



PORÓD W HIPNOZIE

— **SZKOŁA RODZENIA** —

dr JERZY LECH PIECHNIK

dr Jerzy Lech Piechnik
„Poród w hipnozie. Szkoła rodzenia”

Copyright © by dr Jerzy Lech Piechnik, 2018
Copyright © by Wydawnictwo Psychoskok Sp. z o.o., 2018

Wszelkie prawa zastrzeżone.

Żadna część niniejszej publikacji nie może być reprodukowana, powielana i udostępniana w jakiegokolwiek formie bez pisemnej zgody wydawcy.

Redaktor prowadząca: **Wioletta Tomaszewska**
Korekta: **Marianna Umerle, Emilia Ceglarek**
Projekt okładki: **Robert Rumak**
Skład: **Jacek Antoniewski**
Ilustracje na okładce: © **brunobarillari – Fotolia.com**

ISBN: 978-83-8119-143-2

Wydawnictwo Psychoskok Sp. z o.o.
ul. Spółdzielców 3/325, 62-510 Konin
tel. 63 242 02 02
<http://psychoskok.pl>
e-mail: wydawnictwo@psychoskok.pl

*Moim najukochańszym córkom
Małgorzacie i Sylwii*

I. Spis treści

I. Wstęp	5
II. Ciąża i poród	10
Ciąża	10
Badania laboratoryjne	12
Badania USG w ciąży	18
Patologia ciąży – wybrane powikłania ciąży	21
Poród	31
Masaż krocza	33
Zwiastuny porodu	38
Okresy porodu	43
Nacięcie krocza i parcie w II okresie porodu	47
III. Struktura bólu	50
IV. Rodzaje i techniki zwalczania bólu porodowego	55
V. Medytacja i hipnoza w psychoprofilaktyce bólu	64
VI. Hipnoza i medytacja w ciąży	90
VII. Poród w alfa–transie	107
VIII. Zakończenie	139
IX. Kurs przygotowujący do porodu w alfa–transie	145

I. Wstęp

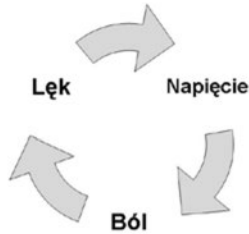
Od zarania dziejów poród był wielkim wydarzeniem w życiu każdej rodziny, i to nie tylko z powodu urodzenia potomka, ale również z powodu zagrożenia, jakie niósł ze sobą dla rodzącej i noworodka. Pomimo wielkiego postępu w ciągu ostatnich dziesięcioleci w zakresie opieki okołoporodowej, ciąża i poród nadal stanowią duże zagrożenie dla matki i dziecka. Używane w powszechnym nazewnictwie określenia *ciąża fizjologiczna* czy *poród naturalny* mogą być bardzo mylące, ponieważ z tej naturalnej fizjologii w jednej chwili może powstać ciężka patologia, o czym miałem możliwość przekonać się w czasie mojej czterdziestoletniej pracy lekarza położnika. Na przebieg ciąży i porodu ma wpływ wiele czynników: stan zdrowia matki, środowisko, odżywianie oraz stan emocjonalny kobiety.

Emocje nierozzerwalnie związane są z bólem porodowym, który spędza sen z powiek większości rodzących zapoznanych z różnymi informacjami, nie zawsze prawdziwymi, a pochodzącymi z przekazów rodzinnych, koleżeńskich czy medialnych.

Wszechwiedzący dr Google potrafił nieźle namieszać w głowach swoich czytelniczek, które namiętnie serfują po stronach internetu w poszukiwaniu wskazówek.

Już ponad 100 lat temu londyński położnik dr Grantly Dick-Red zauważył, że niektóre pacjentki rodziły w ciszy i spokoju, a inne krzyczały i cierpiały, zwijając się z bólu.

Doszedł do wniosku, że przyczyną zwiększonego odczucia bólu był strach towarzyszący porodowi oraz zwiększone napięcie mięśni. Wytworzyło się błędne koło: lęk zwiększał napięcie mięśni, napięcie zwiększało odczucie bólu, a ból potęgował lęk.



Źródło własne

Żeby zapobiec takiej sytuacji, należało przerwać łańcuch zdarzeń poprzez zmniejszenie odczucia lęku (psychoterapia), zmniejszyć napięcie mięśni (ćwiczenia relaksacyjne) lub zastosować leki przeciwbólowe. Hipnoza sama w sobie działa na wszystkie trzy elementy, ponieważ zmniejsza lęk i napięcie mięśniowe, działa przeciwbólowo bezpośrednio na ośrodkowy układ nerwowy, blokując przepływ bodźców bólowych.

