

6. Problemy Laktacyjne: Zapalenie piersi

- Zapalenie piersi 
 - Zapalenie piersi
 - Przyczyny (Protokół ABM) 
 - Główna przyczyna spektrum zapalenia piersi to zwężenie światła kanału mlecznego
 - Przyczyny przyczyn
 - genetyka
 - nadmierna stymulacja
 - specyfika mikrobioty
 - przebyta antybiotykoterapia
 - probiotyki i prebiotyki
 - urazy
 - hiperlaktacja
 - leki
 - i inne
 - Zakażenie bakteryjne rzadko
 - Fizjologiczna norma bakteryjna CFU 10^3 /ml
 - 
 - Grzybica jeszcze rzadziej
 - Obrzęk, stan zapalny 
 - Farmaceuci - Nie diagnozujemy
 - Przykłady
 - Obrzęk 
 - Obrzęk 
 - Wczesny etap stanu zapalnego z niedrożnością kanału mlecznego 
 - 
 - Ropień 
 - Propozycja postępowania
 - Kobieta karmi piersią i skarży się na ból piersi
 - Możliwe objawy
 - miejscowe
 - Zaczerwienienie fragmentu piersi
 - Obrzęk piersi połączony z zaczerwienieniem
 - Bolesność/tkliwość fragmentu piersi
 - Biała kropka na brodawce ("czop")
 - ogólne
 - gorączka
 - dreszcze
 - bóle mięśni
 - objawy "grypowe"
 - osłabienie
 - Elementy wywiadu
 - Gdzie boli?
 - Czy jest zaczerwienione?
 - Czy jest cieplejsze niż reszta skóry?
 - Czy jest obrzęk?
 - Czy brodawka wygląda jak zawsze?

- Od jak dawna?
- Czy stosuje Pani leki na stałe/jakie?
 - Hiperlaktacja?
- Jeśli
 - To kolejny raz
 - Są objawy ogólne
- skierować do specjalisty laktacyjnego jeśli nie będzie poprawy w ciągu 24-48 godzin LUB gdy pacjentka jest mniej niż 6 tygodni po porodzie LUB GDY MAMY JAKIEKOLWIEK WĄTPLIWOŚCI.
 - Np. w pierwszych 6 tygodniach po porodzie może występować obrzęk, który wtórnie wywołuje stan zapalny. Doraźne leczenie nie przyniesie rezultatu.
- Leczenie
 - Gdy leczenie pierwszoliniowe nie przynosi skutku - kierujemy do innego specjalisty z rozpiską co było robione, jakie były interwencje i opis ich skuteczności.
 - Dobre rozpoznanie
 - Unikanie błędnych kół
 - błędne koło antybiotykoterapii
 - błędne koło nawracających objawów
 - w efekcie nawracający problem
 - zwiększone ryzyko przedwczesnego odstawienia
 - PREWENCJA
 - metody zachowawcze, profilaktyka, nie robimy tego, co wiemy już, że zwiększa ryzyko wystąpienia stanu zapalnego i zwężenia kanału mlecznego.
 - Prewencja to przede wszystkim pozycjonowanie i poprawa techniki karmienia
 - Jeśli wystąpią rany na brodawce
 - nie macerujemy (okłady z soli, herbat czy innych cudów)
 - nie kombinujemy z wyciskaniem, pocieraniem srebrem, złotem, diamentami czy czosnkiem
 - nie dłubiemy w brodawce
 - rany na brodawce mogą świadczyć o trudności z pozycjonowaniem maluszka przy piersi, trudnościach ze ssaniem i innych sprawach, którymi trzeba się zaopiekować u specjalisty
 - Błędne koło złych praktyk
 - należy odciągać mleko z "chorej" piersi
 - to stymuluje laktację i może nasilać obrzęk
 - tak już nie robimy
 - należy karmić "na wilczyce"
 - to nie jest bezpieczna pozycja do karmienia
 - specjalista laktacyjny powinien w pierwszej kolejności poprawić technikę karmienia na ergonomiczną, optymalną i wygodną
 - Wszelkie interwencje w prewencji są
 - niskokosztowe, minimalna interwencja
 - Gdy zapalenie piersi wystąpi
 - Stan zapalny
 - NLPZ

