходу беременности. При обзоре отечественной и зарубежной литературы, выявлено, что в России существует недостаток информации о нарушениях, возникающих у ребёнка в связи с употреблением матерью алкоголя в пренатальный период. Проблема ФАС и ФАСН мало изучена, в том числе и в Иркутской области. Установлено, что нет данных о частоте возникновения и распространенности ФАС и ФАСН. Вопросы профилактики мало освещены и не во всех регионах применяются в практической деятельности врачей. Поэтому изучение данной проблемы будет иметь важное теоретическое и практическое значение.*

**Ключевые слова:** беременность, плод, алкоголь, фетальный алкогольный синдром, профилактика

**ROLE OF SHORT-TERM INTERVENTION IN THE PREVENTION  
OF FETAL ALCOHOL SYNDROME AND FETAL ALCOHOL SPECTRUM DISORDERS**

A.Yu. Maryanyan

**Irkutsk State Medical University, Irkutsk  
Scientific Centre of Family Health and Human Reproduction Problems SB RAMS, Irkutsk**

*The review of scientific literature describes modern understanding of the problem of teratogenic effect of alcohol on the fetus and pregnancy outcome. The attention is paid to the problems of incidence, the role of short-term intervention in the prevention of fetal alcohol syndrome (FAS) and fetal alcohol spectrum disorders (FASD). It is shown that in Russia accurate epidemiological data on the incidence of fetal alcohol syndrome and fetal alcohol spectrum disorders are not available. It's noted that alcohol consumption in women can lead to adverse pregnancy outcomes. In a review of domestic and foreign literature it was revealed that in Russia there is a lack of information on violations arising in connection with the use of alcohol by child's mother during the prenatal period. FAS and FASD problem are little studied, including Irkutsk region. It was established that there was no data on the prevalence and incidence of FAS and FASD. Prevention issues are covered a bit and are used in physicians' practice not in all regions. Therefore, the study of this problem will be of great theoretical and practical significance.*

**Key words:** pregnancy, fetus, alcohol, fetal alcohol syndrome, prophylaxis

Употребление алкоголя в России является одним из высоких в мире (15,8 литров в год на душу населения, включая новорожденных – за 2011 г.) и существенно превышает абсолютный уровень потребления алкоголя, что представляет серьезный риск для здоровья как для отдельного человека, так и для популяции в целом [4, 11, 28]. Уровень употребления алкоголя женщинами репродуктивного возраста в России также является высоким [4]. Так, результаты исследования, выполненного Т.Н. Балашовой с соавт. [3, 5, 21], показали, что большинство небеременных женщин (86 % в Санкт-Петербурге и 93 % в Нижнем Новгороде и области) употребляют алкоголь. 20 % беременных женщин также сообщили об употреблении ими алкоголя во время беременности. Многие женщины продолжают употреблять алкоголь в первом триместре, не зная о своей беременности. Этот период особенно уязвим для развивающихся систем и органов эмбриона [4].

Одним из наиболее серьезных возможных последствий употребления алкоголя во время беременности

является фетальный алкогольный синдром (ФАС) – расстройство, возникающее вследствие употребления алкоголя матерью в пренатальный период и представляющее собой сочетание невральных, экстраневральных аномалий, проявляющихся антенатальным и постнатальным поражением нервной системы, нарушением роста тела и встречающихся у младенцев, родившихся от женщин, употреблявших алкоголь во время беременности. Эти психические и физические дефекты проявляются при рождении ребенка и остаются у него на всю жизнь, не проходят с возрастом и являются главной причиной нарушений умственного развития, которые можно предотвратить в 100 % случаев [4, 11, 24, 25].

Отдельные проявления или менее выраженные нарушения (не соответствующие всем критериям ФАС), возникающие вследствие внутриутробного воздействия алкоголя, называются фетальным алкогольным спектром нарушений (ФАСН). Необходимо отметить, что это не клинический диагноз, а общий термин, описывающий диапазон нарушений у ребен-

ка вследствие пренатального воздействия алкоголя [1, 2, 3, 4, 6, 11].

