

gnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzania. Standard II ww. rozporządzenia stanowi wprost, że podczas niektórych wizyt należy wykonać „badanie podmiotowe i przedmiotowe” (do 10. tygodnia ciąży lub w chwili pierwszego zgłoszenia się, tak pomiędzy 11.–14.; 15.–20.; 21.–26.; 27.–32.; 33.–37.; 38.–39. tygodniem ciąży oraz po 40. tygodniu ciąży) lub pewne badania diagnostyczne, przede wszystkim „badanie ultrasonograficzne” (tak pomiędzy: 11.–14.; 18.–22.; 27.–32. tygodniem ciąży oraz po 40. tygodniu ciąży). Należy więc podkreślić, że skoro przepis nakazuje wykonanie badania przedmiotowego (które wymaga fizycznej obecności pacjenta w gabinecie lekarskim) czy badania ultrasonograficznego, to nie wolno przeprowadzać go poprzez wizytę on-line.

Podsumowując, ograniczenia w zakresie przemieszczania się nie wykluczają możliwości prowadzenia wizyt przez ginekologów-położników czy zgłoszenia się pacjentki na wizytę do ginekologa-położnika. Trzeba też pamiętać, że przepisy wydane przez Ministra Zdrowia, związane z ogłoszeniem stanu epidemii, nie uchyliły obowiązków dotyczących prowadzenia ciąży, ustalonych w innych przepisach wydanych przez Ministra Zdrowia. Z tego powodu uważam, że lekarz prowadzący ciążę nie może w czasach epidemii zrezygnować z wizyt stacjonarnych w przypadku tych wizyt, w których przepisy nakazują wykonanie badania przedmiotowego i innych badań wymagających osobistej obecności pacjentki w gabinecie lekarskim” [5].

ZALECENIA SEKCJI ULTRASONOGRAFII PTGiP W ZAKRESIE WYKONYWANIA BADAŃ ULTRASONOGRAFICZNYCH U CIĘŻARNYCH

Niewątpliwie badań ultrasonograficznych w ciąży nie można zrealizować za pomocą teleporady. Sekcja Ultrasonografii PTGiP wydała Zalecenia w zakresie badań USG w sytuacji epidemiologicznej – COVID-19 – które są przedstawione w tabeli 1 [6].

TABELA 1.

Zalecenia sekcji PTGiP w zakresie badań USG u ciężarnych

<p>Przed wykonaniem badań należy uwzględnić wstępną selekcję pacjentek w trybie:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ teleporady i wypełnienia przez pacjentkę ankiety on-line z wywiadem w kierunku ryzyka COVID-19 <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ telefonicznej oceny ryzyka przez pracownika rejestracji w czasie rozmowy z pacjentką <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ wypełnienia ankiety i oceny ryzyka epidemiologicznego niezwłocznie po zgłoszeniu się do ośrodka wykonującego badania.
<ul style="list-style-type: none"> • Badamy tylko pacjentki z ujemnym wywiadem oraz pacjentki bezobjawowe.
<ul style="list-style-type: none"> • W przypadku pacjentek z ujemnym wywiadem epidemiologicznym, niegorączkujących, ale z objawami przeziębienia, wskazane jest odroczenie badania do momentu ustąpienia objawów. Można przyjąć, że w łagodnych przypadkach ustalenie terminu za 7 dni powinno być wystarczające.
<ul style="list-style-type: none"> • Ciężarne z dodatnim wywiadem po przeprowadzeniu ankiety powinny podlegać 14-dniowej kwarantannie i nie mieć wykonywanych przesiewowych badań ultrasonograficznych. W przypadku stanów nagłych wskazana jest opieka szpitalna w dedykowanym ośrodku.
<ul style="list-style-type: none"> • Ciężarne chorujące na COVID-19 lub z dodatnim testem na SARS-CoV-2 powinny mieć wykonywane badania USG wyłącznie z uzasadnionych wskazań w ośrodkach wielospecjalistycznych (tzw. jednoimiennych), dedykowanych do opieki nad pacjentami z infekcją SARS-CoV-2 (wg listy Ministerstwa Zdrowia – załącznika 1).
<ul style="list-style-type: none"> • W warunkach szpitalnych należy wykonywać tylko badania uzasadnione klinicznie. Należy dostosować te zasady do rekomendacji wydanych przez PTGiP oraz specjalistów krajowych z dziedziny położnictwa/ginekologii i perinatologii.
<ul style="list-style-type: none"> • W podejrzewanych, prawdopodobnych lub potwierdzonych przypadkach zakażenia COVID-19 należy przeprowadzać – gdy są klinicznie niezbędne – badanie ultrasonograficzne wzrastania płodu, wskaźnik ilości płynu owodniowego (<i>amniotic fluid index</i> – AFI) i przepływu krwi w tętnicy pępowinowej. Preferowane jest badanie przyłożkowe. W kolejnych tygodniach ciąży należy monitorować wyżej wymienione parametry – w zależności od położniczej sytuacji klinicznej – co 2–4 tygodnie.
<ul style="list-style-type: none"> • Jeśli infekcja COVID-19 zostanie potwierdzona podczas I lub wczesnego II trymestru ciąży, należy zlecić wykonanie badania między 18. a 24. tygodniem ciąży.

