

Fałszywa pandemia

Krytyka naukowców i lekarzy



1



FUNDACJA
OSUCHOWA

Nasze dane sugerują, że COVID-19 odznacza się śmiertelnością, która mieści się w granicach sezonowej grypy.

Prof. dr med. John Ioannidis,
epidemiolog i biostatystyk, jeden z najczęściej cytowanych naukowców świata

... wirus wpływa w znacznie wyolbrzymiony sposób na nasze życie. To jest zupełnie nieproporcjonalne do rzeczywistego zagrożenia, które pochodzi od koronawirusa. Astronomiczne, gospodarcze szkody, które teraz powstają, nie są adekwatne do zagrożenia tym wirusem. Jestem przekonany, że umieralność z powodu koronawirusa nie będzie widoczna w umieralności rocznej nawet w postaci piku (wzrost zgonów odbiegający od średniej).

... każdy, kto umarł na tzw. koronawirusa, miał choroby współistniejące.

... koronawirus tylko na zasadzie wyjątku jest śmiertelny, a w większości wypadków jest w znacznej mierze nieszkodliwą infekcją wirusową.

Prof. dr med. Klaus Püschel,
ekspert w dziedzinie medycyny sądowej, dyrektor Instytutu Medycyny Sądowej
kliniki uniwersyteckiej w Hamburgu

Na pytanie, czy widzi jakieś różnice w ciałach zmarłych, w których stwierdzono obecność koronawirusa w porównaniu do innych chorób zakaźnych, odpowiada:

Nie. Obraz jest podobny do innych infekcji wirusowych dróg oddechowych i płuc. Myślę, że z czasem ustalimy coś specyficznego związanego z COVID-19, ale zasadniczo przebieg i obraz organów wewnętrznych jest taki sam.

P A T R O N A T



ISBN 978-83-65964-07-6



9 788365 964076

cena: 29,90 zł

Fałszywa pandemia

Krytyka naukowców i lekarzy

1



FUNDACJA

OŚUCHOWSKA

Opracowanie i korekta tłumaczeń

Manus/ Btochowiak

Projekt okładki

Piotr Karczewski

Zdjęcia

domu NhcM/ shutterstock com

Korekta i redakcja

Katarzyna Pelewska- Mikorska

Skład i łamanie

Anna S/arko

Copyright© 2020 by Fundacja Osuchowa

All rights reserved

ISBN 978 83 65964 07 6

Fundacja Osuchowa

ul Jagiellońska 59/65

42 200 Częstochowa

Zamówienia

tel 724221223

sklep@osuchowa.org

www sklep osuchowa.org

*Książkę dedykuję zmarłym, podupadłym na zdrowiu
zrujnowanym materialnie i wszystkim ofiarom, teraźniejszym
i przyszłym, obostrzeń wprowadzonych przez rządzących*

SPISTREŚCI

1. Wstęp.....	11
2. O autorach.....	42
3. Dr mcd. Wolfgang Wodarg.....	46
3.1 Rozwiązanie problemu koronawirusa: odizolować panikarzy.....	46
3.2 Nie ma powodu do paniki.....	52
3.3 Król jest nagi.....	69
4. Prof. dr med. Sucharit Bhakdi.....	77
4.1 Zbiorowe samobójstwo.....	77
4.2 Załamanie służby zdrowia?.....	82
4.3 Co się dzieje we Włoszech?.....	83
4.4 List otwarty do kanclerz Angli Merkel.....	84
4.5 Opracowywanie szczepionki jest absurdalne.....	100
5. Prof. dr med. Klaus Pilschel.....	144
5.1 W większości wypadków nieszkodliwa infekcja wirusowa... ..	144
6. Prof. dr med. John Ioannidis.....	148
6.1 Śmiertelność koronawirusa na poziomie grypy.....	148

7. Dr mcci. Matthias Thóns.....	192
7.1 Pacjenci z COVID-19 są posyłani na pewną, anonimową i samotną śmierć.....	192
8. Prof. dr Knut Wittkowski.....	197
8.1 Nie wiem, gdzie rząd znajduje tych tak zwanych ekspertów.....	197
9. Paweł Klimezewski.....	234
9.1 „Epidemia” w Polsce statystycznie niewidoczna.....	234
10. Podziękowanie.....	259