- ibuprofen
 - 400- 800mg co 8 godzin (jeśli nie ma przeciwwskazań)
- Objawy ogólne
 - Paracetamol
 - 1000mg co 6 godzin
- Pomoc w emulgacji
 - Lecytyna sojowa
 - Występuje naturalnie w osoczu, a w wyższych stężeniach w mleku kobiecym. Dojrzałe mleko zawiera więcej choliny niż siara lub mleko matki wcześniaków. Ta zawartość jest również wyższa w mleku matki niż w mieszankach przemysłowych.
 - Emulgator przemysłowy i spożywczy; dodawany do mleka ludzkiego w celu zmniejszenia przylegania mleka do ścianek drenów i sond.
 - Czy miałyby pomóc ślizgać się komórkom w kanalikach mlecznych?
 - 5-10g/dobę
 - Skuteczność?
 - Nie zgłoszono żadnych działań niepożądanych. Ze względu na brak toksyczności w zwykłych dawkach uważa się, że jest bezpieczny podczas karmienia piersią.
 - Uwagi
 - Suplementacja jednym składnikiem lecytyny, fosfatydylocholiną, zwiększa stężenie choliny, ale nie fosfatydylocholinę w mleku matki, a suplementacja choliną zwiększa metabolity choliny, ale nie cholinę w mleku matki. Metaanaliza wykazała, że wyższe spożycie choliny przez matkę prawdopodobnie wiązało się z lepszym rozwojem neurologicznym dziecka. JEDAK danych jest nadal mało.
 - Obeid R, Derbyshire E, Schön C. Association between maternal choline, foetal brain development and child neurocognition; systematic review and meta-analysis of human studies. Adv Nutr. 2022;13:2445–57.
- Steryd miejscowy
 - 0,1% triamcinolone
 - Brak w PL, można wykonać maść Rx
 - Polcortolon 4mg
 - Triamcynolon 100mg
 - Triamcynolon 100mg Vaseline i albiEucerini aa ad 100,0mf. Ung. To tylko propozycja, nie sprawdzałam w receptariuszu czy się da! No i będzie droga.
 - Są inne dostępne
 - NIE POLCORTOLON TC
 - Zawiera tetracyklinę
- Probiotykoterapia?
 - Limosillobacillus fermentarum

- Lactobacillus fermentum CECT5716
- Ligilactobacillus salivarius
 - Lactobacillus salivarius CECT5713
- Randomowo wybrane szczepy [↗](#)
 - Spośród wielu, wybrana jedna linia. CECT5716. Inne nie mają takich właściwości. [↗](#)
 - Czy producent zagwarantuje, że w opakowaniu jest tylko ten szczep?
 - Czy producent zagwarantuje, że w momencie zakupu opakowania ten szczep będzie żywy?
 - RAPORT NIK 2017
 - Czy probiotyk nie będzie zanieczyszczony?
 - Czy zastosowanie probiotyku nie będzie opóźniało właściwej diagnostyki?
 - Czy zakup probiotyku nie spowoduje rezygnacji z innej metody leczenia/konsultacji u specjalisty etc
 - GDZIE JA TO KUPIĘ??
 - Do niedawna nie było na polskim rynku, ani fermentarum ani salivarius. Są natomiast w...
 - Mleku modyfikowanym.
 - Hipp Combiotik
 - Suple za granicą
 - [↗](#)
 - [↗](#)
 - Fermentarum CECT5716
 - Nowy suplement w PL
 - Lactea mama [↗](#)
 - Fermentarum CECT5716
 - inne
 - [↗](#)
 - Lactobacillus salivarius SGL03 2 mld JTK, inulina 200 mg.
- Dowody słabej jakości
 - Co jest potrzebne?
 - Randomizowane, podwójnie zaślepione badania z dobrą metodologią, przeprowadzone zgodnie z założeniami, zgodnie z definicjami i dobrym rozpoznaniem problemu i dobrą ścieżką postępowania
 - Najpierw definicja
 - Potem sprawdzenie skuteczności proponowanego leczenia
 - Potem ujednolicenie protokołów leczenia
 - Potem dopiero - badanie nowych możliwości, jak probiotykoterapia
 - Przy badaniu probiotyków konieczne jest ustandaryzowanie metod pobierania i oznaczania.