<ul style="list-style-type: none"> • W warunkach ambulatoryjnych powinno się wykonywać badanie I, II i III trymestru, w innych sytuacjach – badanie z przyczyn nagłych, jeśli nie może zostać wykonane w warunkach szpitalnych (ostry brzuch, podejrzenie ciąży ektopowej, skrętu guza przydatków, chore onkologiczne, zapalenie narządów miednicy mniejszej – PID [<i>pelvic inflammatory disease</i>], krwawienie z dróg rodnych o nieustalonej etiologii).
<ul style="list-style-type: none"> • Wszystkie pozostałe planowane badania (w szczególności tzw. badania 3D/4D, ginekologiczne, badania profilaktyczne piersi czy monitorowanie wybranych objawów w badaniu położniczym – łagodnego poszerzenia komór bocznych mózgu, miedniczek nerkowych) powinny zostać przełożone na późniejszy termin.
<ul style="list-style-type: none"> • W badaniach położniczych, ze względu na zwiększone ryzyko transmisji zakażenia przy badaniu dopochwowym, należy zminimalizować liczbę procedur wykonywanych głowicą endowaginalną. Także w przypadku oceny długości szyjki macicy w okresie zagrożenia epidemiologicznego rekomendujemy wykonanie badania przezbrzuszenie. W przypadku stwierdzenia długości szyjki <25 mm zalecamy progesteron dopochwowo. Nie ma konieczności weryfikowania pomiaru sondą przezpochwową. Unikajmy tworzenia aerozoli z potencjalnie zakaźnego materiału (wydzieliny z pochwy).
<ul style="list-style-type: none"> • W gabinecie i poczekalni może przebywać tylko pacjentka – bez osoby towarzyszącej. Kategorycznie zabronione jest przyprowadzanie dzieci do ośrodka.
<ul style="list-style-type: none"> • Podczas badania ultrasonograficznego należy ograniczyć kontakt słowny i wzrokowy z pacjentką, a omówienie wyniku badania powinno mieć miejsce po jego zakończeniu z zachowaniem bezpiecznej odległości.
<ul style="list-style-type: none"> • Jest wymagane utrzymanie jak największej – tak dużej, jak to tylko możliwe – odległości między badaną pacjentką a badającym.
<ul style="list-style-type: none"> • Jest wymagane ograniczenie liczby pacjentek w poczekalni i egzekwowanie zakazu przebywania w niej osób towarzyszących, a także utrzymywanie co najmniej 2 metrów odległości między osobami.
<ul style="list-style-type: none"> • Jest wymagane skrócenie czasu wykonywania badania, m.in. przez ograniczenie liczby ocenianych parametrów (np. czasową rezygnację z analizy przepływów w DV czy na TV u płodów z prawidłowym pomiarem przezierności karkowej (<i>nuchal translucency</i> – NT) w I trymestrze ciąży).
<ul style="list-style-type: none"> • Badania inwazyjne wykonujemy zgodnie z obecnie stosowanymi zaleceniami i wytycznymi.
<p>Rekomendowane środki ochrony osobistej:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Maską co najmniej chirurgiczna dla lekarza i położnej, na wypadek gdyby personel był zakażony i bezobjawowy, aby nie narażać ciężarnej. Maską utrudnia także kontakt z ustami i nosem, których często dotykamy bezwiednie. Idealną maską byłaby maska z filtrem FFP2 (N95) lub FFP3 (N100). Dostępność masek jest ograniczona.

