

lek. Monika Żukowska-Rubik
mgr Kinga Osuch

Zabiegi w poradnictwie laktacyjnym

Procedures in lactation counselling

■ Szpital Specjalistyczny św. Zofii w Warszawie, Centrum Nauki o Laktacji

Streszczenie

Wstęp. W pracy zostały opisane zabiegi lecznicze i diagnostyczne wykorzystywane w poradnictwie laktacyjnym, takie jak przecięcie wędzidelka podjęzykowego, nakłucie czopa na brodawce, pobranie posiewu pokarmu oraz wymazu z rany brodawki sutkowej. Opisano wskazania do wykonania poszczególnych zabiegów, technikę wykonania i potrzebny sprzęt. **Podsumowanie.** Znajomość tych zagadnień może mieć w niektórych przypadkach kluczowe znaczenie w udzielaniu pomocy matce karmiącej i jej dziecku.

Słowa kluczowe: karmienie piersią, problemy laktacyjne, przecięcie wędzidelka podjęzykowego, nakłucie czopa, posiew pokarmu, wymaz z rany brodawki sutkowej

Summary

Introduction. Therapeutic and diagnostic procedures used in the lactation counselling such as: frenotomy, opening a bleb, taking milk culture and taking smear from nipple wound or skin changes on the areola are described in the paper. Indications, techniques and the necessary equipment are presented. **Conclusion.** The knowledge of these issues may be of fundamental importance to providing assistance to breastfeeding mothers and their infants.

Key words: breastfeeding, lactation problems, frenotomy, opening a bleb, milk culture, smear from nipple wound

Wstęp

Poradnictwo laktacyjne jest stosunkowo nową, ale stale rozwijającą się dziedziną medycyny. Początki poradnictwa laktacyjnego sięgają lat 80. ubiegłego stulecia, kiedy w USA stworzono pierwszy na świecie certyfikat umiejętności w tym zakresie – IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant). Pierwsi profesjonalści w tej dziedzinie wywodzili się z ruchu grup wsparcia matek karmiących piersią i reprezentowali na ogół zawody niemedyczne. Obecnie poradnictwo laktacyjne, zarówno w naszym kraju, jak i na świecie, jest przede wszystkim domeną osób wykonujących zawody medyczne: położnych, lekarzy i pielęgniarek. W Polsce od 2007 roku osoby zajmujące się poradnictwem laktacyjnym mogą potwierdzić swoją wiedzę i umiejętności praktyczne, zdobywając certyfikat CDL (Certyfikowany Doradca Laktacyjny).

Istotą poradnictwa laktacyjnego jest ocena przebiegu karmienia piersią w obrębie pary matka–dziecko na podstawie wywiadu dotyczącego karmienia, stanu zdrowia matki i dziecka, przebiegu okresu okołoporodowego oraz badania dziecka, oceny mechanizmu ssania, badania piersi matki i wnikliwej oceny aktu karmienia [1]. Taka wnikliwa analiza pozwala stwierdzić, czy przebieg karmienia u matki i dziecka mieści się w granicach fizjologii, a także wychwycić czynniki ryzyka różnych problemów lub ewidentną patologię i wdrożyć odpowiednie postępowanie lub leczenie.

Nierzadko matka lub dziecko wymagają skierowania do innego specjalisty ze względu na istniejący problem medyczny (pediatra przy podejrzeniu infekcji u dziecka, chirurg w przypadku ropnia piersi, dermatolog w przypadku zmian skórnych na otocze brodawki sutkowej, endokrynolog przy podejrzeniu hormonalnego podłoża niewydolności laktacyjnej).

W niektórych sytuacjach niezbędne jest zlecenie lub wykonanie badań dodatkowych, m.in. wykonanie posiewu pokarmu lub pobranie wymazu z rany brodawki, co umożliwi wdrożenie leczenia celowanego zgodnie z antybiogramem. Zabieg nakłucia czopa na brodawce sutkowej odbarcza zatkany przewód mleczny wyprowadzający. Posiew, wymaz i nakłucie czopa mogą być wykonane przez położną, pielęgniarkę i lekarza, gdyż mieszczą się w granicach kompetencji przypisanych do tych zawodów. Zabiegi przecięcia wędzidelka wykonują lekarze.