W rozdziale poświęconym hipnozie dokładnie wyjaśnię, na czym polega jej działanie i postaram się udowodnić, że hipnoza to nie żadne czary, lecz jest to normalny stan naszego mózgu, który w częstotliwości 7–14 Hz (fale alfa) umożliwia kodowanie informacji przekazywanych w postaci sugestii do naszej podświadomości. To może trochę przypominać obśmiewany sposób nauki, polegający na umieszczaniu książki przed snem pod poduszką, z której wiedza miałaby samoistnie wchodzić do głowy. W czasie transu hipnotycznego, kiedy świadomość jest zawężona, a dostęp do podświadomości otwarty, informacje zawarte w sugestjach kodowane są w podświadomości.

Moje czterdziestoletnie obserwacje rodzających, wiedza położnicza i znajomość hipnozy po uzyskaniu uprawnień

hipnoterapeuty, zaowocowały opracowaniem metody porodów w alfa–transie (w hipnozie).

Hipnozę można stosować również w ciąży w zapobieganiu niepowściągliwych wymiotów, zaburzeniach emocjonalnych, w poronieniach i zagrażających porodach przedwczesnych jako leczenie wspomagające.

Jest to metoda bardzo bezpieczna, zarówno dla matki, jak i płodu, pozbawiona jakiegokolwiek czynności farmakologicznych, ponieważ jej działanie opiera się na regulowaniu sfery emocjonalnej.

Emocje powstają głównie pod wpływem myśli, zasłyszanych słów lub innych bodźców zewnętrznych. Dlatego tak ważne jest, jakie informacje dotyczące ciąży, a szczególnie porodu, docierają do ciężarnej. Kobiety, które nie rodziły, są szczególnie podatne na negatywne wpływy opowiadań koleżanek, znajomych, rodziny czy informacje medialne.

Wszystko to składa się na powstanie zespołu stresu ciążowego, który może mieć negatywny wpływ na rozwój płodu oraz przebieg porodu. Lęk jest nieodzownym składnikiem stresu, a w formie przewlekłej prowadzi do zaburzeń w przepływie łożyskowym, wzrostu ciśnienia tętniczego czy przedłużania się porodu. Poród w hipnozie, który eliminuje lęk i zmniejsza napięcie mięśniowe, jest średnio o 4 godziny krótszy od zwykłego porodu, a przede wszystkim mniej bolesny, jak relacjonują położnice, które rodziły w hipnozie.

Wiedzę na temat hipnoporodu zawartą w tej książce można zgłębić, słuchając nagranych kursów na płycie CD lub słuchając czytanego tekstu przez inną osobę (np. męża) w pozycji półleżącej z zamkniętymi oczami i muzyką relaksującą w tle. Warunkiem koniecznym jest wcześniejsze zapoznanie się z podstawową wiedzą na temat ciąży i porodu oraz działaniem hipnozy. Moja Szkoła Rodzenia, którą nazywam hipnotyczną, opiera się na wiedzy położniczej przekazywanej w formie sugestii hipnotycznych

i wykorzystuje moje czterdziestoletnie doświadczenia zawodowe zdobyte na sali porodowej. Odczucie bólu porodowego związane jest z wieloma czynnikami: skurczami macicy, bólem i napięciem mięśni krocza i pochwy oraz stanem emocjonalnym. Dlatego wszystkie te elementy muszą być uwzględnione w zwalczaniu tych przykrych dolegliwości.

W dalszej części książki omówię sposoby masażu krocza i pochwy, następnie różne sposoby oddychania i parcia w trakcie drugiego okresu porodu oraz podstawowe zasady psychoprolaktyki porodowej.

Wszystko co obce i nieznane może wywoływać w nas uczucie lęku i niepokoju. Dopiero z chwilą zapoznania się z tym nowym zjawiskiem uzyskujemy zrozumienie i wewnętrzny spokój.

To samo dotyczy ciąży i porodu, szczególnie u pierworódek, które nie mając własnych doświadczeń, opierają się na relacjach mam, koleżanek i informacjach w mediach, głównie w internecie. Internet stanowi szczególne źródło niesprawdzonych i szkodliwych informacji, a przekazy przyjaciółek, zwłaszcza tych, które rodziły i mają swoje przykre doświadczenia, są obciążone ogromnym balastem lęku i niepokoju.