- Na podstawie
 - 
 - 
 - 
 - 
 - Conflict of interest
 - ABM Protocol 36
- Antybiotykoterapia
 - tylko gdy są objawy ogólne
 - analogicznie jak w przypadku zakażenia bakteryjnego tkanek miękkich
 - pamiętając że większość zakażeń piersi to *S. aureus*
 - Więc wybieramy antybiotyki celowane, żeby nie doprowadzić do dysbiozy.
 - Antybiotykoterapia celowana
 - I rzut
 - dikloksacylina
 - brak rejestracji w Polsce
 - flukloksacylina
 - brak dostępności w Polsce
 - kloksacylina
 - Syntarpen
 - Antybiotyk beta-laktamowy
 - Zwykle stosuje się 250 mg do 500 mg co 6 godzin
 - e-lactancia  ①
 - Niskie ryzyko
 - Telefoniczny follow-up - 10 mam, z czego 2 zaraportowały biegunkę u dzieci karmionych piersią przez mamy stosujące ten lek.
 - cefaleksyna
 - Cefaleksyna jest lekiem przeciwbakteryjnym z grupy cefalosporyn. Po podaniu 1g cefaleksyny doustnie kobietom w 2 dobie po porodzie zmierzono stężenie leku w mleku. Szczytowe stężenie pojawiło się między 4 a 5 godziną po podaniu i wynosiło średnio 0.51 mg/L. Po podaniu 500mg w pojedynczej dawce u dwóch kobiet szczyt stężenia w mleku przypała na 4 godzinę po podaniu i stężenie wynosiło 0,7mg/L. Mama 28 dni po porodzie stosowała cefaleksynę 500mg i probenacyd 500mg (oba leki 4x dziennie) przez 16 dni. Stężenie cefaleksyny wahało się od 0,4 do 1mg/L w czasie, kiedy

były pobierane próbki. Autorzy badania oszacowali, że dziecko karmione wyłącznie piersią otrzyma 112mcg/kg cefaleksyny na dobę z mlekiem mamy. Jest to około 0,5% dawki mamy w przeliczeniu wagowym.

- 
- Badania kontrolne: W badaniach prospektywnych, kontrolnych 7 mam karmiących stosowało cefaleksynę, dwie zaraportowały biegunkę u dzieci. Nie zaraportowano wysypek czy kandydozy jamy ustnej u żadnych z dzieci narażonych na lek z mlekiem. W innym badaniu prospektywnym spośród 11 mam, które stosowały cefaleksynę jedna zgłosiła, że jej dziecko miało biegunkę podczas jej leczenia. Pacjentka otrzymywała 1g cefaleksyny co 6 godzin przez 3 dni. Karmione piersią dziecko miało zielony stolec, biegunkę, wyraźny dyskomfort. Zmieniono więc leki na doustną cefaleksynę 500mg z probenacydem 500mg 4x dziennie przez 16 dni. Dziecko nadal miało biegunkę. Powiązano ją z obecnością cefaleksyny w mleku. U jednego dziecka zaobserwowano silną reakcję alergiczną-było leczone cefazoliną z powodu zapalenia układu moczowego, następnie kilkanaście dni po zakończeniu jego leczenia mama była leczona cefaleksyną. Okazało się, że najprawdopodobniej zaszła reakcja krzyżowa, gdzie oba leki spowodowały silną reakcję.
- Podsumowanie: Stosowanie cefaleksyny doustnie przez mamę uznaje się za niskie ryzyko dla dziecka. Dla cefalosporyn raportowano działania niepożądane u części dzieci narażonych na lek z mlekiem mamy, były to najczęściej biegunki. ^①
- Lek jest stosowany w pediatrii, dawka dobową dla dzieci wynosi 25 do 50 mg/kg. ^①
- Zalecana dawka w zapaleniu piersi