*Łatwiej jest szukać ludzi,
niż przekonać ich, że zostali szukani*

Mark Twain

*Chodzi o uczciwość. Tamyś możesz wydać śmieszna,
ale jedyny sposób walki z dumą to uczciwość*

Albert Camus, Dżuma

1. WSTĘP

*Niech wasz mowabędzie: Tak, tak; nie, nie,
A conadto jest, od Złego pochodzi.
Jezus Chrystus*

*Prawdaniemanicwspólnegozliczbą ludzi,
którzysąoniejprzekonani,
Paul Claudel*

Nie ma epidemii ani pandemii koronawirusa. Ani w Polsce, ani w żadnym innym kraju. Chociaż niektóre rejony świata mają większe problemy niż inne, nie wynika to jednak z większej śmiertelności koronawirusa jako takiego, ale z dodatkowych czynników, „podłoża”, na które natrafia wirus, jak np. duża ilość zakażeń szpitalnych, zły stan służby zdrowia, panika, struktura wiekowa społeczeństwa, stan zdrowia populacji itp.

Myślę, że stanie się to jasne po lekturze tej książki. Zdaję sobie sprawę, że teza o braku pandemii może brzmieć dla

niektórych zupełnie niewiarygodnie i rodzić dysonans poznawczy, ale każdy z Czytelników powinien zadać sobie pytanie, czy wierzy niezależnym i odważnym naukowcom, pomiędzy którymi są również światowej klasy specjaliści, i przedstawianym przez nich danym naukowym, czy rządowi, politykom i ich anonimowym „ekspertom”.

Skandaliczne jest to, że nie znamy nazwisk osób, które doradzają rządowi, ponieważ ich działania dotyczą głęboko i dalekosiężnie całego społeczeństwa. W jakich dziedzinach się specjalizują? Jaki jest ich dorobek naukowy? Na jakich modelach epidemiologicznych pracują, jeśli w ogóle to robią? Jak ich obliczenia i opinie mają się do światowych badań naukowych? Nic nam na ten temat nic wiadomo. Również w Niemczech i USA renomowani naukowcy również zastanawiają się nad tym, jacy to „eksperci” doradzają politykom.

Fatszywa epidemia świńskiej grypy

Tak zwana pandemia to jeden wielki przekręt, który zresztą miał już miejsce mniej więcej dekadę temu podczas tzw. świńskiej grypy, kiedy to WHO ogłosiło pandemię szóstego stopnia. Była to skandaliczna decyzja z uwagi na brak rzeczywistego zagrożenia. Jakiś czas później wyszło na jaw, że była to jedna „z najłagodniejszych fal grypy w historii”.

¹ Wolfgang Wodarg, *Lösung des Corona-Problems: panikmacher isolieren*, [ken-
rm.de/loesung-dcs-corona-problems-panikmacher-isolieren/](http://ken-
rm.de/loesung-dcs-corona-problems-panikmacher-isolieren/), 18.06.2020.

Powołano wówczas komisję śledczą przy Radzie Europy, której przewodniczącym został lekarz i polityk dr Wolfgang Wodarg. Jak ustalono podczas śledztwa, pod wpływem skorumpowanych uczonych zmieniono wówczas definicję pandemii.

Jak relacjonuje to dr Wodarg: *niezliczeni profesorowie zasiadający w tych gremiach, reprezentujący sprzeczne interesy, poprostu zmienili definicję pandemii. Wcześniej pandemią nazywano zaraźliwą chorobę z wysoką liczbą zgonów, a tu nagle do jej stwierdzenia wystarczy już tylko fakt, że wirus rozprzestrzenia się po całym świecie. A przecież to, przy naszej dzisiejszej globalnej mobilności, dzieje się każdego roku*².

Rządy niektórych państw zawarły tajne porozumienia z firmami farmaceutycznymi, że jeśli WHO ogłosi pandemię szóstego stopnia, to wówczas zostaną one zobowiązane do zakupu r.n.in. ich szczepionek. Po więcej informacji na ten temat odsyłam do wypowiedzi dr. Wodarga zamieszczonej w niniejszej książce i znakomitego filmu dokumentalnego pt. „Trust WHO”³.

Historia magistra vitae est. Uczmy się więc z historii, by nie dać się oszukać, że mamy do czynienia z jakąkolwiek pandemią (w myśl poprzedniej definicji pandemii). Ktoś mógłby jednak zaoponować, mówiąc, że w przypadku SARS-Cov-2 mamy do czynienia z prawdziwą pandemią, której

² Corona - kem Grund zur Panik? - mit Dr. Wolfgang Wodarg (vom 13. Mikrz. 2020). <https://www.youtube.com/watch?v=va-3zS9qlyo>, 18.06.2020.