Wiadomości na temat ciąży i porodu zawarte w następnym rozdziale mają służyć zapoznaniu się z tą problematyką, oswojeniu się z terminologią położniczą oraz przećwiczeniu pewnych zachowań, z którymi rodząca będzie miała do czynienia na sali porodowej. Zdobycie tej podstawowej wiedzy wyeliminuje jakiegokolwiek zaskoczenie w czasie porodu, ponieważ rodząca jest świadoma tego, co za chwilę ma nastąpić i wie jak się ma zachować, nie prowokując powstania strachu i lęku.

W mojej szkole rodzenia wiedza położnicza przekazywana jest w dwojaki sposób: na poziomie świadomym, poprzez słuchanie i czytanie tekstów zawierających informacje na temat ciąży i porodu, oraz na poziomie podświadomym, poprzez sugestie

hipnotyczne przekazywane podczas alfa-transu. Jest to swego rodzaju fantom położniczy, pozwalający przećwiczyć mentalnie swoje reakcje, tak jak by to było w czasie porodu.

Słuchając poszczególnych części kursu, uczymy się oddychać przeponą, rozluźniać mięśnie – szczególnie mięśnie krocza – oraz ćwiczymy parcie kontrolowane.

Zdobyta w ten sposób wiedza, utrwalona w podświadomości, tak jak każde wyuczone zachowanie, kieruje naszymi reakcjami na zasadzie autopilota, eliminując strach przed nieznanym.

Pacjentki, które rodziły w hipnozie, wyraźnie podkreślają, że nie bały się porodu, a odczuwalny ból porównywały do bólu miesiączkowego.

Aby uzyskać taki stan emocjonalny, trzeba „nauczyć się” rodzić, tak jak uczyliśmy się chodzić, mówić czy jeździć rowerem.

Przedstawiając informacje na temat ciąży i porodu skupię się głównie na fizjologii, a zjawiska patologiczne ograniczę do niezbędnego minimum pozwalającego zrozumieć pewne sytuacje położnicze. Układ badań i ich interpretacje odzwierciedlają harmonogram wizyt lekarskich, umożliwiając śledzenie na bieżąco rozwoju ciąży w poszczególnych miesiącach.

Zachęcam do milej lektury i życzę niezapomnianych wrażeń z porodu.

Autor

II. Cięża i poród

Cięża

Zatrzymanie miesiączki może być pierwszym objawem ciąży, ale nie jest to jedyny i pewny objaw. Brak miesiączki może być wynikiem zaburzeń hormonalnych, ale również utrzymany rytm miesięczkowy nie wyklucza ciąży. Blisko 7% kobiet miesiączkuje regularnie do 3 miesiąca ciąży.

Wobec tego każde podejrzenie ciąży musi być jak najszybciej potwierdzone lub wykluczone, ponieważ zarodek w pierwszych tygodniach ciąży jest narażony na wszelkiego rodzaju czynniki szkodliwe, takie jak: leki, infekcje, używki, wpływy środowiska czy stres.

Pewne rozpoznanie ciąży można uzyskać w badaniu USG lub w oznaczeniu beta HCG (gonadotropina kosmówkowa) wytwarzaną przez kosmówkę jaja płodowego. Poziom tego hormonu rośnie codziennie, począwszy od dnia zapłodnienia, dlatego można go wykrywać w testach w moczu i surowicy krwi. Testy lateksowe służące do wykrywania HCG w moczu bywają często fałszywie pozytywne, natomiast najbardziej wiarygodne są oznaczenia w surowicy.

Badanie USG pozwala nie tylko rozpoznać ciążę, lecz także dostarcza wielu innych ważnych informacji, np. czy pęcherzyk ciążowy znajduje się w jamie macicy i czy widoczne jest echo serca – echo żywego zarodka.

Brak pęcherzyka ciążowego w jamie macicy nasuwa podejrzenie ciąży pozamacicznej, a brak zarodka w pęcherzyku może świadczyć o pustym jaju płodowym.

Z chwilą rozpoznania ciąży należy wykonać badania laboratoryjne i serologiczne, objęte wykazem badań obowiązkowym w ciąży (grupa krwi, morfologia, mocznik, glukoza na czczo, badania w kierunku toksoplazmozy i różyczki oraz HCV, HIV i WR) oraz wprowadzić suplementację kwasem foliowym. Podawanie kwasu foliowego w ciążach planowanych powinno być rozpoczęte wcześniej, ponieważ kwas foliowy, jak i nienasycone kwasy tłuszczowe, są potrzebne do prawidłowego rozwoju cewy nerwowej płodu.