Распространенности ФАС в среднем составляет 1–1,5 случая на 1000 живых новорожденных, однако этот показатель широко варьирует в различных регионах [4]. В некоторых западных странах и США обследование детей в школах выявило распространенность от 2 до 7 случаев на 1000 детей с ФАС. Следует отметить, что ФАСН встречаются гораздо чаще: 10 на 1000 живорожденных. В странах с большим потреблением алкоголя и ограниченными знаниями о влиянии алкоголя на плод процент детей с ФАС может быть существенно выше. Так, при исследовании детей в школах Италии ФАС был выявлен в 3,7–7,4 случаях на 1000 детей, ФАСН – в 23–41 случае на 1000 детей. Наиболее высокая распространенность ФАС в настоящее время была выявлена при исследовании детей в школах Южной Африки (на территориях винодельческих провинций) – от 40,5 до 46,4 на 1000 детей 5–9 лет; самая низкая – в Японии (менее 0,1 на 1000) [1, 2, 3, 4, 14].

Эпидемиология ФАС и ФАСН в России не изучена. Имеются лишь отдельные сообщения о распространенности ФАС на локальном уровне. Так, обследование педиатрами 2352 детей в специальных детских домах для детей с психоневрологическими нарушениями г. Москвы (83 % от числа детей, находящихся в этих учреждениях) выявило 186 (7,9 %) детей с ФАС [4, 8, 11]. В специализированном неонатологическом стационаре в 2005 г. доля грудных детей с ФАС составила 3,5 %. Исследование, проведенное в домах ребенка г. Мурманска, показало, что 13 % детей имели ФАС и 45 % – ФАСН [4, 8, 11, 15]. Исследования новорожденных обсервационного отделения одного из родильных домов России в 2005 г. показали, что на 1000 живорожденных доля ФАС составила 3,62. Изучение динамики заболеваемости в домах ребенка г. Санкт-Петербурга выявило ФАС в 2000 г. в 9,3 %, в 2001 г. – в 8,7 %, в 2002 г. – в 9,0 %, в 2003 г. – в 7,0 %, в 2004 г. – в 7,3 % случаев. По данным А.Б. Пальчика [15], инвалидизация у детей в 35–40 % случаев обусловлена перинатальными поражениями нервной системы, в том числе и вследствие употребления матерью алкоголя во время беременности. В семьях, где есть один ребенок с ФАС, у последующих детей заболевание встречается в 771 случае на 1000 живорожденных (с вероятностью 0,7). Если мать страдает алкоголизмом и продолжает употреблять алкоголь во время беременности, то вероятность рождения ребенка с ФАС у нее составляет примерно 25–45 % [4, 15].

В настоящее время в мире накоплен значительный опыт проведения успешных и эффективных программ профилактики факторов риска, влияющих на здоровье современного человека [4, 5, 7, 26]. Но отмечено, что врачи, как правило, не затрагивают в беседе с пациентками вопрос употребления алкоголя. Однако многие специалисты встречаются в своей практике со значительным числом беременных женщин, женщин репродуктивного возраста, которые могут входить в группу риска по рождению детей с ФАС и ФАСН. В их работе значительное место занимают также вопросы ведения беременности,

здоровья женщины и ее ребенка [5, 8, 9]. В работе с алкогольной проблемой врач должен понимать свою ответственность за здоровье пациента, иметь представления о влиянии алкоголя на плод, а также иметь навык и уверенность в возможностях своего влияния на пациента [18].

Основой предотвращения фетального алкогольного синдрома является скрининг всех женщин детородного возраста, направленный на выявление риска воздействия алкоголя на плод [2, 10]. Скрининг позволяет выявить тех, кто находится в группе риска, а затем использовать соответствующие методы консультирования для уменьшения или прекращения употребления алкоголя до зачатия [4].

В скрининге нуждаются женщины детородного возраста. Особое внимание следует обратить на следующие группы: беременные женщины; женщины, планирующие беременность; женщины репродуктивного возраста, не использующие контрацептивы; пьющие женщины; подростки и женщины студенческого возраста; кормящие матери [4, 5, 7].