500mg 4 razy na dobę

- II rzut

- klindamycyna

- Antybiotyk z grupy linkozamidów
 - 300mg 4x dziennie 10-14 dni
 - 
 - Analiza dostępnych danych sugeruje, że ilości klindamycyny po podaniu doustnym w dawce 150 mg 4x dziennie w mleku nie osiągają dawki terapeutycznej stosowanej w pediatrii. Dane dotyczące dawki 300mg 4x na dobę są ograniczone, ale podobnie sugerują, iż dawki w mleku nie osiągną dawki terapeutycznej stosowanej w pediatrii. Szczegółowe dane dotyczące badań: Stężenie w mleku podczas stosowania dawki doustnej 150 mg co 6 godzin wynosiło 0,9mg/L-przy dawce 300 mg co 6 godzin – 1,7mg/L. W badaniu wg Steen przy dawce 150 mg trzy razy dziennie stężenie w mleku było u większości pacjentek poniżej 0,5 mg/L, maksymalne stężenie 3,1 mg/L. W badaniach nad 15 kobietami, którym podano 600mg klindamycyny dożylnie miesiąc po porodzie stężenie klindamycyny w mleku wynosiło średnio 1,03mg/L 2 godziny po podaniu.
 - Uznaje się, że jej stosowanie nie jest związane z wysokim ryzykiem dla dziecka karmionego piersią, zwłaszcza jeśli terapia trwa krótki czas. Jest często stosowany u kobiet karmiących piersią. Najwięcej badań dotyczy niskich dawek (150 mg cztery razy na dobę), ale znalazłam też informacje dotyczące stosowania wysokich dawek 600 mg i wyniki badań potwierdzają niskie ryzyko dla dziecka.

- ko-trimoksazol

- 10-14 dni
 - OSTROŻNIE gdy mama karmi noworodka lub wcześniaka lub malucha z niedoborem G6PD
 - Ko-trymoksazol to mieszanina sulfometoksazolu z trimetonrimem w stosunku

masowym 5:1.

Sulfonamid.Sulfametoksazol i trimetoprim działające synergicznie poprzez sekwencyjne blokowanie dwóch enzymów bakteryjnych, które katalizują kolejne etapy biosyntezy kwasu folinowego drobnoustrojów. Zwykle powoduje to działanie bakteriobójcze in vitro w stężeniach, w których pojedyncze substancje działają jedynie bakteriostatycznie.

- Po podaniu doustnym sulfametoksazol i trimetoprim ulegają szybkiemu i całkowitemu (90%) wchłanianiu w górnym odcinku przewodu pokarmowego, a maksymalne stężenie osiągnęte jest po 2-4 godzinach po przyjęciu dawki. Po doustnym podaniu pojedynczej dawki 800mg sulfametoksazolu i 160mg trimetoprimu maksymalne stężenie w osoczu osiąga wartość od 40 do 80mcg/ml w przypadku sulfametoksazolu i od 1,5 do 3mcg/ml w przypadku trimetoprimu w ciągu 1-4 godzin. Po ponownym podaniu powyższych dawek w odstępach 12-godzinnych minimalne stężenie w osoczu na stałym poziomie, osiągnęte jest po 2-3 dniach i wynosi odpowiednio od 1,3 do 2,8 mcg/ml w przypadku trimetoprimu i od 32 do 63 mcg/ml w przypadku sulfametoksazolu. Wchłanianie TMP(trimetoprimu)i SMZ(sulfametoksazolu) jest całkowite, co odzwierciedla bezwzględna biodostępność po podaniu doustnym osiagająca 100% w przypadku obu leków. Objętość dystrybucji wynosi około 1,6 l/kg dla TMP i około 0,2 l/kg dla SMZ, podczas gdy wiązanie przez białka osocza osiąga 37% dla TMP i 62% dla SMZ. Okresy półtrwania obu substancji są podobne (wynoszą średnio 10 godzin dla trimetoprimu i średnio 11 godzin dla sulfametoksazolu. Wiemy, że obie substancje są

wielu, że obie substancje są

wolniej eliminowane u niemowląt poniżej 2 miesiąca życia.