Jego niedobór może być powodem poronienia lub wad rozwojowych u płodu.

W prawidłowo rozwijającej się ciąży przynajmniej raz w miesiącu powinniśmy skorzystać z wizyty u ginekologa, ale jest to minimalna ilość spotkań, która może ulec zmianie w związku z pojawiającymi się niepokojącymi objawami.

Badania laboratoryjne

Badania laboratoryjne i USG wykonane w I trymestrze ciąży są obowiązkowe, ponieważ pozwalają na wykrycie nieprawidłowości oraz informują nas o stanie zdrowia matki i płodu.

Grupa krwi i Rh matki oraz ojca dziecka umożliwiają wykrycie niezgodności immunologicznej w zakresie antygeny D. Jeżeli ciążarna nie posiada antygeny D, a ojciec dziecka jest Rh (+), wówczas istnieje prawdopodobieństwo odziedziczenia tego antygeny przez płód. W takiej sytuacji, jeżeli nastąpi przeciek łożyskowy krwinek płodu do krążenia matczynego, matka wytwarza przeciwciała anty-D, które mogą niszczyć krwinki płodu, doprowadzając u niego do choroby hemolitycznej stanowiącej zagrożenie dla życia.

Znając grupę krwi i czynnik Rh obojga rodziców jesteśmy w stanie zapobiec tym komplikacjom, stosując u matki w czasie ciąży szczepionkę zawierającą przeciwciała anty-D, a w przypadku wytwarzania przez matkę przeciwciał możemy wcześniej rozwiązać ciążę, ratując dziecko przed śmiertelnym zagrożeniem.

Jeżeli matka i ojciec są zgodni serologicznie w zakresie antygeny D [oboje Rh(+) lub Rh(-)] wykonujemy badanie na obecność przeciwciał odpornościowych.

W czasie pierwszej wizyty, w ramach profilaktyki raka szyjki macicy, należy pobrać rozmaz cytologiczny oraz wykonać biocenozę pochwy. Nieprawidłowe wyniki badania cytologicznego wymagają rozszerzenia diagnostyki o badanie kolposkopowe, które wyjaśni z jakim rodzajem dyspazji szyjki mamy do czynienia: małego stopnia, średniego, dużego czy rakiem.

Informacje te pozwalają ustalić schemat postępowania i sposób rozwiązania ciąży (poród naturalny czy cięcie cesarskie) oraz postępowanie poporodowe.

Morfologia krwi oraz ogólne badanie moczu wykonywane są co miesiąc, ponieważ parametry tych badań mogą często

ulegać zmianie, a informacje jakie uzyskujemy z tych wyników, pozwalają wykryć zmiany patologiczne w układzie moczowym i anemię, która często towarzyszy ciąży.

Poziom stężenia glukozy we krwi wykonany na czczo informuje o prawidłowej gospodarce węglowodanowej, a jednocześnie pozwala wykluczyć nierozpoznaną cukrzycę sprzed ciąży.

W 24–28 tygodniu ciąży test obciążenia glukozą 75 g i oznaczenie poziomu cukru na czczo, po jednej i po dwóch godzinach, wyklucza lub potwierdza cukrzycę ciążową (wartości graniczne na czczo – 92 mg/dl, po jednej godzinie po 75 g glukozy – 180 mg/dl, a po 2 godzinach – 153 mg/dl). Cukrzycę ciążową rozpoznajemy, jeżeli jedna z wartości jest nieprawidłowa.

W czasie pierwszej wizyty wykonujemy również badanie w kierunku toksoplazmozy, choroby odzwierzęcej wywołanej przez pierwotniaka *Toxoplasma gondii*, którego żywicielem pośrednim jest człowiek lub inne ssaki, a żywicielem ostatecznym jest kot. Toksoplazmozy nie przenoszą psy, jak również koty wychowywane w domu, nie wychodzące na zewnątrz, nie mające kontaktu z innymi zwierzętami. Zakażenie toksoplazmozą następuje w wyniku kontaktu z odchodami zarażonego kota, spożyciem zakażonego surowego lub niedogotowanego mięsa (owiec, bydła, ptactwa) lub poprzez transplantację organów ciała oraz śródmacicznie (toksoplazmoza wrodzona). Objawy toksoplazmozy zależą od tego, czy zarażona osoba ma prawidłową odporność, czy też nie, oraz od tego, czy mamy do czynienia z toksoplazmozą nabytą czy wrodzoną.

