



**НАЦИОНАЛНО СДРУЖЕНИЕ  
НА ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ В БЪЛГАРИЯ (НСОПЛБ)**  
ЧЛЕН НА АСОЦИАЦИЯТА НА ЛЕКАРИТЕ ПО ОБЩА/ФАМИЛНА МЕДИЦИНА ОТ ЮГОИЗТОЧНА ЕВРОПА

1407 София, бул. „Н. Й. Вапцаров“ № 17-21, ет.2, ап.5 тел./факс 02/868 28 94,  
моб. 0886 614 589 e-mail: nsoplbg@gmail.com http://www.nsoplbg.com



Изх. № 13/16.03.2020 г.

**БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ**

Вх. № 304  
16.03 2020

**УПРАВИТЕЛЕН СЪВЕТ**

**ДО: ПРЕДСЕДАТЕЛЯ НА КРИЗИСНИЯ ЩАБ  
ГЕНЕРАЛ МУТАФЧИЙСКИ**

**КОПИЕ ДО: ЧЛЕНОВЕТЕ НА КРИЗИСНИЯ ЩАБ**

**ДО: Д-Р ИВАН МАДЖАРОВ  
ПРЕДСЕДАТЕЛ НА БЛС**

**Кратък анализ на установени факти (основава се на редица публикации в реферирани медицински издания. За удобство и краткост е приложена статия в "The Lancet", която дава достатъчно актуална и коректна информация като база за анализ).**

#### **Факти**

1. Предаване на заразата по въздушни капков път и чрез контаминирани повърхности.
2. Инкубационен период средно 5.1 дни. Възможна поява на симптоми у половината от заразените до 5 дни от заразяването, но в общия случай при 97,5% симптомите се появяват до 11.5 дни от заразяването.
3. Първите прояви са през ден първи и втори след инкубационния период (може да е по-кратък от 5.1 дни)- температура и кашлица. Ден 6-задух (ако се появи) и ден 9-10 (ако се появят)- сепсис и Остър респираторен дистрес синдром. Симптомите след ден 6 са тревожен прогностичен белег, който съчетан с възраст над 60 г. определено сочи лоша прогноза.
4. Засяга всички възрастови групи, но води до смърт при възраст над 60 години.
5. Приема се, че коморбидността е от значение? (коментар по-долу)
6. Вероятно възрастта е основният и немодифицируем рисков фактор.
7. Няма как де се диференцира заболяване поради COVID-19 от останалите подобни, особено при наличие само на температура и кашлица (най-често), по-рядко отделяне на храчки и отпадналост. Миалгия също може да се появи в началото, но също не е характерна за обсъжданото заболяване.

#### **Анализ**

**Посоченото в т. 1** не изисква други освен стандартните предпазни мерки при подобен вид на предаване на инфекция (маски, задължително миене на ръце –дезинфектанти и евентуално защитни очила). Ако направим оценка на полза/негатив, дезинфекцирането на повърхности в различни помещения и сгради едва ли ще получи положителен резултат- загуба на време, разходи, обективна невъзможност да се дезинфекцира всеки квадратен сантиметър, а и колко пъти трябва да се прави това. Излишно е, при условие, че се спазва хигиена на ръцете, с които се докосват повърхностите и очи, нос, уста.



**Посоченото в т. 2** сочи, че 14 дневният срок за карантина на контактни с болен и предполагаеми контактни (идващи от други страни) е достатъчен, предвид данните в т. 3. Но трябва да се помисли за възможността преболедувалите да са заразноносителни (средно 20-22 дни или от 8 до 37 дни от началото на заболяването, което също да се фиксира като карантинен период (усреднената стойност поне).

**Посоченото в тт. 3,4 и 6** сочи, че по някакви причини възрастта е водещият фактор за нежелан изход от заболяването (odds ratio 1.10, 95% CI 1.03–1.17, за всяка година увеличение на възрастта;  $p=0.0043$ ). В цитираното проучване летален изход от заболяването има при 28% от болелите и то единствено във възрастта > 60 г. От тях с коморбидност (по т.5) са били 67% (АХ-48%, Диабет-34%, Сърдечна коронарна болест- 24%, ХОББ- 7%, останалите са в значително по-малък процент). При преболедувалите коморбидността е 40%, а в цялата група- 48%. Цитираните данни показват, че коморбидността едва ли е решаващ фактор за възникването и изхода от заболяването. Вероятно би била от значение, доколкото се установят заболявания, свързани с намаляване на имунитета. Следователно особено внимание трябва да се отдели на въвеждането на превантивни мерки при хора на възраст >60 г., независимо от наличието или липсата на съпътстващи заболявания.