Скрининг женщин, направленный на выявление алкогольных проблем, может быть включен в обычную работу врача или среднего медицинского персонала. Следует отметить, что поскольку употребление алкоголя на уровне риска широко распространено среди женщин, то скрининг и краткосрочное вмешательство для снижения риска воздействия алкоголя на плод должны включаться в работу всех медиков, а также других специалистов, работающих с женщинами репродуктивного возраста [4, 5, 7].

На сегодняшний день существует несколько коротких опросников, которые можно использовать для скрининга. Скрининговое исследование не направлено на постановку диагноза (алкоголизм), а предназначено для выявления необходимости обсуждения с женщиной степени риска употребления алкоголя в период беременности. В основном в работе с беременными женщинами используются такие скрининговые инструменты, как опросники ТОСО (англ. T-ACE) и ТОПАС (TWEAK), а также опросник АУДИТ (AUDIT) [4, 5, 7, 23].

По данным исследований, вопрос «Как часто Вы употребляете 4 и более доз алкоголя за один раз?» оказался не менее чувствительным скринингом употребления алкоголя на уровне риска для здоровья женщины, чем расширенный опрос или методики скрининга. Положительный ответ на этот вопрос (любая частота такого употребления) указывает на риск для здоровья женщины, а в случае наступления беременности – на высокий риск воздействия алкоголя на плод. При негативном ответе на этот вопрос, если имеются сомнения, можно задать дополнительные вопросы или применить одну из методик скрининга. Для женщин, находящихся в группе риска, целесообразно использовать краткосрочные вмешательства. Женщинам, зависимым от алкоголя, следует рекомендовать специализированное лечение [4, 5, 7, 17].

Следует отметить, что в здравоохранении введено понятие универсальной меры алкоголя – одна доза. Стандартная доза – это любой напиток, который содержит около 14 г чистого алкоголя. Одна доза

определена примерно как 45 мл водки (1 рюмка), или 150 мл сухого вина (12°), или 100 мл крепленого вина (18°), или 250 мл джина с тоником (7°), или 350 мл пива (5°). Приблизительно так различаются разные виды алкогольных напитков по содержанию в них алкоголя [1, 2, 3, 4, 5, 7, 11, 23].

Исследования, проведенные в ряде стран, выявили, что краткое вмешательство уменьшает употребление алкоголя пациентками и существенно снижает риск ФАС и ФАСН. Это является эффективным инструментом в работе с проблемой употребления алкоголя, в том числе и во время беременности [2, 3].

Проводя краткосрочное вмешательство по поводу употребления алкоголя женщиной, акушер-гинеколог может предотвратить необратимые врожденные нарушения и инвалидность ребенка [2, 4, 5, 7].

Показательно, что 75 % женщин, прекративших употреблять алкоголь после того, как узнали о беременности, сообщили, что на их решение повлиял врач-гинеколог [2, 4].

В нескольких странах, включая Россию, было показано, что даже 5-минутное вмешательство (совет врача) по поводу употребления алкоголя оказалось не менее эффективным, чем длительная, 20-минутная беседа [4, 5, 7, 19, 20].

Такое вмешательство ограничено временными рамками и направлено, прежде всего, на снижение употребления алкоголя женщинами, не испытывающими зависимость от алкоголя [2, 3]. Краткосрочное вмешательство обычно ограничивается 1–4 встречами и проводится в лечебном учреждении, не специализирующемся на проблемах алкоголизма [2, 3].

Эффективные вмешательства, направленные на уменьшение употребления алкоголя, содержат не менее 2–3 компонентов: оценка риска и предоставление пациенту обратной связи об этом риске, совет, постановка цели. Также в исследованиях было показано, что прослеживание (назначение последующих посещений) улучшало результативность вмешательства [2, 3, 4].

