

**Zalecenia dotyczące stosowania immunoglobuliny anti-RhD w profilaktyce  
konfliktu matczyno- płodowego w zakresie  
antygeny D z układu Rh obowiązujące  
od dnia 18 grudnia 2015 roku.**

I Immunoglobulinę anti-Rh D podaje się kobietom Rh D-ujemnym domięśniowo w czasie nieprzekraczającym 72 godzin:

1. Po urodzeniu dziecka RhD-dodatniego:
  - a. 150 µg, jeżeli poród był fizjologiczny,
  - b. 300 µg, jeżeli poród był patologiczny, np. cięcie cesarskie, poród martwego płodu lub mnogi, z zabiegiem Credego lub ręcznym wydobyciem łożyska.
2. Po poronieniu samoistnym lub przerwaniu ciąży, inwazyjnej diagnostyce prenatalnej (amniopunkcja, biopsja kosmówki, kordocenteza), usunięciu ciąży pozamacicznej, w przypadku zagrażającego poronienia lub porodu przedwczesnego, przebiegającego z krwawieniem z dróg rodnych oraz po wykonaniu obrotu zewnętrznego płodu:
  - a) 50 µg do 20 tygodnia ciąży,
  - b) 150 µg po 20 tygodniu ciąży.

**Uwagi**

- a) W przypadku kompletnego poronienia samoistnego do 12 tygodnia ciąży (bez łyżeczkowania jamy macicy), które przebiegło bez silnych dolegliwości bólowych immunoglobuliny anti-RhD nie podaje się. W takich przypadkach czas trwania ciąży powinien być udokumentowany badaniem USG.
- b) W sytuacji powtarzających się krwawień podczas ciąży należy rozważyć podawanie dawki immunoglobuliny w standardowej dawce co 6 tygodni.
- c) W sytuacji, gdy immunoglobulina anti-RhD nie została podana w rekomendowanym okresie 72 godzin należy ją zastosować niezwłocznie, jednak nie później niż do 10 dni od czasu narażenia na immunizację.
- d) Kobiety, u których wykrywa się słabą ekspresję antygeny D określaną jako D słaby typ 1, 2 lub 3, determinowany przez allele RHD\*01W.1, RHD\*01W.2 oraz RHD\*01W.3 oznacza się jako RhD dodatnie. Osoby te nie są podatne na wytwarzanie przeciwciał anti-D i nie są kwalifikowane do podania immunoglobuliny anti-D. Pozostałe słabe odmiany antygeny D oznacza się jako RhD ujemne.

- II. Przed podaniem immunoglobuliny any-RhD należy wykonać następujące serologiczne badania kwalifikacyjne:
1. U ciężarnej, po poronieniu i po porodzie:
    - a) określenie grupy krwi ABO i antygeny RhD (jeśli brak jest wyniku),
    - b) badanie na obecność przeciwciał odpornościowych do krwinek czerwonych (badania nie wykonuje się w przypadku, gdy kobieta miała podaną immunoglobulinę anti-RhD w III trymestrze aktualnie zakończonej ciąży – tj. w 28 tygodniu lub później,
    - c) określenie antygeny RhD we krwi dziecka (może to być krew pępowinowa).
  - III. Do podania immunoglobuliny anti-RhD kwalifikuje się kobietę RhD - ujemną, u której nie wykryto przeciwciał anti-RhD i której dziecko jest RhD-dodatnie. W przypadku, gdy krew dziecka jest niedostępna, to do podania immunoglobuliny kwalifikuje się kobietę Rh D-ujemną, u której nie wykryto przeciwciał anti-RhD.
  - IV. Wprowadza się profilaktykę śródciażową polegającą na podaniu w 28-30 tygodniu ciąży immunoglobuliny anti-RhD w dawce 300 µg każdej kobiecie RhD-ujemnej, u której nie wykryto przeciwciał anti-RhD. Zastosowanie profilaktyki śródciażowej nie zwalnia od podania immunoglobuliny anti-Rh D po porodzie w dawkach, jak w pkt. I. 1. Z podania immunoglobuliny anti-D w czasie ciąży mogą być zwolnione kobiety, u których poprzez analizę wolnokrążącego DNA płodu w osoczu ciężarnej wykazano, że płód jest RhD ujemny. Po porodzie należy wykonać oznaczenie RhD u noworodka i podać immunoglobulinę jeśli dziecko jest RhD dodatnie.

Uwagi:

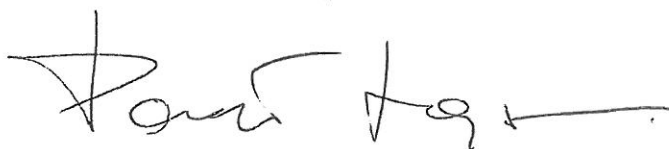
1. Przyjęte wytyczne podawania immunoglobuliny anti-RhD odnoszą się do każdej ciąży.
2. Kobieta, która w czasie ciąży otrzymała immunoglobulinę anti-RhD, powinna otrzymać powtórnie odpowiednią dawkę preparatu po urodzeniu dziecka RhD dodatniego.
3. W przypadku podejrzenia masywnego przecieku płodowo-matczynego dawkę immunoglobuliny anti-RhD określa się indywidualnie na podstawie oceny wielkości przecieku.
4. W przypadku niedostępności preparatu, zawierającego zalecaną dawkę immunoglobuliny, dopuszczalne jest zastosowanie wyższych dawek immunoglobuliny.

5. Informacja o podaniu immunoglobuliny anti-RhD w czasie ciąży oraz po jej zakończeniu powinna zostać odnotowana w dokumentacji medycznej pacjentki. W przypadku niepodania immunoglobuliny należy podać przyczynę dyskwalifikacji.

Konsultant krajowy w dziedzinie położnictwa i ginekologii  
Prof. dr hab. n. med. Stanisław Radowski



Konsultant krajowy w dziedzinie transfuzjologii klinicznej  
Dr hab. n. med. Paweł Łaguna



Konsultant krajowy w dziedzinie perinatologii  
Prof. dr hab. Mirosław Wielgoś