Przecięcie wędzidelka podjęzykowego u noworodka

Krótkie wędzidelko podjęzykowe jest wadą anatomiczną, która powoduje zmianę wyglądu i funkcji języka z powodu jego skrócenia, utraty elastyczności i obecności przyczepów obejmujących dużą część języka lub sięgających do wału dziąsłowego [2].

Zazwyczaj krótkie wędzidelko podjęzykowe występuje jako wada izolowana, a czasem współwystępuje z nadmiernie wysklepionym podniebieniem i cofniętą żuchwą. Wadę

stwierdza się u 1,7–4,8% noworodków, częściej u chłopców (proporcja chłopcy/dziewczynki wynosi 1,5–3: 1) [3, 4]. U 21% pacjentów występuje ona rodzinnie [3]. U 12,8–44% z nich jest przyczyną problemów z karmieniem piersią, przede wszystkim bolesności i uszkodzeń brodawek u matki z powodu nieprawidłowego uchwycenia piersi oraz nieefektywnego pobierania pokarmu z piersi, co z kolei skutkuje słabym przyrostem masy ciała i ograniczeniem produkcji pokarmu [5, 6, 7]. Problemy ze ssaniem piersi wynikają z tego, że język przytrzymany przez zbyt krótkie wędzidelko nie może wysunąć się do przodu, objąć piersi i skutecznie jej ustabilizować. Niemowlę próbuje kompensować nieprawidłowy uchwyt nadmiernym zaciskaniem piersi lub nadmiernym zasysaniem pokarmu. Oba te mechanizmy nie zapewniają skutecznego ssania i są przyczyną bolesności brodawek sutkowych.

Przecinanie wędzidelka podjęzykowego (frenotomia) u noworodków budzi kontrowersje, ale pojawiające się stale nowe doniesienia wskazują, że **wykonanie zabiegu u dziecka przy istnieniu rzeczywistych wskazań przynosi poprawę jakości karmienia piersią** [3, 4, 5, 8, 9, 10]. W badaniach obejmujących matki dzieci, u których wykonano ten zabieg, zaobserwowano lepsze uchwycenie piersi – matki opisywały je jako „łagodniejsze, bardziej naturalne, bez żucia”. Wykazano również poprawę wyników w liczbowych skalach oceny uchwycenia piersi (IBFAT, Latch) [3, 5]. Obserwowano także znaczące zmniejszenie bólu brodawek w czasie karmienia [4, 5, 8].

W jednym z badań oceniano pracę języka w obrazowaniu USG przed zabiegiem i po zabiegu przecięcia wędzidelka. Zaobserwowano mniejszy stopień kompresji brodawki po zabiegu niż przed nim [5]. Wykazano również zwiększenie produkcji pokarmu u matek o 36–356 g w okresie 24 h bezpośrednio po zabiegu frenotomii, co powiązano z lepszym opróżnianiem piersi. Jeśli jednak karmienie piersią przebiega prawidłowo, to, zgodnie z bieżącą wiedzą, nie ma wskazań do przecinania wędzidelka. Przecięcie wędzidelka u noworodka jest zabiegiem bezpiecznym.

Możliwe **powikłania** obejmują:

- wtórne ograniczenie ruchomości języka wskutek bliznowacenia (nie obserwowano go u noworodków; pojawia się niekiedy po zabiegu wykonanym u starszych dzieci),
- zakażenie,
- nasilone krwawienie.

W cytowanych badaniach żadne z wymienionych powikłań nie pojawiło się; nie obserwowaly ich również autorki artykułu we własnej praktyce klinicznej. Ssanie piersi wiele razy w ciągu doby wymusza wysunięcie języka i jest podstawowym jego ćwiczeniem, co chroni przed powstaniem zrostu w miejscu nacięcia. Białawy nalot w miejscu nacięcia nie jest uważany za powikłanie i nie wymaga leczenia [11]. Nie każda osoba zajmująca się poradnictwem laktacyjnym może wykonać zabieg przecięcia wędzidelka, każda natomiast musi umieć ocenić, czy wędzidelko wymaga zabiegu i w razie zaistnienia wskazań skierować dziecko do specjalisty. Ocenie podlegają: budowa wędzidelka, jego grubość, ela-

styczność, umiejscowienie przyczepów do języka i do dna jamy ustnej oraz ruchomość języka – wysuwanie do przodu, sięganie do podniebienia i ruch na boki (ryc. 1).