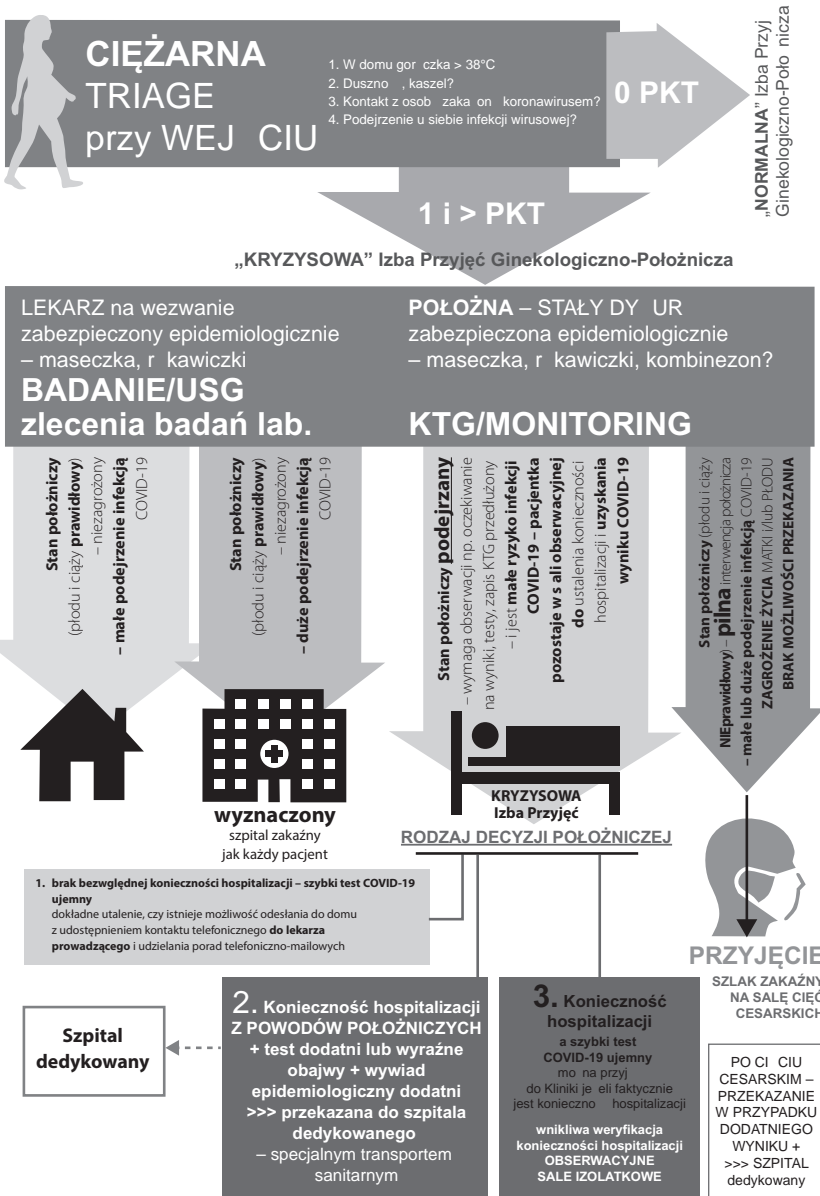
<ul style="list-style-type: none"> • Powinniśmy promować zachowania polegające na tym, że każda pacjentka przychodzi na badanie w maseczce – na wypadek, gdyby była pacjentką (bezobjawową) zakażoną (obecnie jest to potencjalnie każda pacjentka), aby nie rozsiewać wirusa w czasie mówienia, nie zakazić innych pacjentek (wirus długo utrzymuje się w powietrzu, często nie mamy możliwości wietrzenia gabinetu, a zalecenia mówią o wykonywaniu tego kilka razy w ciągu dnia).
<ul style="list-style-type: none"> • Okulary ochronne.
<ul style="list-style-type: none"> • Badanie w rękawiczkach jednorazowych.
<ul style="list-style-type: none"> • Mycie i dezynfekcja rąk po każdym badaniu – optymalnie z użyciem dozownika bez wytwarzania aerozolu!
<ul style="list-style-type: none"> • Czyszczenie i odkażanie aparatu według zasad zgodnych z zaleceniami producenta.
<ul style="list-style-type: none"> • Po wykonaniu badania należy używać ściereczek nasączonych środkiem dezynfekującym do oczyszczenia głowic i powierzchni aparatu [6].