- Farmakokinetyka (słabe wiązanie z białkami, dobra biodostępność, mała objętość dystrybucji sprzyjają przenikaniu do mleka, ale biorąc pod uwagę stężenia w osoczu, ilości w mleku najprawdopodobniej będą niskie (najważniejszy nie jest fakt przenikania, ale dawka, jaka ostatecznie znajdzie się w mleku).

- 

- U 20 matek podano doustnie trimetoprim zaraz po porodzie. Szczyt stężenia w mleku przypadał na 3 godziny po podaniu leku. 14 kobiet otrzymało 320mg leku i średnie szczytowe stężenie w mleku wynosiło 2,4mg/L. U 6 innych mam, które otrzymały 480mg średnie szczytowe stężenie leku w mleku wynosiło 4mg/L. Oszacowano, że dziecko otrzymałoby 0,75mg leku dobowo przy dawce mamy 320mg i 1,7 mg przy dawce 480mg. 40 kobiet w okresie do 5 dni po porodzie otrzymało co-trimoksazol w dawce 800mg sulfametoksazol/320mg trimetoprim dwa razy dziennie, 10 kobiet otrzymało tę dawkę 3 razy dziennie. Stężenie trimetoprimu: po dawce 320 średnie stężenie leku w mleku wynosiło 2mg/L i wzrosło 5 dnia terapii do 3 mg/L. Średnie stężenie sulfametoksazolu wynosiło 4,5 i 5,3 mg/L w jednej i drugiej grupie. Przy pierwszym schemacie dawkowania dziecko karmione wyłącznie piersią otrzymałoby 0,45mg/kg leku dziennie trimetoprimu i 0,68mg/kg dziennie sulfametoksazolu. Te dawki zostały uznane za bardzo niskie. Dawkowanie sulfametoksazolu u niemowląt powyżej 2 miesiąca życia wynosi 8mg/kg i 40mg/kg dziennie, odpowiednio trimetoprimu i sulfametoksazolu. Producent

sulfametoksazolu. Producent

informuje: Zarówno trimetoprim, jak i sulfametoksazol przenikają do mleka kobiecego. Chociaż ilość leku przyjmowana przez dziecko karmione mlekiem leczonej ko-trimoksazolem matki jest niewielka, należy rozważyć ryzyko dla dziecka (żółtaczka jąder podkorowych mózgu, nadwrażliwość) wobec oczekiwanych korzyści terapeutycznych dla matki. Producent amerykańskiego co-trimoksazolu informuje, że narażenie na sulfametoksazol dzieci przez mleko mamy wynosi 2-5% rekomendowanej dziennej dawki leku dla niemowląt powyżej 2 miesiąca życia.

- W jednym z przeglądów systematycznych u dzieci kobiet stosujących sulfonamidy nie zaobserwowano działań niepożądanych. Autorzy stwierdzili, że ryzyko żółtaczki jąder podkorowych dla dziecka jest niskie (bo to najczęściej największa obawa przy stosowaniu sulfonamidów w dzieci). W badaniu prospektywnym pytano matki stosujące różne leki w okresie laktacji o działania niepożądane u dzieci. U dzieci mam stosujących co-trimoksazol nie zgłoszono biegunki, senności, rozdrażnienia. Dwie mamy stwierdziły pogorszenie pobierania pokarmu z piersi. Znamy względną dawkę dla dziecka dla Trimetoprimu, wynosi 3% dawki mamy w przeliczeniu wagowym. Oznacza to, że dla mamy o masie ciała około 60kg i dawce 320 mg trimetoprimu na dobę dawka dla dziecka będzie niższa niż 0,3mg/kg/dobę. Taka ilość najprawdopodobniej nie spowoduje działania niepożądanego u dziecka. ①

- Case study

- To jest Zuzia [!\[\]\(cf5be311f7b2821912d8009884508fa2_img.jpg\)](#)

- Pacjentka zgłasza się na konsultację, żeby upewnić się, że może stosować kolejny

antybiotyk przy nawracających zapaleniach piersi, nazywanych przez pacjentkę zastojami.