Стандартизированное краткосрочное вмешательство включает в себя шесть ключевых компонентов [2, 3, 4]:

- оценка риска и получение обратной связи от женщины по поводу этой информации;
- представления женщины об ответственности за изменения;
- совет изменить образ жизни;
- выбор способов для сокращения или прекращения употребления алкоголя;
- внимательный стиль проведения консультации;
- самодостаточность или оптимизм по вопросу сокращения или прекращения потребления алкоголя.

Вмешательства, направленные на профилактику ФАС и ФАСН, фокусируются на двух направлениях – употребление алкоголя и планирование беременности. Цели вмешательства: 1) если женщина беременна или планирует беременность, цель вмешательства – полный отказ от употребления алкоголя; 2) если женщина нерегулярно использует контрацепцию (может забеременеть), цель вмешательства зависит от выбора женщины: предупреждение

беременности и/или отказ от употребления алкоголя [1, 2, 3, 4, 22].

По мнению Schneider (1997), не существует известного безопасного уровня употребления алкоголя во время беременности. Несмотря на то, что неблагоприятные исходы от малых доз употребления алкоголя во время беременности остаются чем-то сомнительным, исследования на животных позволяют предположить, что 1–2 дозы в день могут оказать на развивающийся плод неблагоприятные воздействия [4].

Исследования показывают, что доброжелательный стиль и неконфронтационные методы, используемые обученным персоналом, приводили к снижению потребления алкоголя в период беременности. Самыми эффективными методами интервенции оказались подходы без моральных или волевых предписаний, фокусирующиеся на сокращении потребления алкоголя без критики или провокации чувства вины. Было обнаружено, что положительных результатов достигали те специалисты, у которых есть знания в области методов вмешательств, оптимистическое отношение к возможному изменению, сопереживающий стиль, искренность и уважение по отношению к пациенткам, способность избегать конфронтации и споров, которые вызывают защитную реакцию у пациенток, и позитивный опыт обсуждения проблем, связанных с употреблением алкоголя [2, 3, 4].

Сопереживающий (неконфронтационный и не осуждающий) стиль проведения консультации – основа успеха при обсуждении с пациентом проблем употребления алкоголя. Этот стиль является основным компонентом мотивационного интервью. Мотивационное интервью – сопереживающий, ориентированный на проблемы пациента метод ведения беседы или консультирования с целью повышения готовности к перемене образа жизни, предполагающий передачу информации в форме, снижающей сопротивление. Этот процесс исследует причины неуверенности человека в атмосфере принятия, теплоты и положительного отношения. Несмотря на то, что беседа имеет прямые цели, прямолинейного убеждения и принуждения при этом избегают. Цель заключается в стимуляции необходимости перемены образа жизни пациента. Врачи часто отмечают трудности и свою озабоченность по поводу сопротивления женщины обсуждению алкогольной проблемы. Таким образом, то, что говорит врач (содержание) и как (т.е. стиль) он взаимодействует с пациентом, оказывает значительное влияние на мотивацию пациента к изменению поведения. Основные принципы мотивационного интервью – это предоставление самому пациенту ответственности за изменение, выбора цели и способа изменения, сопереживающий стиль взаимодействия и поддержание уверенности пациента в его возможности изменить поведение [2, 3, 4].

Протокол специализированного краткосрочного вмешательства, направленного на уменьшение риска фетальных алкогольных нарушений, был разработан для внедрения в практику врачей [21]. В настоящее время данная профилактическая программа проходит клинические испытания, и предварительные данные

показали, что вмешательство эффективно в связи с задачей снижения риска воздействия алкоголя во время беременности [2, 3, 4].

Основные *принципы краткосрочного* вмешательства в профилактике ФАС и ФАСН заключаются в следующем: просвещать (предоставлять факты, а не обвинять), предоставлять возможность выбора (контрацепция или прекращение/уменьшение употребления алкоголя), подчеркивать ответственность самой пациентки за выбор, поддерживать и выражать готовность помочь [2, 3, 4].

Существует 5 шагов краткосрочного вмешательства (краткое обозначение шагов вмешательства – СОС-ПП (Спросить, Обратная связь, дать Совет, Помочь, Проследить) [2, 3, 4, 21].