Rycina 1. Ocena wyglądu i ruchomości języka



Język obserwujemy w czasie spontanicznej aktywności dziecka, podczas płaczu, jak również przy stymulacji palcem czy szpatułką. Oceniamy także położenie i pracę języka, wykonując badanie języka na palcu [1, 12]. Konieczna jest również wnikliwa analiza przebiegu karmienia, obejmująca: sposób uchwycenia i ssania piersi, efektywność pobierania pokarmu, przyrosty masy ciała, a także obecność bolesności i uszkodzeń brodawek sutkowych.

Podstawowym **wskazaniem** do przecięcia wędzidełka jest utrudnienie lub uniemożliwienie karmienia piersią. Najczęstsze problemy spowodowane zbyt krótkim wędzidełkiem to poranione brodawki i słabe przyrosty masy ciała związane z nieskutecznym ssaniem. Konieczne jest wykluczenie lub skorygowanie innych przyczyn tych problemów, takich jak nieprawidłowa technika karmienia, mała aktywność dziecka czy niedobór pokarmu u matki.

Pomocnym narzędziem jest skala Hazelbaker, która umożliwia ocenę ilościową wskazań do zabiegu [13]. Skala uwzględnia kryteria dotyczące wyglądu i funkcji języka.

Do kryteriów związanych z wyglądem języka należą: kształt języka przy jego uniesieniu, elastyczność wędzidełka, długość wędzidełka przy uniesieniu języka, przyczep wędzidełka do języka i przyczep wędzidełka w stosunku do wału dziąsłowego. Do najważniejszych kryteriów związanych z funkcją języka należą: lateralizacja, unoszenie języka i wysuwanie do przodu. W skali Hazelbaker opisuje się 7 punktów dotyczących funkcji języka, ale, jak wykazała Amir, największa zgodność przy ocenie wędzidełek przez różnych badaczy występuje przy wymienionych wyżej pierwszych trzech kryteriach, jest natomiast słaba w odniesieniu do pozostałych czterech kryteriów [14]. Amir zaproponowała zatem uproszczenie oceny na podstawie skali Hazelbaker do pięciu kryteriów dotyczących wyglądu języka i trzech dotyczących jego funkcji.

W każdym kryterium można przyznać 0–2 punkty. Przecięcie

wędzidełka należy rozważyć, gdy uzyskuje się wyniki wynoszące ≤ 8 punktów dla wyglądu języka oraz wyniki wynoszące 4 punkty dla jego funkcji.

Dyskusyjny i nieprzebadany jest wpływ krótkiego wędzidełka utrudniającego karmienie piersią na wystąpienie w późniejszym okresie wad wymowy. A zatem nie możemy stwierdzić, że odstępując od zabiegu w okresie noworodkowym, narażamy dziecko na pojawienie się wad wymowy. Większość specjalistów zajmujących się wadami wymowy u dzieci uważa, że korekta wędzidełka (poza skrajnymi przypadkami przyrośnięcia języka) nie jest konieczna do uzyskania prawidłowego głoskowania [15, 16, 17]. Język jest zbudowany z silnych mięśni, których ćwiczenie rozciąga wędzidełko. Takie ćwiczenia zaleca się starszym dzieciom i po pewnym czasie obserwuje się u nich postęp w rozwoju mowy.

W przypadku noworodka, który nie jest w stanie pobierać pokarmu z piersi, trudno jest przez dłuższy czas czekać na poprawę elastyczności wędzidełka. Badania kliniczne wskazują, że przecięcie zbyt krótkiego wędzidełka u noworodka rozwiązuje problemy i pozwala matce i dziecku czerpać liczne korzyści zdrowotne z naturalnego karmienia. Zadaniem doradcy/konsultanta laktacyjnego jest zatem ocena wskazań do zabiegu pod kątem poprawy jakości karmienia, bez odnoszenia się do wpływu na późniejszy rozwój mowy.