REKOMENDOWANY PRZEZ PTGIP SPOSÓB POSTĘPOWANIA W PRZYPADKU PRZYJĘCIA DO SZPITALA CIĘŻARNEJ LUB RODZĄCEJ

W przypadku przyjęcia do szpitala ciężarnej lub rodzącej rekomendowaną przez PTGiP ścieżkę postępowania przedstawia ryc. 1.

W celu wyboru prawidłowego sposobu postępowania z kobietą ciężarną lub rodzącą, bardzo ważne jest właściwe zebranie wywiadu epidemiologicznego, a następnie pomiar temperatury. Pacjentka powinna potwierdzić własnoręcznym podpisem prawidłowość podanych informacji, poinformowana o odpowiedzialności karnej z Art. 161 Kodeksu Karnego za zatajenie istotnych informacji. W przestrzeni publicznej wciąż pojawiają się nowe doniesienia o tym, że pacjenci (lub ich rodzice – w przypadku dzieci) okłamali lekarza czy ratownika medycznego i jakie to miało konsekwencje. Co więcej, pacjentka powinna zostać poinformowana, że podczas przebywania w szpitalu, pomimo zastosowania środków ochronnych, może dojść do zakażenia wirusem SARS-CoV-2 i w konsekwencji do rozwoju choroby COVID-19, mogącej prowadzić do nieodwracalnego uszkodzenia płuc i zgonu. Osoba zakażona może przenosić SARS-CoV-2 na inne osoby jeszcze przed wystąpieniem objawów.

Przykład ankiety/oświadczenia dla pacjentek z zapisami o odpowiedzialności karnej za fałszywe oświadczenia i informację o ryzyku zakażenia przedstawia tab. 2.



RYCINA 1.

Schemat postępowania w przypadku przyjęcia do szpitala ciężarnej, rekomendowany przez PTGiP

TABELA 2.

Przykład ankiety/oświadczenia dla pacjentek z zapisami o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń

OŚWIADCZENIE	
Ja, PESEL	
(imię i nazwisko pacjentki)	
oświadczam, że nie podejrzewam u siebie infekcji koronawirusem oraz, że:	
1. w ciągu ostatnich <u>7 dni</u> nie występowały u mnie żadne z poniższych objawów:	
<ul style="list-style-type: none">• gorączka >38°C• kaszel• duszność• osłabienie• bóle mięśniowe	
2. nie stwierdzono u mnie w badaniach obecności wirusa SARS-CoV-2 mogącego spowodować zakażenie COVID-19	
3. w ciągu ostatnich <u>14 dni</u> :	
<ul style="list-style-type: none">• nie miałam kontaktu z osobą potencjalnie zakażoną koronawirusem SARS-CoV-2, np.: przebywającą w kwarantannie, oraz ja ani nikt z członków mojej rodziny, z którymi zamieszkuję, lub osób z którymi miałam bezpośredni kontakt nie przebywał za granicą.• nie była mi zalecona kwarantanna z powodu styczności z osobą zakażoną SARS-CoV-2	
Potwierdzam, że zapoznałam się z § 2 i § 3, Art. 161 Kodeksu Karnego:	
§ 2. Jeśli ktoś wie, że jest dotknięty chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu i naraża bezpośrednio inną osobę na zarażenie taką chorobą, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat.	
§ 3. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 2 naraża na zarażenie wiele osób, podlega karze pozbawienia wolności od roku do 10 lat.	
Zostałam poinformowana, że podczas przebywania w szpitalu, pomimo zastosowania środków ochronnych może dojść do zakażenia wirusem SARS-CoV-2 i w konsekwencji do rozwoju choroby COVID-19 mogącej prowadzić do nieodwracalnego uszkodzenia płuc i zgonu. Osoba zakażona może przenosić SARS-CoV-2 na inne osoby jeszcze przed wystąpieniem objawów.	
.....
Data	czytelny podpis pacjentki