

Винахід відноситься до медицини, зокрема до акушерства, ендокринології та мікропедіатрії.

Мета винаходу - розробка методу патогенетичного лікування гіпогалактії.

Майже 40-60% жінок у післяпологовому періоді страждає на гіпогалактію.

Сучасні методи вирішення цієї проблеми базуються, з одного боку, на удосконаленні технологій виготовлення харчових сумішей для штучного вигодовування дітей, а з іншого полягають у лікуванні організму породіллі.

Проблема штучного вигодовування, не дивлячись на різноманіття харчових сумішей для дітей, не може бути вирішена у принципі, оскільки в усіх штучних сумішах використовують молоко тварин, зокрема корів, яке не тільки не замінює жіноче молоко, але й може бути шкідливим.

Показано, наприклад, що у коров'ячому молоці знаходиться протеїн 64 К, який може індукувати розвиток юнкового цукрового діабету (1-го типу).

Використання молока жінок-донорів у широких масштабах потребує обов'язкової пастеризації, яка нейтралізує термолабільний ензим ліпазу - унікальну складову виключно жіночого молока. Це робить головний харчовий продукт молока його жири - недоступним для організму дитини.

Що стосується вирішення проблеми стимуляції секреції молока у породіллі, то для цього використовують найрізноманітніші засоби, часто засновані тільки на емпіричному досвіді (масаж молочних залоз, теплові процедури, опромінення ультразвуком, регулярне прикладання дитини до пилки тощо). Медикаментозна терапія зводиться до призначення апілаку, глютамінової кислоти, пивних дріжджів та резерпіну. Результати вказаної терапії менш ніж скромні.

Аналоги та прототип способу лікування гіпогалактії, який пропонується нами, невідомі.

Ними пропонується спосіб патогенетичної терапії гіпогалактії оснований на використанні фізіологічних шляхів регуляції секреції молока у породіллі.

Для досягнення мети винаходу збільшити секрецію молока у породіллі шляхом посилення синтезу ендогенного пролактина гіпофізом - вирішуються наступні завдання:

збільшити синтез гіпоталамічного тироліберину - природного стимулятора пролактина;

зменшити продукцію пролактостатина у гіпоталамусі, який є природним антагоністом пролактина.

Відомо, що основним гормоном, який регулює секрецію молока є пролактин. Він продукується передньою долею гіпофіза. Виділення гормону стимулюється рефлекторно при прикладанні дитини до пилки молочної залози,

Гуморальна регуляція синтезу пролактина здійснюється дещо незвично: шляхом виділення гіпоталамусом пролактостатина, який блокує синтез та секрецію пролактина клітинами аденогіпофіза.

Що стосується стимуляції секреції пролактина, то, як встановлено останнім часом, таку функцію виконує гіпоталамічний тироліберин. Крім того, останній стимулює також і виділення гіпофізарного тиротропіну.

Враховуючи наявність негативного зворотного зв'язку між рівнем концентрації тиреоїдних гормонів у крові та інтенсивністю секреції тироліберина, ми використали короточасне індуковане зниження концентрації тиреоїдних гормонів у крові для стимуляції викиду гіпоталамічного тироліберина, та, відповідно, підвищення рівня продукції пролактина.

До речі, відомо, що у хворих на дифузне тиреотоксичне волю рівень тироліберина знижений, а хворі на тиреотоксикоз породіллі завжди страждають на гіпогалактію.

Короточасне блокування продукції тиреоїдних гормонів щитовидною залозою досягалося нами призначенням породіллі пропілтіоурацила (Propylthiouracil - є сумісним з годуванням дитини молоком матері) у дозі 300 мг на добу в триразовому вживанні через 8 годин на протязі 10 днів (термін, за який запаси тиреоїдних гормонів у колоїді щитовидної залози повністю виснажуються) або метимазола (Methimazole) у дозі 30 мг на добу за три прийоми на протязі 10 днів. Рівень зниження тиреоїдних гормонів контролюється радіоімунним методом.

Використання фармакологічного пролактину є складною справою Із-за його високої вартості та дефіцитності, а з іншого боку є нераціональним, оскільки, згідно до правила від'ємного зворотного зв'язку, він буде повністю пригнічувати продукцію ендогенного пролактина аденогіпофізом У такому випадку лікування необхідно буде проводити на протязі всього періоду лактації. Крім того, екзогенний пролактин впливатиме на функцію гонад не тільки організму матері, але й немовляти.

Запропонована нами коротчасна блокада функції щитовидної залози призводить до відновлення біоритмів продукції власного пролактина у породіллі. Антитиреоїдні препарати, маючи високу біологічну спорідненість до тканини щитовидної залози у вказаних фармакологічних дозах; повністю фіксуються в організмі матері та не поступають з молоком дитині, тим більше, що термін лікування антитиреоїдними препаратами не співпадає у часі з відновленням лактації.

Для додаткової блокади впливу тиреотропіну на щитовидну залозу, породіллі паралельно призначали розчин йодистого калію у дозі 0,04 г три рази на день на протязі 10 днів, або розчин Люголя у дозі 10 крапель два рази на день десять днів. Слідові кількості йоду, що поступають з молоком матері дитині попереджають розвиток гіпотиреозу у останньої.

На протязі всього терміну лікування породіллі повинна знаходитися у сонячній кімнаті, з коефіцієнтом природного освітлення у 4-5% та з постійним додатковим освітленням у 400-500 люксів лампами денного світла у темну частину доби. Щоденно практикується також півгодинне опромінення породіллі кварцовою лампою у режимі пігментоутворення (довжина хвилі променя - 340 нм).

У таких умовах, як відомо, пригнічується секреція мелатоніна епіфізом, та, відповідно, зростає продукція естрогенів, що, в свою чергу, гальмує виділення пролактостатина, а значить підвищується рівень пролактина у крові.

Приклад здійснення способу: породіллі Д., 27 років, треті пологи, на протязі тижня після пологів виділяє тільки декілька мл молока при кожному годуванні дитини.

Призначено:

1. Пропілтіоурацил, у дозі 300 мг на добу на три вживання через 3 годин на протязі 10 днів.

2. Розчин йодистого калію в дозі 0,04 г х 3 рази в день на протязі 10 днів.
3. Породілля перевести у сонячну кімнату.
4. Щоденно опромінювати кварцовою лампою у режимі пігментоутворення.
5. Прикладати дитину через кожні три години на 2-3 хвилини до піпок молочних залоз.
6. Висококалорійну вітамінізовану дієту.
7. Достатнє вживання молока та води у різних стравах.

На сьомий день лікування кількість молока почала збільшуватися, а на десятий його було достатньо для повноцінного харчування дитини. .