

УДК:616.716.8-053.1+615.851

*Н. М. Гордиюк, д. мед. н., Г. Г. Бойко, Л. А. Анисимова,
И. В. Беляева, Н. Н. Давыдов, А. В. Федорченко*

Днепропетровская государственная медицинская академия

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОДХОД ПРИ РОЖДЕНИИ РЕБЕНКА С ВРОЖДЕННОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

При рождении ребенка с врожденной патологией челюстно-лицевой области, в частности несращениями верхней губы и неба, возникает ряд ситуаций с последствиями, которых сталкиваются врач неонатолог, педиатр, стоматолог и младший медицинский персонал.

Рождение ребенка с врожденной патологией развития трагично для матери. Состояние матери требует психологической поддержки, состояние ребенка: уход за ним, питание также имеет свои особенности.

В первые дни после рождения ребенка с врожденной патологией лица необходимо вызвать врача хирурга-стоматолога, чтобы определить тяжесть патологии, предварительные сроки оперативного вмешательства. Но главное на что необходимо обратить внимание – это вскармливание, так как качественно и количественно неполноценное питание ребенка сказывается на его физическом и нервно-психическом развитии.

Развитие хронического расстройства питания у ребенка с врожденным дефектом губы и неба делает невозможным проведение пластической операции в ранние сроки. Результаты исследования конечных продуктов обмена у детей с такими отклонениями развития показывают, что их питание неполноценно в качественном и количественном отношении, особенно отчетливо выявлен дефицит белка в суточном рационе.

Наилучшим способом вскармливания ребенка, родившегося с несращением верхней губы и неба, является естественное вскармливание. Мать нужно убедить в том, что естественное вскармливание, т.е. грудное молоко, обеспечит ребенку гармоничное физическое и нервно-психическое развитие, повысит выносливость к неблагоприятным факторам внешней среды, подготовит его к хирургическим вмешательствам, которые ему предстоит перенести. Существует еще ошибочное мнение, что у этих детей отсутствует сосательный рефлекс, и зачастую уже в роддоме детей начинают кормить через зонд, тем самым вызывая угасание этого рефлекса.

Если ребенок родился доношенным, и роды прошли благополучно, то при настойчивом прикладывании к груди, он может научиться сосать.

Детей с односторонним частичным или полным несращением губы (т.н. не сочетающимся с дефектом альвеолярного отростка и неба) рекомендуют прикладывать к груди таким образом, чтобы несращенная ноздря была прижата к молочной железе. Лучше кормить ребенка в положении полусидя, молоко при этом стекает по языку в глотку и не попадает в нос, ребенок сам приспособляется к кормлению.

При сочетании дефектов верхней губы и неба ребенок обычно языком «закрывает» дефект и тем самым создает вакуум. Зондовое питание применяется чаще всего у слабых, недоношенных детей (в первые дни) и при синдроме Пьера-Робена, когда сочетаются несращение неба с недоразвитием нижней челюсти, атонии мышц, смещения языка кзади. При синдроме Пьера-Робена возможности для сосания резко ограничены.

При полных несращениях верхней губы и сочетанных, после каждого кормления следует дать ребенку чай или воду, чтобы смыть остатки молока, слизи, которые иногда задерживаются в носовых ходах – во избежание осложнений верхних дыхательных путей.

Накопленный нами опыт и опыт наших коллег диктует необходимость проведения комплексных мероприятий, обеспечивающих правильное психофизическое развитие ребенка с врожденной патологией верхней губы и неба. Работа эта должна начинаться с психологической подготовки матери еще в дородовом периоде. Эта ответственная подготовка матери должна проводиться в тесном содружестве врача-стоматолога, врача терапевта семейного и гинеколога после выявления аномалии развития плода.

На наш взгляд, психотерапевтическая работа с матерью должна стать ведущим мероприятием, направленным на устранение проявления гиполактации, которая в свою очередь запускает цепь негативных влияний на формирование новорожденного, его рост и развитие.