**Шаг 1 (спросить).** Оценивается контрацепция и планирование беременности, используемые женщиной. Спрашивается разрешение обсудить употребление алкоголя. Необходимо спросить об употреблении алкоголя. Любая частота употребления 4 и более доз за один раз (вечер) – риск для здоровья. Можно дополнительно спросить о количестве доз употреблении алкоголя за неделю либо применить одну из методик скрининга (ТОСО, ТОПАС или АУДИТ). Вопрос о частоте употребления 4 доз является чувствительным инструментом оценки и в большинстве случаев является достаточным для оценки риска, связанного с употреблением алкоголя.

**Шаг 2 (обратная связь).** Предоставляется информация, факты о влиянии алкоголя и узнается мнение женщины по этому поводу: а) при беременности: любое употребление алкоголя – вред здоровью ребенка – риск ФАС и ФАСН; б) при планировании беременности или нерегулярной контрацепции: любое употребление алкоголя – риск ФАС и ФАСН; в) для любой женщины: употребление 4 или более доз алкоголя за один раз или 8 и более доз за неделю – риск здоровью женщины, а в случае беременности – риск ФАС и ФАСН.

**Шаг 3 (дать совет и помочь поставить цель):** а) необходимо дать совет: если риска нет – поддерживается правильное поведение, если риск для плода или для женщины есть – обсуждается изменение поведения (уменьшение употребления/воздержание от алкоголя и/или контрацепция); б) оценивается готовность изменить поведение с помощью шкалы оценки готовности к изменению поведения, представляющей собой линейку с делениями от 1 до 10, где 1 – совершенно не готова изменить поведение (употребление алкоголя или использование контрацепции) и 10 – полностью готова изменить поведение. Женщинам задаются общепринятые вопросы: *Насколько Вы готовы уменьшить употребление алкоголя? Насколько Вы готовы регулярно применять контрацепцию? Как Вы узнаете (узнали бы), что Вы полностью готовы? Что может помочь Вам продвинуться по шкале?* Необходимо напомнить женщинам, что большинство беременностей не запланированы, и многие женщины решают рожать, даже если они не планировали это в данное время. Для предупреждения ФАС и ФАСН у будущего ребенка важно продвижение по крайней мере по одному из 2 направлений изменения (от-

каз/уменьшение приема алкоголя или правильное применение контрацепции); в) необходимо помочь женщине поставить цель – уменьшение/прекращение употребления и/или контрацепция. Задать ей вопрос: *Что Вы думаете по поводу риска ФАС для Вашего ребенка?* Сообщить, что у неё есть выбор для уменьшения риска: предохранение от беременности или отказ от алкоголя. Если пациентка не готова изменить поведение, нельзя настаивать на постановке цели, а необходимо предложить помощь, когда понадобится (не переходить к шагу 4).

**Шаг 4 (помочь).** Спрашивается о возможных препятствиях. Обсуждаются способы достижения выбранной цели. Выражается готовность помочь (если надо – назначить на прием, дать направление к специалисту и т.п.). Содержание работы на этом этапе зависит от выбранной цели. Если цель – отказ или снижение употребления алкоголя, то обсуждаются препятствия, которые могут возникнуть у женщины в связи с этим; способы достижения цели: например, как сказать «нет», если предлагают алкоголь, кто может быть поддержкой для женщины в трезвости и пр. Если цель направлена на планирование семьи и контрацепцию (т.е. женщина не планирует в настоящее время беременность и хочет использовать контрацепцию), то при обсуждении трудностей речь идет о том, что препятствовало или может препятствовать правильному применению контрацепции. В этом случае цель – разумное планирование семьи и помощь женщине в подборе метода контрацепции, который будет для нее удобен и надежен.

**Шаг 5 (проследить).** На следующем приеме оценивается изменение поведения. Подкрепляется успех и/или предлагается помощь при неудаче. Обсуждается, как женщине удалось выполнить поставленную цель, были ли трудности, нужно ли откорректировать методы и какая еще помощь может потребоваться женщине для достижения поставленной цели.