- Konsultowała się z CDL jednak mimo zmiany pozycji, podcięcia wędzidełka, stosowania probiotyku (Coloflor cesario), objawy nawracały.
- Masa ciała pacjentki w dniu konsultacji 70 kg, dziecko w tej chwili 5050g, wiek 3 miesiące. Pierwsze zapalenie piersi dwa tygodnie po porodzie. Po trzecim kursie antybiotykoterapii, gdy objaw znów się pojawia, lekarz zleca posiew mleka.
- Za każdym razem objawy są te same - pojawia się stwardnienie pod skórą, następnie zaczerwienienie i miejsce staje się tkliwe i gorące. Drugiego dnia pojawia się gorączka, dreszcze, osłabienie (jak przy ciężkiej grypie, mówi pacjentka). Pacjentka zaczyna odciągać mleko z chorej piersi między karmieniami i częściej przystawia dziecko do chorej piersi, karmi "na wilczyce". Zmiana zwykle powiększa się w czasie (powstaje taka twarda gułka w jednym konkretnym miejscu, wokół niej jest obrzęk i pierś tam jest czerwona).
- Pacjentka jest zmęczona objawami grypopodobnymi, bólem i tklivością piersi, jest w stanie zgodzić się na jeszcze jeden kurs antybiotyku, ale jeśli to nie pomoże - rozważa zakończenie karmienia piersią.
- Antybiotyki, jakie zostały wdrożone po kolei:
 - Duomox 1000mg 2x dziennie 7 dni (pochodna penicyliny)
 - Zamur 500 mg 2 x dziennie przez 12 dni (cefalosporyna)
 - Klabax 250mg 2 x dziennie przez 7 dni (makrolid)
- Posiew po 3 antybiotykach.
 - Wykryto w posiewie: Streptococcus pyogenes 10^5 CFU/mL (100 000 CFU/mL) Szczep wrażliwy na antybiotyki beta-laktamowe. Wykryto mechanizm MLSb-konstrytuwny - szczep oporny na makrolidy, linkosamidy i streptograminy.
 - Identyfikacja (80) Liczność kolonii: Staphylococcus epidermidis 10^5 CFU/mL Flora fizjologiczna skóry.
 - Identyfikacja (80) Liczność kolonii: Uwagi Streptococcus oralis 10^5 CFU/mL Flora fizjologiczna skóry.
 - Lekarz proponuje: Oспен 3 x 1,5 mln

- Oспен zawiera penicylinę fenoksymetylową (Penicylinę V)
 - Penicylina V jest antybiotykiem należącym do grupy penicylin. Antybiotyki z tej grupy są podobne w budowie i mają zbliżone właściwości, przenikają do mleka ale w bardzo małych ilościach.
 - Dane dotyczące bezpieczeństwa stosowania Penicyliny V są ograniczone.
 - co wiemy o leku
 - W badaniu nad 16 kobietami karmiącymi podano doustnie 1320mg Penicyliny V. Szczytowe stężenia wynosiły 0,72 mg/L dla kobiet z zapaleniem piersi i 0,58mg/L u zdrowych kobiet.
 - Szczytowe stężenie wystąpiło po 2,6 i 2,7 godziny u kobiet z zapaleniem piersi i po 5,4 godziny u kobiet zdrowych, Autorzy badania oszacowali, że przy takiej dawce niemowlę otrzymałoby dawkę 50mcg/kg/dzień (zakres od 20-90 mcg/kg/dzień).
 - Zbadano stężenie leku po 2 godzinach od podania leku matce w moczu u dzieci karmionych przez te matki i w jednym przypadku stężenie było poniżej granicy wykrywalności, u drugiego wynosiło 520mcg/L.