Zabieg przecięcia wędzidełka utrudniającego karmienie jest zazwyczaj wykonywany w okresie noworodkowym, średnio w 6.–10. dobie życia [4, 9]. Zabieg powinien być wykonany możliwie jak najszybciej po rozpoznaniu problemu, czyli już w pierwszym tygodniu po porodzie, a nawet jeszcze w czasie pobytu dziecka na oddziale.

Zabieg frenotomii, czyli prostego przecięcia wędzidełka, jest wykonywany w warunkach oddziałów noworodkowych lub poradni laktacyjnych przez lekarzy neonatologów i pediatrów. Przecięcie grubego wędzidełka, wycięcie wędzidełka (frenulotomia) i frenuloplastyka są wykonywane u starszych dzieci przez specjalistę laryngologa, chirurga lub stomatologa [11].

Technika zabiegu frenotomii

Przed zabiegiem należy uzyskać pisemną zgodę rodzica.

Potrzebny sprzęt:

- nożyczki proste,
- małe jałowe gaziki,
- jałowe rękawiczki.

Większość osób wykonujących zabieg nie stosuje znieczulenia. Wędzidełko w okresie noworodkowym jest cienką, słabo unerwioną błoną, której przecięcie wiąże się z minimalnym dyskomfortem dla dziecka [3]. Niektórzy autorzy proponują zastosowanie znieczulenia. Doktor Tomasz Sioda, autor pionierskiej pracy w języku polskim na temat przecięcia wędzidełka, stosuje 2% lignokainę do znieczulenia miejsca przecięcia [11].

Przygotowanie polega na:

- higienicznym umyciu i dezynfekcji rąk,

- rozłożeniu jałowego sprzętu,
- ponownej dezynfekcji rąk i założeniu jałowych rękawiczek.

Zabieg składa się z następujących etapów:

- odpowiednie ułożenie i przytrzymanie dziecka przez osobę asystującą,
- podniesienie języka tak, żeby wędzidełko było napięte (podczas płaczu lub przy pomocy lekko rozchylonych, zagiętych kleszczyków) [11],
- przecięcie wędzidełka,
- delikatne uciśnięcie gazikiem naciętego miejsca (zwykle krwawienie jest znikome),
- przystawienie dziecka do piersi.

Po znieczuleniu wędzidełka lignokainą noworodek będzie miał problem z podjęciem ssania tuż po zabiegu, należy zatem odczekać jakiś czas.

Nakłucie czopa na brodawce sutkowej

Czop jest to biały lub żółtawy pęcherzyk na brodawce sutkowej w miejscu zatkanego zgęstniałą treścią mleczną przewodu wyprowadzającego [18]. Czop może (nie zawsze tak jest) blokować wypływ mleka z płata gruczołowego, powodując miejscowy zastój pokarmu lub zapalenie piersi. Może powodować silne dolegliwości bólowe – kłujący, promieniujący ból brodawki [19]. Może też nie dawać żadnych dolegliwości.

Wskazaniem do nakłucia czopa są dolegliwości bólowe lub zastój pokarmu. Należy uzyskać pisemną zgodę pacjentki.

Potrzebny sprzęt:

- jałowe rękawiczki,
- jałowe gaziki,
- sterylna igła do wkłuć, np. 0,8,
- środek do dezynfekcji skóry.
- materiały do obłożenia piersi (czysta pielucha, lignina, serweta).

Zabieg składa się z następujących etapów (ryc. 2):

- obłożenie piersi i dezynfekcja skóry,
 - przygotowanie jałowego sprzętu, dezynfekcja rąk, nałożenie rękawiczek,
 - uchwycenie brodawki palcami w celu napięcia powłoczki czopa,
 - powierzchowne nakłucie powłoczki czopa (igła jest ustawiona stycznie do powierzchni skóry),
 - ponowna dezynfekcja skóry, nałożenie jałowego gazika.
- Po nakłuciu czopa niekiedy udaje się uzyskać wypływ mleka z zastoju płata. Czasem wydostaje się gęsta, lepka treść, czasem treść sucha, niekiedy nie pojawia się żadna treść. Może pojawić się delikatne krwawienie z miejsca nakłucia.