Имеются доказательства, полученные в ходе научных исследований, свидетельствующие о том, что качественное консультирование представляет собой необходимый элемент для успеха оказываемых медицинских услуг [2, 3, 4].

Преимущества качественного консультирования [4]:

1. В процессе консультирования врач помогает пациентке самостоятельно принять и реализовать решения, касающиеся вопросов репродуктивного выбора.

2. Качественное консультирование способствует повышению уровня удовлетворенности пациентов и более успешному и длительному использованию рекомендаций врача.

3. Качественное консультирование не обязательно занимает много времени, особенно если информация адаптирована к потребностям пациента.

4. Для качественного консультирования требуется соответствующая подготовка, а также заботливое и уважительное отношение к пациентам.

Для достижения результатов в изучении проблемы ФАС и ФАСН и внедрении в практическую деятельность врачей разных специальностей (особенно

акушеров, неонатологов, педиатров, неврологов и психотерапевтов) вопросов ФАС и ФАСН необходим рост профессиональной подготовки медицинского персонала практической сети здравоохранения [12, 13, 27].

При обзоре отечественной и зарубежной литературы выявлено, что в России существует недостаток информации о нарушениях, возникающих у ребёнка в связи с употреблением матерью алкоголя в пренатальный период. Проблема ФАС и ФАСН мало изучена, в том числе и в Иркутской области. Установлено, что нет данных о частоте возникновения и распространённости ФАС и ФАСН. Вопросы профилактики мало освещены и не во всех регионах применяются в практической деятельности врачей.

Таким образом, можно сделать вывод, что проблема ФАС и ФАСН является актуальной и перспективной. Изучение данной проблемы будет иметь важное теоретическое и практическое значение.

