

ПРЕПОРЪКИ ОТ ЕПИДЕМИОЛОГИЧНИЯ АНАЛИЗ

Доц. Нина Гачева

Най-общо изводът е, че в България се вземат изчерпателно мерки, съответно на развиващата се много динамично обстановка, но не е така по отношение на основния инструмент, наречен епидемиологичен надзор.

Сравнявайки се с посочените страни, които успешно са постигнали ограничаване интензитета и контролиране на епидемичната крива ние съществено изоставаме в откриването на случаите, като обхват и като навременност. Причината е, че ограничавайки контингента, подлежащ на тестване, ние вървим след събитието, пропускаме или откриваме късно новите случаи, а тъй като те са източници на инфекцията, това означава, че даваме възможност да се развият все повече нови вериги на епидемичния процес сред населението.

1. В тази връзка е моето първо предложение - да се възползваме от опита на споменатите страни и да направим нашия надзор активен и по-изчерпателен, вместо само пасивен, като въведем достатъчно широко приложение на бързите тестове за скриниране, **задължително при болни с пневмония (хоспитализирани или на домашно лечение), както и на разположение на общопрактикуващите лекари и спешните отделения за диагностициране при съмнителни случаи** (моля, вижте дискусиата в статията за Сингапур, която е прикачена тук). Според анализите от Сингапур около една четвърт от случаите на COVID 19 са уловени с този активен надзор. Приложението на бързите тестове, основаващи се на определяне антителата към вируса, ранни (IgM) и постоянни (IgG), е високо ефективен епидемиологичен подход особено при инфекции с голям процент безсимптомни или леко протичащи случаи, защото позволява те да бъдат открити и контролирани, такава е и препоръката на СЗО за Европа.
2. Във връзка с проекта за скриниране на 1000 лица от рискови групи – не съм математик и не зная какво мислят тези, които ще разработват математическия модел, но съгласно епидемиологичната наука тази извадка е малка, освен това по никакъв начин не може да се приеме за представителна по отношение на населението в България, а това е най-важното изискване, ако искаме да правим епидемиологична прогноза и заключение за величината на имунната прослойка, а оттам и за развитието на епидемията в страната. Предлагам да се разшири на епидемиологични основания това проучване, като се **скринират**, ако не всички, то **поне 500 от далите отрицателен резултат на PCR контактни на потвърдени случаи**, като обезателно се включат:
 - **контактните на първите открити у нас случаи, в Плевен и Габрово, което ще ни помогне ретроспективно да установим началото** (тъй като ние не успяхме да хванем връзката с евентуалния внос, поне може да намерим твърде вероятната връзка с масовите тържества по случай 3 март, състояли се на Шипка и Панорамата, които са на територията на тези, разположени във вътрешността на страната региони), както и
 - **контактните на последните потвърдени случаи** – това би могло да ни покаже дали едно такова скриниране ще е полезно като рутинна мярка и да се предвиди в алгоритъма за по – пълно откриване на заразените.
3. Разрешавам си да предложа на Вашето внимание проект за **епидемиологичен анализ на регистрираните случаи, с цел да се оцени ефективността на мерките**. Мисля, че на всички ни е ясно, че ограничените данни, която получаваме от малкия брой тествания, от засегнатите региони, не ни казва нищо особено, а само показва колко сме безпомощни и в пълно неведение пред

разпространението на инфекцията. Предлагам на този, вече доста напреднал етап, да се направи сравнителен анализ на първите 200 случаи, като се определят следните показатели, поотделно за първите 100 и следващите 100 случаи:

- Разпределение на потвърдените случаи по начин на откриване, т.е. да се определи относителен дял (%) на случаите, открити като контактни, вкл. вероятен контакт в друга страна и на тези, без установен източник. Допълнително, установените заболели сред контактните да се разделят на такива, свързани със заразяване извън страната, т.е. внесени и такива с установено заразяване вътре в страната.
- Много важно е да се направи разпределение на случаите според интервала между началото на заболяването (появата на първите симптоми) и началото на изолацията, напр. 24 часа, 1-2 дни, 3--6 дни, 7-10 дни, 11-14 дни и над 14 дни.

Сравнявайки процентите, установени за първите и следващите случаи може да се отчете евентуално положителна или не динамика. **Чуждестранните експерти подчертават**, че „*Ако откривате случаи, които не са свързани с предходен пациент, това означава, че продължават да съществуват неустановени, респ. неконтролирани болни.*

Броят на такива неустановени болни в даден момент служи като индикатор за продължаващото разпространение на вируса и основание за прогнозиране на още нови случаи в следващите дни или с други думи казано, че ситуацията е излязла от контрол.”

4. В страните, в които здравните органи мислят за защитата на своите съграждани, е възприет подход за съобщаване не само на региона, възрастта и пола на новоткритите заболели, но също така на конкретната улица и често, на местоработата на съответните лица. Това помага на хората да избягват рисковите зони, както и да помислят и преценят възможността, да са били в контакт с тези болни.
5. Предлагам на картата със засегнатите региони да се показва актуализирания брой заболели и смъртни случаи във всеки регион. Освен това да се показва и епидемичната крива, със заболелите по дни или седмици.
6. Накрая, обръщам внимание при разработването на алгоритъма да се вземе предвид, че при дефиниране на понятието **”контактен”** СЗО дава срока на контакта **”от 2 дни преди началото до 14 дни след заболяването на пациента с COVID 19”**. (вижте маркирания в жълто абзац в прикачената статия с препоръки на СЗО).