Toksoplazmoza nabyta u osób z prawidłową odpornością może nie dawać żadnych objawów, ale jeśli się pojawią, to najczęściej są to: gorączka, objawy grypopodobne, obrzęk węzłów chłonnych, dolegliwości stawowe, stany pozapalne narządów zajętych przez chorobę, a także zapalenie mózgu i opon mózgowych. Toksoplazmoza wrodzona objawia się: małogłowiem lub wodogłowiem, zapaleniem siatkówki i naczyńiówki, zwapnieniem śródmózgowia oraz opóźnieniem rozwoju umysłowego.

Pierwsze oznaczenie przeciwciał IgG i IgM wykonujemy przed 10 tygodniem ciąży i jeżeli wynik jest prawidłowy, powtarzamy go w 21–26 tygodniu ciąży.

A tak wygląda interpretacja wyników badań immunoglobulin IgG i IgM:

- » IgG (-), IgM (-) – oznacza brak odporności i brak objawów zakażenia. W postępowaniu należy zalecić odpowiednią higieniczną dietę oraz wykonać kolejne badania serologiczne w ciąży.
- » IgG (-), IgM (+) – oznacza nieswoisty odczyn (wynik fałszywie dodatni, konieczne powtórzenie badań po 3 tygodniach i jeżeli wynik się powtórzy, zalecenia jak przy IgG (-), IgM (-).
- » IgG (+), IgM (-) – oznacza odporność i świadczy o przebytych zakażeniu. Jeżeli IgG jest równe lub wyższe od 100 IU/ml (badanie pierwszorazowe), można podejrzewać pierwotną inwazję, w której IgM szybko zniknęły i wówczas konieczna jest kontrola po 3 tygodniach oraz konsultacja specjalisty od spraw zakażeń. Utrzymanie poziomu IgG na podobnym poziomie może przemawiać za przewlekłym zakażeniem. Wzrost poziomu IgG i pojawienie się przeciwciał klasy IgM świadczy o tym, że zakażenie jest pierwotne oraz czynne i konieczne jest leczenie chemioterapeutyczne.

Aby zróżnicować wczesne zakażenie od przewlekłego, należy wykonać pomiar siły wiązania przeciwciał IgG z antygenami pasożyta *Toxoplasma gondii* – awidność przeciwciał IgG.

Im dłuższy czas upłynął od zakażenia, tym większa jest siła wiązania przeciwciała z antygenem. Niska awidność sugeruje świeżą infekcję, w przewlekłym zakażeniu awidność jest wysoka.

- » IgG (+), IgM (+) oznacza pierwotne, czynne zakażenie i wymaga leczenia przez specjalistę od spraw zakażeń.

Przed 10 tygodniem ciąży należy wykonać również badania w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową: VDRL (kiła), HIV (AIDS). Na te badania pacjentka musi wyrazić zgodę piśmenną.

Wirusowe zapalenie wątroby typu C możemy rozpoznać, wykonując badanie HCV. Wirus powoduje uszkodzenie wątroby i przenoszony jest głównie w wyniku uszkodzenia ciągłości tkanek – operacje i zabiegi kosmetyczne, tatuaże, stosunki płciowe.

Badania z grupy chorób zakaźnych (VDRL, HIV, HCV) powtarzamy w 33–37 tygodniu ciąży i dodatkowo wykonujemy HBs w kierunku nosicielstwa wirusa żółtaczki wszczepiennej.

Wirus WZW typu B również przenoszony jest w wyniku uszkodzenia tkanek w trakcie różnego rodzaju zabiegów (operacje chirurgiczne, zabiegi kosmetyczne, tatuaże itp.), stosunki płciowe oraz w trakcie porodu.

Rozpoznanie nosicielstwa wirusa żółtaczki typu B opiera się o oznaczanie antygeny HBs, (HBc, HBe) oraz przeciwciał anty HBs (anty HBc, HBe) w surowicy krwi matki. Wynik dodatni umożliwi objęcie noworodka szczególną opieką polegającą na podaniu mu po porodzie pierwszej dawki szczepionki przeciw WZW B oraz specyficznej immunoglobuliny, zawierającej wysokie stężenie przeciwciał anty HBs i anty HBc.