**Посоченото в т. 7** дефинитивно определя COVID-19 инфекцията като невъзможна за диференциране по началните прояви. Същото се отнася и за етапа от заболяването, в който настъпват по-тежките прояви. Единствено дефинитивно диагнозата се поставя чрез съответния тест. *Следователно, няма медицинско лице, което въз основа на клиничната картина да прецени, че става дума за обсъжданата инфекция.* Това изисква преосмисляне на сега въведено многоетапна преценка на необходимостта от хоспитализация.

**Съобразно горното обсъждане най-ефективните превантивни мерки в условия на извънредно положение биха били:**

*Интервенции на популационно ниво*

- Съобразно инкубационния период и периода на активно разпространение на вируса от преболедувал и заразен човек е уместно затваряне на границите на страната (по земя, вода и въздух) за влизане и напускане за срок от 30 дни (частни, служебни и др. пътувания). Изключение единствено за преминаване на стоки от първа необходимост, лекарства. След изтичане на този срок изключително строг контрол и карантина на всеки влязъл в страната, независимо от дестинацията, от която пристига. Това ограничение ще доведе до прекъсване на потока на внасяне на инфекцията отвън.

- Посоченото по-горе ограничение ще доведе до елиминиране на „подклаждане“ на заразата чрез „внос“ и ще осигури чист интервал, в който всеки инфектиран да преболеде и да премине периода на вирусоносителство. Още една мярка е задължителна, за да се постигне този желан резултат- задължителна карантина и след преболедуване, която се въвежда удновременно и дори преди затварянето на границите.

- Мярка от първостепенна важност: Да се осигурят достатъчно маски и дезинфектанти за ръцете. Да бъдат доставени в ЛЗ, особено тези на първа линия-практиките на ОПЛ, спешна помощ, ДКЦ, които да се ползват от работещите там, а също и маски за посещаващите ЛЗ. Дезинфекцията на повърхностите не допринася достатъчно към превенцията предвид посоченото в т. 1 и коментара към нея. То е без голямо значение, при условие, че се спазват елементарните изисквания да се измият ръцете и да не се пипат очи, нос, уста, докато не се случи



НАЦИОНАЛНО СДРУЖЕНИЕ  
НА ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ В БЪЛГАРИЯ (НСОПЛБ)  
ЧЛЕН НА АСОЦИАЦИЯТА НА ЛЕКАРИТЕ ПО ОБЩА/ФАМИЛНА МЕДИЦИНА ОТ ЮГОИЗТОЧНА ЕВРОПА

1407 София, бул. „Н. Й. Вапцаров“ № 17-21, ет.2, ап.5 тел./факс 02/868 28 94,  
моб. 0886 614 589 e-mail: nsoplb@gmail.com http://www.nsoplb.com



това. Да се спусне заповед в магазини и аптеки да не се продават на физически лица повече от определен брой маски и дезинфектанти за лична употреба. Резултат превенция на дефицита и евентуална спекула.

*Интервенции на индивидуално ниво*

• На всеки посетител на ЛЗ да се осигури на входа предпазна маска. За работещите в ЛЗ това се подразбира.

• Не е необходимо да се ограничават посещенията в ЛЗ на хора с хронични заболявания или различни от възможно вирусно заболяване, което засяга дихателните пътища, състояния, както и на здрави, стига да изпълнят посочените по-горе мерки. Не е необходимо при това условие да се забранява извършването на каквито и да било дейности при тези хора- диагностични, лечебни, профилактични при възрастни и деца, вкл. имунизации и т.н., тъй като рискът в ЛЗ е нищожен в сравнение с риска при посещение на хранителен магазин например, където едва ли ще ползват лични предпазни средства. Разделянето на „потоците“ също е безсмислено, при условие, че се спазват елементарните мерки, за които става дума тук. Нека не забравяме, че извън обсъжданата инфекция ежедневно хиляди хора имат необходимост от медицинска помощ по повод други здравни проблеми, от които загиват пъти повече хора ежедневно.

• Покупки на лекарства или други продукти на самотни и в невъзможност за свободно придвижване хора > 60г. задължително да се извършва от социалния патронаж. При останалите от техни близки или познати, при спазване на изискването да ползване на лични предпазни средства.

• Непрестанно припомняне чрез всички канали за комуникация за изключителната полза от личната хигиена и употребата на ЛПС.

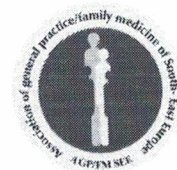
Разбира се, всичко това няма как да се случи ако такива не бъдат осигурени в достатъчно количество и на достъпни цени за населението, а за ЛЗ трябва да са безвъзмездни.