Po zabiegu zaleca się przemywanie brodawki po karmieniach, np. naparem z szalwii, lub miejscowe stosowanie antyseptyku przez kilka dni. Jako prewencję nawrotów propo-

nuje się nawilżanie skóry brodawki kompresami z oliwy z oliwek oraz modyfikację diety polegającą na ograniczeniu spożycia tłuszczów nasyconych i zwiększeniu spożycia tłuszczów nienasyconych. Dodatkowo można zalecić przyjmowanie preparatu lecytyny [20, 21].

Rycina 2. Nakłucie czopa na brodawce sutkowej



Pobranie pokarmu na posiew

Wskazania do pobrania pokarmu na posiew to ciężki przebieg zapalenia piersi, brak poprawy po zastosowaniu antybiotyku I rzutu, nawrót zapalenia piersi i głęboki ból piersi przy braku uchwytanych zmian w badaniu piersi [22]. Pokarm powinien pochodzić z głębi piersi i nie może być zanieczyszczony florą skórną pacjentki ani osoby pobierającej.

Potrzebny sprzęt:

- jałowy zamykany pojemnik lub posiewówkę do transportu pokarmu do laboratorium,
- jałowy pojemnik do pobrania pokarmu (kubeczek),
- strzykawka,
- jałowe rękawiczki,
- środek do dezynfekcji skóry,
- materiały do obłożenia piersi (czysta pielucha, lignina, serweta).

Pobranie pokarmu na posiew składa się z następujących etapów:

- obłożenie i dezynfekcja piersi (szeroko wychodząc poza otoczkę),
- przygotowanie jałowego sprzętu, dezynfekcja rąk, założenie rękawiczek,
- wywołanie wypływu pokarmu przez odciągnięcie ręczne,
- spuszczenie pierwszych strumieni mleka, pobranie do pojemnika tryskających strumyków „ze środkowego strumienia” (nie wolno dotykać skóry pojemnikiem) [23],
- przelanie pokarmu do pojemnika transportowego (można wykorzystać strzykawkę),
- opisanie pojemnika transportowego.

W czasie pobierania pokarmu strumienie pokarmu mogą zanieczyścić pojemnik od zewnątrz. Dlatego lepiej jest po-

brać pokarm do kubeczka, a następnie przelać go do czystej posiewówki. Sposób przechowywania i transportu pobranego materiału do laboratorium, a niekiedy także pewne szczegóły dotyczące pobierania próbek, regulują wewnętrzne przepisy placówki służby zdrowia.

Wymaz z rany brodawki sutkowej lub zmian na otocze

Wskazaniem do pobrania wymazu ze zmian na brodawce sutkowej są głębokie, rozległe, trudno gojące się rany lub stwierdzenie objawów zakażenia bakteryjnego rany (obrzęk, zaczerwienienie brodawki, silna bolesność, sączenie ropnej wydzieliny). Wymaz z otoczki pobieramy w przypadku zmian patologicznych skóry otoczki (np. podejrzenie zakażenia grzybiczego).

Potrzebny sprzęt:

- wymazówka,
- jałowe rękawiczki,
- sól fizjologiczna,
- jałowa pęseta,
- jałowe gaziki.

Pobranie wymazu z rany składa się z następujących etapów:

- przygotowanie jałowego sprzętu,
- zwilżenie wymazówki kroplą soli fizjologicznej w razie potrzeby (ewentualnie rany),
- zdezynfekowanie rąk, założenie rękawiczek,
- usunięcie pęsetą zaschniętej wydzieliny, jeśli rana jest nią pokryta (bardzo rzadko jest to konieczne, zwykle rany są otwarte, sączące) [24],
- pobranie wymazu jałową wymazówką (pocierając ruchem obrotowym przez 5 sekund, pobrać materiał z jak najgłębszych warstw rany) [25],
- opisanie wymazówki.