Badania w kierunku paciorkowca hemolizującego (GBS – *Streptococcus agalactiae*) wykonujemy między 34 a 37 tygodniem ciąży, a polegają one na pobraniu wymazów z pochwy i odbytu. Bakterie te występują w normalnych warunkach w dolnym odcinku przewodu pokarmowego i pochwie, nie wywołując żadnych objawów. Stają się groźne w ciąży, kiedy w trakcie porodu przedostaną się do płuc noworodka wraz z zainfekowanymi wodami płodowymi, wywołując zapalenie płuc lub opon mózgowych.

Wykrycie obecności paciorkowców w pochwie pod koniec ciąży umożliwi podanie matce w czasie porodu antybiotyku oraz wczesne objęcie noworodka obserwacją i leczeniem.

Wczesna antybiotykoterapia matki w trakcie ciąży jest nieskuteczna, ponieważ po zakończonym leczeniu paciorkowce szybko ponownie się rozwijają.

Cytomegalia – choroba wywołana przez wirusa CMV – jest niegroźna dla matki, często przebiega bez objawów, dlatego tak trudno ją zdiagnozować. Zakażenie w ciąży może być groźne dla potomstwa, bo wirus przechodzi przez łożysko i przenika do płodu. Do zakażenia dochodzi podczas porodu lub podczas karmienia piersią. Konsekwencje zależą od tego, w którym momencie ciąży nastąpiło zakażenie. Jeżeli miało ono miejsce w I trymestrze, istnieje bardzo duże ryzyko poronienia lub rozwinięcia się poważnej wady wrodzonej w układzie nerwowym. Zakażenie w II lub III trymestrze może spowodować uszkodzenie mózgu płodu, objawiające się zaburzeniami rozwoju i padaczką bądź porodem przedwczesnym.

Dzieci matek zarażonych CMV w ciąży zazwyczaj od urodzenia mają problemy zdrowotne. Diagnostyka polega na wykryciu zespołu cytomegalii wrodzonej z takimi objawami, jak: powiększenie śledziony i wątroby, żółtaczka, wylewy podskórne, zapalenie płuc. Niekiedy cytomegalowirus na początku pozostaje w uspieniu, a daje o sobie znać nawet kilka lat później. Skutkiem jest np. całkowita utrata słuchu, zaburzenia widzenia lub opóźnienia umysłowe.

Nie ma szczepionki, która chroniłaby przed zachorowaniem na cytomegalię. Testy wykonane z krwi wykazują poziom przeciwciał w klasie IgG i IgM przeciw cytomegalii. Obecność przeciwciał klasy IgM oraz znaczny wzrost przeciwciał IgG świadczą o istnieniu pierwotnej infekcji. Jeśli przeciwciała wykrywamy przed ciążą, oznacza to, że kobieta przeszła cytomegalię, a obecne przeciwciała chronią ją przed świeżą infekcją. Około 80% kobiet w wieku rozrodczym ma przeciwciała klasy IgG, a więc zetknęło się wcześniej z wirusem i zakażenie pierwotne w ciąży im nie zagraża.

Różyczka jest chorobą wirusową przenoszoną drogą kropelkową. W czasie ciąży wirus różyczki może przenikać przez łożysko,

doprowadzając tym samym do powstania licznych wad rozwojowych płodu i poronienia. Przechorowanie różyczki daje trwałą odporność i dlatego każda kobieta planująca ciążę powinna mieć wykonane badania poziomu przeciwciał IgG i IgM. Brak przeciwciał jest wskazaniem do wykonania szczepienia jeszcze przed ciążą.

Interpretacja wyników badań:

IgG (-), IgM (-) oznacza brak kontaktu z chorobą. Pacjentka nie jest odporna na wirusa różyczki i możliwe jest zakażenie. Należy się zaszczepić. Przez trzy miesiące po szczepieniu nie wolno zajść w ciążę.

IgG (+), IgM (-) oznacza, że osoba zetknęła się z wirusem i jest to późna faza toczącego się zakażenia lub przeciwciała pochodzą z zakażenia dawno przebytego. Bardzo ważne jest odróżnienie tych dwóch sytuacji. Należy ponownie oznaczyć poziom przeciwciał po trzech tygodniach i jeśli miano przeciwciał wzrosło, to jest to przewlekła faza zakażenia, która wymaga leczenia. Jeżeli miano przeciwciał spadło lub nie zmieniło się, świadczy to o przeżytym zakażeniu i nabyciu trwałej odporności.