- Po podaniu 100 000 IU penicyliny współczynnik mleko/osocze waha się między 0,03-0,13%.
- Lek jest stosowany w pediatrii i najniższa stosowana dawka wynosi 25 000 IU/kg/dobę, w Polsce zarejestrowany jest do stosowania u dzieci powyżej 1 roku życia lub 10 kg. Lek jest w zastosowaniu off-label stosowany u młodszych dzieci.
- Ze względu na właściwości farmakokinetyczne i badania zakłada się, że Penicylina V najprawdopodobniej jest kompatybilna z karmieniem piersią, zwłaszcza w zastosowaniu krótkotrwałym. Ma krótki czas półtrwania, a w mleku nie wydaje się osiągać stężeń istotnych klinicznie dla dziecka, zwłaszcza, że szacowana dawka w mleku nie zbliża się wielkością do dawki stosowanej w pediatrii.
- U Pacjentki byłoby podawane 3x dziennie 1,5 mln IU. Względna dawka dla dziecka obliczona w badaniach wynosi 0,6% dawki mamy w przeliczeniu

wagowym.

- Czyli: Dawka dla dziecka w mleku może wynosić: 0,00038 mln IU/kg/dobę, na 5 kg masy ciała maluszka to będzie 0,0019 mln IU na dobę.
 - Dobowe dawki fenoksymetylopenicyliny stosowane u dzieci wynoszą od 50 000 do 100 000 IU/kg mc, czyli 0,05-0,1 mln IU.
- Podsumowanie
 - Ilości jakie trafią do mleka nie zadziałają u dziecka. Tak jak w przypadku poprzednich antybiotyków ryzyko związane ze stosowaniem leku wiąże się z efektem na florę bakteryjną dziecka (i oczywiście Pani florę bakteryjną), więc proszę obserwować córkę pod kątem zaburzeń jelitowych, biegunki, wysypki.

CO SIĘ WYDARZYŁO?

- - Podczas stosowania ospenu mama stosowała Vivomixx, a dziecko Biogaia
 - 10 dni po zakończeniu antybiotykoterapii objawy ponownie się pojawiły, w tym samym co zwykle miejscu.
 - Lek nie pomógł. Po dwóch tygodniach od zakończenia antybiotykoterapii pacjentka zgłosiła się na konsultację bromokryptyny, którą chciała zastosować, żeby przyspieszyć zahamowanie laktacji.
 - Pacjentka rozpoczęła stosowanie bromokryptyny w dawce skutecznej do hamowania laktacji. 2,5 mg 2x na dobę. Z powodu zaburzeń równowagi zmniejszyła dawkę o połowę.
 - Jednocześnie stosowała ibuprofen w dawce 600mg 4x na dobę, co zostało zalecone przez lekarza po sugestii farmaceuty.
 - Objawy "zastoju" minęły. Pacjentka pozostała przy jednym karmieniu na dobę przez jeszcze 2 tygodnie od zakończenia leczenia (maluch miał wtedy prawie 5 miesięcy).
 - Pacjentka była pogodzona z zakończeniem laktacji, ale zakończyła karmienie ponad pół roku przed czasem. Była to przyczyna żalu i smutku, o którym mówiła otwarcie.
 - Identyfikacja problemów lekowych
 - P1
 - brak skuteczności leczenia
 - P2.2
 - Brak optymalnego efektu terapii
 - nawroty
 - P2
 - problem z bezpieczeństwem terapii
 - P2.1
 - zdarzenie niepożądane

- dysbioza
- P3.1
 - niepotrzebne leczenie
 - niekoniecznie antybiotyk
- C1
 - Wybór leku
 - pierwszy wybór to kloklacyklina (linkozamid)
 - ABM protocol 36
 - Podstawa PCNE DRP 9.1
- Jak mogłyby być interwencje
 - konsultacja z doradcą laktacyjnym/IBCLC
 - Pogłębiony wywiad
 - Dieta
 - Hiperlaktacja
 - Inny problem zdrowotny
 - Ibuprofen/paracetamol +lecytyna + steryd miejscowy +probiotykoterapia?
 - Antybiotyk pierwszego rzutu
 - Prewencja kolejnego zapalenia
- 