Pobranie wymazu ze zmian na otocze składa się z następujących etapów:

- zwilżenie wymazówki kroplą soli fizjologicznej,
- pobranie wymazu ruchem zygzakowym po otocze (10 ruchów po cięciwach otoczki) [25],
- opisanie wymazówki.

Przy wszystkich zabiegach wykonywanych jałowo należy oczywiście przestrzegać zasad prawidłowego mycia i dezynfekcji rąk oraz zasad jałowego otwierania sprzętu.

Podsumowanie

Opisane w artykule zabiegi lecznicze i diagnostyczne są wykonywane w codziennej praktyce doradcy/konsultanta laktacyjnego stosunkowo rzadko. Znajomość wskazań i techniki wykonania może w niektórych przypadkach mieć kluczowe znaczenie w udzielaniu pomocy matce karmiącej i jej dziecku.

Piśmiennictwo

1. Żukowska-Rubik M, Nehring-Gugulska M. Standard wizyty w poradni laktacyjnej. *Standardy Med.* 2005; 4: 1786–1790.
2. ABM Protocols. Protocol 11. Guidelines for the evaluation and management of neonatal ankyloglossia and its complications in the breastfeeding dyad. www.bfmed.org
3. Ballard J.L., Auer C.E., Khoury J.C. Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. *Pediatrics* 2002; 110: e63.
4. Buryk M., Bloom D., Shope T. Efficacy of neonatal release of ankyloglossia: a randomized trial. *Pediatrics* 2011; 128: 280.
5. Geddes D. i wsp. Frenulotomy for breastfeeding infants with ankyloglossia: effect on milk removal and sucking mechanism as imaged by ultrasound. *Pediatrics* 2008; 122: e194.
6. Walker M. Conquering common breastfeeding problems. *J. Perinat. Neonat. Nurs.* 2008; 22 (4): 267–274.
7. Forlenza G.P., Paradise Black N.M., McNamara E.G. i wsp. Ankyloglossia, exclusive breastfeeding, and failure to thrive. *Pediatrics* 2010, May 24 (Epub ahead of print).
8. Dollberg S., Botzer E., Grunis E. i wsp. Immediate nipple pain relieve after frenotomy in breast-fed infants with ankyloglossia: a randomized, prospective study. *J. Pediatr. Surg.* 2006; 41 (9): 1598–1600.
9. Wallace H., Clarke S. Tongue tie division in infants with breast feeding difficulties. *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 2006; 70 (7): 1257–1261.
10. Hogan M., Westcott C., Griffiths M. Randomized controlled trial of division of tongue-tie in infants with feeding problems. *J. Pediatr. Child Health* 2005; 41 (5–6): 242.
11. Sioda T. Krótkie wędzidełko języka jedną z przyczyn trudności w karmieniu piersią. *Post. Neonatol* 2007; 1 (11): 52–27.
12. Marmet C., Shell E. Training neonates to suck correctly. *MCN Am. J. Matern. Child Nurs.* 1984; 9 (6): 401–407.
13. Hazelbaker AK. The Assessment tool for lingual frenulum function (ATLFF): Use in a lactation consultant private practice. Pacific Oaks College, Pasadena 1993; modyfikacja z 1998 roku.
14. Amir L.H. Reliability of the Hazelbaker assessment tool for lingual frenulum function. *Int. Breastfeed. J.* 2006; 1: 3.
15. Zaleski T. Niepowodzenia natury foniatrycznej w postępowaniu laryngologów u dzieci, W: Kossowska E. (red.). *Otolaryngologia dziecięca. Wybrane zagadnienia.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1994.
16. Stecko E. Zaburzenia mowy u dzieci: wczesne rozpoznawanie i postępowanie logopedyczne (wyd. 4). Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2002.
17. Stępień R.J. Świadomość profilaktyki logopedycznej rodziców dzieci w wieku przedszkolnym. Praca dyplomowa napisana pod kierunkiem prof. dra hab. Bronisława Roclawskiego. Podyplomowe Studium Logopedii i Glottodydaktyki, Akademia Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2006.
18. Wilson-Clay B., Hoover K. Sore nipples. W: Wilson-Clay B., Hoover K. (red.) *The Breastfeeding atlas* (third edition). Lact News Press, Mancha 2005.
19. Żukowska-Rubik M. Bolesność brodawek. W: Nehring-Gugulska M., Żukowska-Rubik M., Pietkiewicz A. (red.). *Certyfikowany Doradca laktacyjny – podręcznik dla uczestnika kursu.* CNoL/FTK, Warszawa 2010.
20. Lawrance R.A., Lawrance R.M. Management of the mother-infant nursing couple. W: Lawrance R.A., Lawrance R.M. (red.). *Breastfeeding: A Guide*