³ OYALmedia. TrustWHO, www.oval.media/en/projects/trustwho/, 18.06.2020.

towarzyszy duża ilość zgonów i ciężkich zachorowań wymagających hospitalizacji. Jednak dane eksperymentalne, publikacje naukowe i renomowani naukowcy, jak np. prof. med. John Ioannidis czy prof. med. Sucharit Bhakdi stanowczo temu zaprzeczają.

Śmiertelność koronawirusa na poziomie grypy

Śmiertelność danego wirusa określamy jako stosunek liczby zgonów do liczby wszystkich zakażonych. Z badań naukowych wynika, że śmiertelność wirusa SARS-Cov-2 utrzymuje się na poziomie grypy sezonowej i to wcale nie tej najgorszej, z jaką mieliśmy do czynienia np. w 2018 roku. Śmiertelność SARS-Cov-2 sytuuje się na poziomie $Q_{0,02}-Q_{0,4\%}$ ⁴. Dla zobrazowania sytuacji posłużę się niemieckimi statystykami.

Śmiertelność w normalnym sezonie grypowym w Niemczech utrzymuje się na poziomie 0,1% do 0,2%. Jednak czasami mamy do czynienia z ciężkimi falami grypy. I tak w sezonie 1995/1996 w Niemczech z powodu grypy zmarło ponad 30 000 ludzi, natomiast w sezonie 2002/2003 i 2004/2005 było 15 000 zgonów z tego powodu. Nie tak dawno, bo w sezonie 2017/2018 zmarło tam ok. 25 000 ludzi na gripę, co oznacza śmiertelność „znacznie wyższą niż 1%”⁵. Pomimo daleko

⁴ John Ioannidis, *The infection fatality rate of COVID-19 inferred from seroprevalence data*, www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.13.20101253v2, 18.06.2020.

⁵ Karina Reiss, Sucharit Bhakdi „Corona Fehlalarm, Zahlen, Daten und Hintergründe”, wyd. Goldcgg Verlag. 2020, e-book.

większej śmiertelności w tamtym sezonie w porównaniu do SARS-Cov-2 nie wprowadzono żadnych obostrzeń i media też się nie interesowały tym tematem.

„Epidemii” SARS-Cov-2 przypisuje się w Niemczech „jedynie” ok. 8740 zgonów, co jest najprawdopodobniej przeszacowane z uwagi na to, że śmierć z powodu koronawirusa przypisuje się często osobom, które miały co najmniej jedną czy nawet kilka poważnych chorób mogących być rzeczywistą jej przyczyną. Liczba wszystkich zgonów w Polsce w pierwszych czterech miesiącach roku 2018 też była znacznie wyższa niż w latach poprzednich, a zgony z przypisanym SARS-Cov-2 są statystycznie niezauważalne⁶.

Śmierć z powodu rządowych obostrzeń

Jak już wspomniałem, pomimo tego że śmiertelność wirusa grypy w niektórych latach była znacząco wyższa niż koronawirusa i pociągnął on za sobą dużo większe żniwo niż SARS-Cov-2, ani w Niemczech, ani w Polsce nie wprowadzono żadnych obostrzeń czy kwarantanny. Żadne media o tym nie wspominały i większość ludzi nie zdawała sobie z tego sprawy. I dobrze, że tak się stało.

Jakim prawem zatem wprowadzono tak drakońskie środki, z których niektóre utrzymywane są do dzisiaj (druga połowa czerwca 2020), pomimo wielu zgodnych ze sobą badań naukowych, które jasno pokazują, że problem

⁶ Zob. Artykuł Pawła Klimc/ewskiego „Epidemia” w Polsce statystycznie niewidoczna /amies/c/ony w mnie|S/e| ksią/ce.

w ogóle nie istnieje, a raczej istnieje na poziomie takim, który nie wymaga wprowadzania żadnych dodatkowych środków? Jakim zatem prawem rujnuje się gospodarke, a tym samym ludzkie zdrowie i życie? Obostrzenia bowiem na pewno doprowadziły do utraty zdrowia i do zgonów.