#### ЛИТЕРАТУРА REFERENCES

1. Балашова Т.Н., Варавикова Е.А., Волкова Е.Н. и др. Фетальный алкогольный синдром: риск развития и эффективность профилактики // Матер. форума «Мать и Дитя» (27–30 сент. 2011). – М., 2011.  
Balashova T.N., Varavikova E.A., Volkova E.N. et al. Fetal alcohol syndrome: risk of development and efficiency of prevention // Proceedings of Meeting «Mother and child» (27–30 September, 2011). – Moscow, 2011. (in Russian)
2. Балашова Т.Н., Волкова Е.Н., Инсурина Г.Л. и др. Фетальный алкогольный синдром. – СПб., 2012. – С. 3–51.  
Balashova T.N., Volkova E.N., Insurina G.L. et al. Fetal alcohol syndrome. – Saint-Petersburg, 2012. – P. 3–51. (in Russian)
3. Балашова Т.Н., Волкова Е.Н., Косых Е.А. и др. Особенности употребления алкоголя женщинами детородного возраста в современной России // Вестник Тамбовского университета. Серия Гуманитарные науки. – 2012. – № 1, Т. 105. – С. 4–7.  
Balashova T.N., Volkova E.N., Kosykh E.A. et al. Features of alcohol consumption by women of childbearing age in modern Russia // Herald of Tambov University. Human Sciences. – 2012. – N 1, Vol. 105. – P. 4–7. (in Russian)
4. Балашова Т.Н., Дикке Г.Б., Инсурина Г.Л. и др. Профилактика фетального алкогольного синдрома в работе акушера-гинеколога – М., 2012. – 36 с.  
Balashova T.N., Dikke G.B., Insurina G.L. et al. Prevention of fetal alcohol syndrome in the work of obstetrician gynecologist. – Moscow, 2012. – 36 p. (in Russian)
5. Балашова Т.Н., Собелл Л. Применение техник мотивационного интервью в работе с пациентами, имеющими алкогольные проблемы // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2007. – № 1. – С. 4–7.  
Balashova T.N., Sobell L. Use of techniques of motivation interview in the work with patients with alcohol problems // Review of psychiatry and medical psychology n.a. V.M. Bekhterev. – 2007. – N 1. – P. 4–7. (in Russian)
6. Бойко Т.В., Голенецкая Е.С., Позякина С.С. и др. Фетальный алкогольный синдром: пособие для врачей. – Иркутск: РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО. – 2012. – 32 с.  
Boyko T.V., Golenetskaya E.S., Pozyakina S.S. et al. Fetal alcohol syndrome: guideline for physicians. – Irkutsk, 2012. – 32 p. (in Russian)
7. Бюллетень Всемирной организации здравоохранения. – 2011. – № 89. – С. 398–399.  
Bulletin of World Health Organization. – 2011. – N 89. – P. 398–399. (in Russian)
8. Дикке Г.Б. Необходимо менять парадигму здравоохранения в сторону широкой профилактики заболеваний. Актуальное интервью // Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. – 2011. – № 3. – С. 4–8.  
Dikke G.B. It's necessary to change the paradigm of health towards the general disease prevention. Actual interview // Effective Pharmacotherapy in Obstetrics and Gynecology. – 2011. – № 3. – P. 4–8. (in Russian)
9. Женщины, злоупотребляющие алкоголем: выявление группы риска и вмешательства: Руководство для медицинских работников первичного звена (русская редакция). – Оклахома, США, 2008. – 30 с.  
Identification of at-risk drinking and intervention with women of childbearing age: Guide for primary care providers. – Oklahoma, USA, 2008. – 30 p. (in Russian)
10. Исурина Г.Л., Печенежская М.С., Регентова А.Ю. и др. Опыт использования фокусных групп в рамках исследовательской программы «Профилактика алкогольного синдрома плода» // Система защиты детей от насилия: достижения и задачи развития: Матер. X междунар. науч. конф. (18–19 нояб. 2010). – Нижний Новгород, 2010. – С. 17–21.  
Isurina G.L., Pechenezhskaya M.S., Regentova A.Yu. et al. Experience of use of focus groups as part of the research program “Prevention of fetal alcohol syndrome” // System of Protection of Children from Violence: Achievements and Challenges of Development: Proceedings of X International Scientific Conference (18–19 November, 2010). – Nizhniy Novgorod, 2010. – P. 17–21. (in Russian)
11. Малахова Ж.Л., Шилко В.И., Бубнов А.А. Фетальный алкогольный синдром у детей раннего возраста. – М., 2012. – 164 с.  
Malakhova Zh.L., Shilko V.I., Bubnov A.A. Fetal alcohol syndrome in children of early age. – Moscow, 2012. – 164 p. (in Russian)
12. Марянян А.Ю., Протопопова Н.В. Оценка знаний студентов-медиков по вопросам тератогенного влияния алкоголя на плод // Сибирский медицинский журнал. – 2014. – № 1. – С. 75–78.  
Maryanyan A.Yu., Protopopova N.V. Assessment of knowledge of medical students on the teratogenic effects of alcohol on the fetus // Siberian Medical Journal. – 2014. – № 1. – P. 75–78. (in Russian)
13. Марянян А.Ю., Протопопова Н.В., Кокорина Е.С. Важность обучения врачей скринингу пациентов на возможное употребление алкоголя // Сб. матер. междунар. науч. конф. (26–28 апр. 2013). – М., 2013. – С. 25–32.  
Maryanyan A.Yu., Protopopova N.V., Kokorina E.S. Importance of physicians' teaching screening of patients on

possible alcohol consumption // International Scientific Conference Information Package (26–28 April, 2013). – Moscow, 2013. – P. 25–32. (in Russian)

14. Марьянян А.Ю., Протопопова Н.В., Колесникова Л.И. и др. Алкоголь как один из факторов, влияющих на плод: распространённость фетального алкогольного синдрома // Сибирский медицинский журнал. – 2013. – № 7. – С. 5–9.

Maryanyan A.Yu., Protopopova N.V., Kolesnikova L.I. et al. Alcohol as one of the factors affecting the fetus: prevalence of fetal alcohol syndrome // Siberian Medical Journal. – 2013. – N 7. – P. 5–9. (in Russian)

15. Пальчик А.Б., Федорова Л.А., Легонькова С.В. Фетальный алкогольный синдром: Методические рекомендации. – СПб., 2006. – 24 с.