Ефективността на тези лесни и нескъпи мерки би била пъти по-голяма от затварянето на кина, театри, университети и др.

Важно е, въпреки някои негативни мнения, да се обясни на хората, че от корона вирус инфекцията ще преболедуват много хора и при повечето от тях вероятно няма да се установи, че е това, тъй като ходът на заболяването ще е лек, но че трябва основно да пазим хората над 60 годишна възраст, както посочи ген. Мутафчийски, защото те не просто заболяват, но един немалък процент от тях ще загинат.

Извън този анализ ще представим друг, в който с цифри, основани на реални данни, ще представим и трудното във финансов аспект положение, в което са поставени ОПЛ и което изисква също своето решение, тъй като всяка обявена епидемия, а ние вече сме повече от месец в такава по различни причини, води до драстично намаляване на нашите приходи.

По отношение на правила, по които да работят ОПЛ в създалата се ситуация, прилагаме документ, който подлежи на обсъждане. (Прил. 1)



## Приложение 1

### Поведение на ОПЛ при човек дошъл от рисков район, контактен на болен от коронавирусна инфекция или заболял със симптоми на остра вирусна инфекция (ОВИ)

1. ОПЛ получава съобщение от РЗИ по електронна поща или телефон, че пациент от неговата пациентска листа е дошъл от рисков район или е контактен на болен от коронавирусна инфекция и трябва да бъде поставен под карантина.
2. ОПЛ се свързва по телефона с карантинирания пациент и го инструктира да:
  - стои в къщи и да не излиза никъде дори и да е здрав (карантина);
  - спазва стриктна лична хигиена;
  - си мери температурата веднъж дневно;
  - се обажда по телефона на своя ОПЛ, и го информира за състоянието си.
3. ОПЛ регистрира обаждането си като „консултация от разстояние“ с МКБ код Z29.8 и текст „карантина U07.1“ с цел издаване на болничен лист с причина 12 карантинна и режим домашен-стаен. След изтичане на карантината пациентът отива при своя ОПЛ, за да си получи болничния лист и да подпише амбулаторния лист за издаването му.
4. ОПЛ регистрира във формуляр, амбулаторен лист или тетрадка обажданията на пациента: „чувства се добре. Температурата му е “
5. При получаване на съобщение от пациента за повишаване на температура, втрисане, кашлица, **БЕЗ** затруднено дишане, ОПЛ съветва пациента да си остане в къщи до оздравяването си и съобщава в РЗИ, че контактният пациент се е разболял и регистрира тези обстоятелства във формуляр, амбулаторен лист или тетрадка.
6. При получаване на съобщение от пациента за повишаване на температура, втрисане, кашлица **СЪС** затруднено дишане – При тези по-тежки случаи пациентът съобщава на СМП или на ОПЛ и СМП го транспортира за хоспитализация със специализирана линейка.

Точка 7, 8 и 9 касаят пациенти за които **НЯМА** данни да са от рисков район или да са контактни на болен от коронавирусна инфекция

7. Тъй като вълната от съществуващи леко болни от КВИ предхожда лабораторно доказаните болни от КВИ, то **ОПЛ следва да третират всеки болен с данни за ОВИ, като болен от КВИ** с цел да не се смесват потоците от инфекциозно и неинфекциозно болни в лечебните заведения на ОПЛ, заболелите със симптоми за ОВИ не се допускат в лечебните заведения за ПИМП, а ОПЛ ги консултира единствено по телефона.



**НАЦИОНАЛНО СДРУЖЕНИЕ  
НА ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ В БЪЛГАРИЯ (НСОПЛБ)**

ЧЛЕН НА АСОЦИАЦИЯТА НА ЛЕКАРИТЕ ПО ОБЩА/ФАМИЛНА МЕДИЦИНА ОТ ЮГОИЗТОЧНА ЕВРОПА

1407 София, бул. „Н. Й. Вапцаров“ № 17–21, ет.2, ап.5 тел./факс 02/868 28 94,  
моб. 0886 614 589 e-mail: nsoplб@gmail.com http://www.nsoplб.com



8. Пациентите с температура, втрисане, кашлица, БЕЗ затруднено дишане се остават за лечение в дома си чрез консултации по телефона издавайки им болничен лист поради заболяване.
9. Пациентите СЪС възникнало усложнение от затруднено дишане се насочват за хоспитализация към пулмологично или вътрешно отделение без да се съобщават в РЗИ. Тази точка важи за пациенти, при които със сигурност се касае за хронично заболяване, различно от корона вирус.

**Изготвено в изпълнение на писма на МЗ № 16-00-47/13.03.2020 и № 16-00-4/10.03.2020**

София,  
16.03.2020 г.

С уважение:  
доц. д-р Любомир Киров