MALTAN®

MAŚĆ



**Do pielęgnacji brodawek sutkowych
w okresie ciąży
i karmienia piersią
Glucosum 30%**

**... gdy brodawki
pękają i bołą ...**



**stosuj już
na 2 miesiące
przed
planowanym
porodem**

PRZYJAZNY MATCE I DZIECKU

Stosowany w okresie ciąży i karmienia piersią osłania brodawkę sutkową i jej otoczenie. Poprawia znacznie elastyczność skóry brodawki, zapobiegając jej uszkodzeniu w czasie karmienia.

**Dostępny w aptekach bez recepty
w opakowaniach 10g i 40g**

WSKAZANIA

- pielęgnacja brodawek sutkowych przed porodem oraz w okresie karmienia piersią
- profilaktyka zapalenia gruczołu sutkowego
- pęknięcia skóry brodawek sutkowych

CO TO JEST MALTAN®?

Jest to preparat zawierający glukozę, która w 30% roztworze działa hamująco na rozwój bakterii i wykazuje działanie przeciwzapalne. Niewielkie zapalenia brodawek sutkowych, otarcia, pęknięcia skóry sutków w okresie karmienia piersią, a także przygotowanie brodawek sutkowych do laktacji są wskazaniami do stosowania preparatu MALTAN®. Podczas stosowania maści MALTAN® skóra brodawek sutkowych staje się elastyczniejsza, co ułatwia dziecku ssanie, a matce zapewnia bezbolesne karmienie piersią.

100 g maści zawiera:
glukoza jednowodna 30 g, co odpowiada 27,3 g bezwodnej glukozy.

Producent: masters Sp. z o.o., ul. Masztowa 3, 61-345 Poznań,
Dystrybutor: MIRALEX Sp. z o.o., ul. Św. Szczepana 25,
61-465 Poznań, tel.: 61 832 90 74, fax: 61 832 90 70,
e-mail: miralex@miralex.pl, www.miralex.pl. RK/186708/2007

- for the medical profession (6th edition). Mosby, St. Louis 2005.
21. Nehring-Gugulska M. Zatkanie przewodu mlecznego. W: Nehring-Gugulska M., Żukowska-Rubik M., Pietkiewicz A. (red.). Certyfikowany Doradca laktacyjny – podręcznik dla uczestnika kursu. CNoL/FTK, Warszawa 2010.
 22. Nehring-Gugulska M. Zapalenie piersi. W: Nehring-Gugulska M., Żukowska-Rubik M., Pietkiewicz A. (red.). Certyfikowany Doradca laktacyjny – podręcznik dla uczestnika kursu. CNoL/FTK, Warszawa 2010
 23. Thomsen A.C., Espersen T., Maigaard S. Course of treatment of milk stasis, noninfectious inflammation of the breast, and infectious mastitis in nursing women. Am. J. Obstet. Gynecol. 1984; 149: 492–495.
 24. Przondo-Mordarska A. Procedury diagnostyki mikrobiologicznej w wybranych zakażeniach układowych. Continuo, Wrocław 2004.
 25. Lactation culture protocol. UNC Center for Maternal & Infant Health. Resources for Health Care Professionals. http://www.mombaby.org/PDF/culture_protocol.2.0.pdf

Adres do korespondencji
lek. Monika Żukowska-Rubik
e-mail: monika.rubik@wp.pl