Palchik A.B., Fedorova L.A., Legonkova S.V. Fetal alcohol syndrome: Guidelines. – Saint-Petersburg, 2006. – 24 p. (in Russian)

16. Протопопова Н.В., Колесникова Л.И., Марьянян А.Ю. Влияние алкоголя на плод и исход беременности. Фетальный алкогольный синдром и фетальный алкогольный спектр нарушений // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. – 2013. – № 6 (94). – С. 187–192.

Protopopova N.V., Kolesnikova L.I., Maryanyan A.Yu. Influence of alcohol on the fetus and pregnancy outcome. Fetal alcohol syndrome and fetal alcohol spectrum disorders // Bull. ESSC SB RAMS. – 2013. – N 6 (94). – P. 187–192. (in Russian)

17. Профилактика фетального алкогольного синдрома (ФАС) и других нарушений развития плода под влиянием употребления алкоголя в период беременности // Информационный бюллетень. – 2012. – № 1. – С. 5–7.

Prevention of fetal alcohol syndrome (FAS) and other fetus developmental disorders under the influence of alcohol during pregnancy // Information Bulletin. – 2012. – N 1. – P. 5–7. (in Russian)

18. Фетальный алкогольный синдром: структура учебного плана и учебное руководство для образовательной и практической деятельности медиков и специалистов смежных отраслей здравоохранения. – Оклахома, США, 2008. – 292 с.

Fetal alcohol syndrome: structure of the curriculum and training manual for education and practice of physicians and related health care fields. – Oklahoma, USA, 2008. – 292 p. (in Russian)

19. Balashova T., Bonner B., Chaffin M. et al. Women's alcohol consumption and risk for alcohol exposed pregnancies in Russia // Addiction. – 2012. – Vol. 107, N 1. – P. 109–117.

19. Balashova T.N. Prevent FAS Research Group developing educational materials for prevention of FASD in Russia // CDC Grantees. Meeting (14–15 August, 2008). – Atlanta, USA, 2008.

20. Chang G. Alcohol-screening instruments for pregnant women // Alcohol. Res. Health. – 2001. – Vol. 25, N 3. – P. 204–209.

21. Maier S.E., West J.R. Drinking patterns and alcohol-related birth defects // Alcohol. Res. Health. – 2001. – Vol. 25, N 3. – P. 168–174.

22. Maier S.E., West J.R. Regional differences in cell loss associated with binge-like alcohol exposure during the first two trimesters equivalent in the rat // Alcohol. – 2001. – Vol. 23. – P. 49–57.

23. Olson H.C., Morse D.A., Huffine C. Development and psychopathology: of fetal alcoholic syndrome and related condition // Semin. Clin. Neuropsychiatr. – 1998. – Vol. 3. – P. 262–284.

24. Streissguth A.P., Bookstein F.L., Barr H.M. et al. Risk factors for adverse life outcomes in fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effects // J. Dev. Behav. Pediatr. – 2004. – Vol. 25, N 4. – P. 228–238.

25. WHO. Global status report on alcohol and health [Электронный ресурс]. – 2011. – Режим доступа: [www.who.int/substance\\_abuse/publications](http://www.who.int/substance_abuse/publications).

#### Сведения об авторах

**Марьянян Анаит Юрьевна** – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии с курсом гинекологии детей и подростков ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, докторант ФГБУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека» СО РАМН (664003, г. Иркутск, ул. Красного Восстания, 1; e-mail: [anait\\_24@mail.ru](mailto:anait_24@mail.ru))

#### Information about the authors

**Maryanyan Anahit Yurievna** – candidate of medical science, assistant of the department of obstetrics and gynecology with course of children's and adolescents' gynecology, doctoral candidate of Scientific Center of Family Health and Human Reproduction Problems SB RAMS (1, Krasnogo Vosstaniya str., Irkutsk, 664003; e-mail: [anait\\_24@mail.ru](mailto:anait_24@mail.ru))