Niemiecki MSW w wewnętrznym raporcie „KM 4 - 51000/29#2” donosi, że w marcu i kwietniu 2020 przesunięto albo nie przeprowadzono łącznie 90% zaplanowanych wcześniej operacji. W ciągu tych dwóch miesięcy z powodu obostrzeń wprowadzonych przez rząd 2,5 miliona pacjentów nie zostało poddanych operacji, chociaż były one konieczne dla ratowania ich zdrowia lub życia. Eksperci przypuszczają, że z powodu przesunięć operacji już zmarło lub umrze łącznie od 5000 do 125000 pacjentów⁷.

Prof. Sucharit Bhakdi jest przekonany, że rządowe obostrzenia skutkowały zgonami: *Powiem jeszcze raz: ilu ludzi jest zrujnowanych i egzystencjalnie unicestwionych? Jak może Pan mówić, że to nic nie znaczy? Ilu ludzi umrze, bo szpitale nie pracują? Ilu? Proszę podać kilka liczb albo proszę zacząć samemu dochodzić. Jest Pan dziennikarzem i może Pan pozyskać te informacje.*

Jak już zostało powiedziane, lekarze mają skrócony czas pracy, bo nie mają pacjentów. Jeśli ktoś dostaje udaru, to liczy się każda minuta. Jeśli ktoś jest krótko przed zawałem i musi dostać

⁷ Aktion der grojizügigen Befreiung von der, „Maskenpflicht”, <https://www.xn--rzte-fr-aufklrung-pqbn68b.de/informationen/aktuelles/>, 18.06.2020.

się do szpitala, liczy się każda minuta. Rozumie Pan ? A to tutaj to jest granie z życiem. Imogę Panu powiedzieć, że już bardzo wielu ludzi zmarło. A kto temu zaprzecza, nie ma pojęcia o medycynie.*

Z kolei dyrektor instytutu Medycyny Sądowej w Berlinie prof. Michael Tsokos mówi o ludziach, którzy popełnili samobójstwa z powodu strachu i paniki koronawirusowej. Tak twierdzi na podstawie przeprowadzonych sekcji zwłok: *Natrafiałem na coś takiego, czego jeszcze nigdy nie widziałem jako lekarz medycyny sądowej: samobójcy tak bardzo bali się śmierci (z powodu koronawirusa - przyp. tłum.), że jedynie śmierć była dla nich rozwiązaniem problemu⁹.* Nazwał on ten tragiczny fenomen *koronawirusowym samobójstwem*.

Ile osób zupełnie niepotrzebnie zmarło z powodu działań polskiego rządu i ministra Łukasza Szumowskiego? Czy minister Szumowski „nie ma pojęcia o medycynie” i nie wiedział, że w ten sposób doprowadzi do niepotrzebnych śmierci? Trudno uwierzyć, żeby kardiolog, profesor medycyny, nie miał o tym pojęcia. Może więc robił to z premedytacją realizując nieznane nam dziś cele polityczne? Z pewnością powinna zostać powołana komisja śledcza, żeby to zbadać. Niezależnie od tego tą sprawą winna zająć się prokuratura. A rodziny poszkodowanych powinny występować masowo z pozwami.

¹¹ *KenFM ani Set: Gespräch mit Prof. Dr. Sucharit Bhakdi zu Omd-19*, <https://kenfm.de/kcnfm-am-sct-gcspraech-mit-prof-dr-suchant-bhakdi-/u-covid-19/>. 18.06.2020.

⁹ Michael Tsokos, *Berlins bekanntester Gerichtsmediziner: Corona-Suizide durch Panikmache*, <https://www.b/-berlin.de/berlin/michael-tsokos-berhns-bekanntester-gerichtsmedi7incr-spricht-von-corona-sukiden-durch-panikmache>. 18.06.2020.

Tajemna wiedza Ministerstwa Zdrowia o braku chorób współistniejących

Dowiedziałem się, że w jednym z jednoimiennych szpitali ciała zmarłych osób z przypisanym koronawirusem są kremowane i to w ciągu jednego lub kilku dni po śmierci. Być może jest tak w całej Polsce? W każdym razie dowody w sprawie są likwidowane. Natomiast nie słyszałem ani o jednym przypadku wykonania sekcji zwłok.

Według wiedzy pewnego lekarza medycyny sądowej w Polsce nie ma ani jednego sekcjorium przygotowanego do autopsji osób zakażonych! Pomijam tu fakt, że w przypadku koronawirusa nie ma większego zagrożenia zgonem niż w przypadku grypy. Zastanawiam się, co jest większym skandalem - brak autopsji zmarłych z przypisanym koronawirusem czy brak nawet jednego, „specjalistycznego” sekcjorium?

Co ciekawe Ministerium Zdrowia (MZ) w piśmie nr ZPŚ 0164.156.2020 z dnia 29 maja 2020 roku podało do wiadomości, że w Polsce do 19 maja z powodu COVID-19 zmarło 200 osób bez chorób współistniejących. To byłoby około 20% (!) wszystkich rzekomo zmarłych z powodu koronawirusa.

Jakim sposobem MZ ustaliło, że osoby te nie miały chorób współistniejących, skoro nie przeprowadza się w Polsce sekcji zwłok?! Tymczasem prof. Klaus Püschel z Hamburga w Niemczech wykonał już ponad sto autopsji osób, u których stwierdzono istnienie koronawirusa i nie

znalazł ani jednego (!) przypadku osoby, która nie miałaby chorób współistniejących. Jak donosi: *Jeszcze nikt, kto by nie miał choroby współistniejącej, nie umarł na koronawirusa¹*".

Jestem zdumiony tym, że polscy specjaliści medycyny sądowej w ogóle nie zabierają głosu w tej sprawie. Konieczne byłoby doprowadzenie do sprawy w sądzie, gdzie MZ byłoby zmuszone do ujawnienia „metodologii” ustalania nieistnienia chorób współistniejących u tych 200 osób. W mojej opinii MZ kłamie, aby pokazać, że z powodu koronawirusa nie umierają jedynie osoby schorowane. Tacy ludzie mogą umrzeć bowiem również z powodu grypy czy zwykłego przeziębienia lub zakażenia szpitalnego, ale chodzi o to, by wykazać, że mamy do czynienia z prawdziwą pandemią i groźnym wirusem, który zabija również młodych i zdrowych.

Badania naukowe ignorowane przez rząd i rządowych „ekspertów”

Można życzliwie założyć, że polski rząd ze swoimi „ekspertami” wystraszył się na początku i uznał, że możemy mieć do czynienia z prawdziwą pandemią i, dmuchając na zimne, wprowadził obostrzenia. Pierwsze restrykcje pojawiły się w naszym kraju 12 marca, a 24 marca wprowadzono stan epidemii i masową kwarantannę.

¹ Hamburger Morgenpost, *Der Streit nms rkhtige Mass*, <https://www.prcssreader.com/germany/hainburger-niorgcnpost/20200403/281487868456736>, 3.04.2020.

Tymczasem już 19 marca pojawiły się francuskie badania naukowe o znamienym tytule *SARS-CoV-2: fear versus data* („SARS-CoV-2: strach kontra dane”), w których badano dwie grupy pacjentów chorych na drogi oddechowe pod kątem obecności czterech zwykłych koronawirusów w porównaniu do SARS-Cov-2. Nie rozróżniano, czy ktoś umarł z powodu któregoś z koronawirusów czy stwierdzono jedynie jego obecność (co oznacza, że nie był przyczyną śmierci).

Uczni doszli do wniosku, że nie było żadnej znaczącej różnicy w obu grupach, jeśli chodzi o liczbę zmarłych. A zatem nie miało znaczenia, czy ktoś miał normalnego koronawirusa, którym do tej pory nikt się nie interesował, czy nowego, „medialnego” wirusa SARS-Cov-2. Żadne późniejsze badanie nie zaprzeczyło tym wynikom.

Czy rządowi „eksperti” nie wiedzieli o tych badaniach? Czy może wiedzieli, ale dla swoich celów rząd postanowił nadal udawać, że mamy do czynienia z bardzo groźnym wirusem i trzymać ludzi w nieświadomości, powodując straty na zdrowiu, życiu oraz w gospodarce?

Tymczasem 17 kwietnia pojawiła się kolejna publikacja¹² epidemiologa prof. Johna Ioannidisa, która miała na celu oszacowanie ilości osób zainfekowanych SARS-Cov-2

¹¹ *SARS-CoV-2: fear versus data*. „International Journal of Antimicrobial Agents”, Volume 55, Issue 5, May 2020, 105947, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924857920300972>, 18.06.2020.

¹⁷ *Covit-9. Antibody Seroprevalence in Santa Clara County, California*. ..Medrxiv. The preprint server for health sciences”, <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.14.20062463v1?versioncd=true>, 18.06.2020.

w hrabstwie Santa Clara w USA i na tej podstawie wyznaczenie śmiertelności tego wirusa. Okazało się, że jest ona na poziomie grypy sezonowej!

19 maja ukazała się kolejna publikacja naukowa tego samego autora, w której przeanalizował aż 12 badań (co oznacza, że ustawicznie pojawiały się nowe, kluczowe publikacje naukowe) pod kątem określenia śmiertelności SARS-Cov-2, która okazała się sytuować w przedziale 0,02-0,4%, czyli na poziomie grypy sezonowej.

Kolejne badania potwierdziły uzyskane wcześniej wyniki. Jednak nasz rząd i jego „eksperci” nic sobie z tego nie robili i nadal udają, że mamy do czynienia z groźnym wirusem, traktując ludzi jak swoją własność, z którą można robić, co się chce według własnego widzimisię, realizując sobie jedynie znane cele, niszcząc jednocześnie życie Polaków.

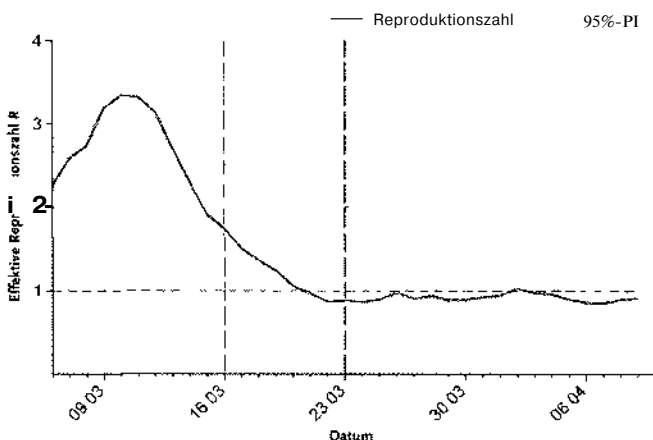
Ewentualna epidemia jest problemem medycznym i naukowym. Na tej bazie, czyli na podstawie dowodów (prawdy) powinny być podejmowane decyzje. Traktowanie ludzi przedmiotowo domaga się śledztwa i ukarania winnych takiej sytuacji. Wina domaga się kary i zadośćuczynienia.

Istnieje jeszcze możliwość, że rządowi „eksperci” nie wiedzieli o przeprowadzonych badaniach naukowych, ale to oznaczałoby, że rząd reprezentuje tak niski poziom intelektualny, że zupełnie nie nadaje się do rządzenia, a jego rządy są skrajnie niebezpieczne dla obywateli. I zupełnie nie przekonuje mnie, że politycy z innych krajów też udawali, że mamy do czynienia z bardzo niebezpiecznym wirusem,

bo po pierwsze to, że mamy stado baranów, które idzie w przepaść, nie oznacza, że należy robić to samo, a po drugie w Europie były kraje, takie jak Szwecja i Islandia, które postąpiły inaczej od powszechnie przyjętej narracji.

Prawda nie ma nic wspólnego z liczbą rządów i polityków, którzy są o niej przekonani, a nauka nie bazuje na demokratycznej większości. Politycy zaś mają obowiązek zarządzania w oparciu o fakty i dane, o najlepszą możliwą wiedzę, a ta w tym wypadku to badania naukowe.

W niemieckim biuletynie epidemiologicznym nr 17ⁿ opublikowanym przez Instytut Roberta Kocha w dniu 15 kwietnia przedstawiono, jak zmienia się w czasie tzw. bazowa liczba reprodukcyjna dla Niemiec.



ⁿ *Schatzung der aktuellen Entwicklung der SARS-CoV-2-Epidemie in Deutschland - Nowcaitmg*, <https://edoc.rki.de/handle/176904/6650.2>, 18.06.2020.

Jest ona miarą tego, jak rozwija się epidemia, a dokładniej, ile osób średnio zakaża jedna osoba. Jeśli epidemia wygasa, to wartość tej liczby spada poniżej 1. Jak widać, w okolicy 23 marca liczba ta spadła do takiej wartości, czyli był to koniec lub początek końca „wielkiej epidemii”.

Przypominam, że w Polsce 24 marca wprowadzono stan epidemiologiczny i masową kwarantannę, a później narzucono noszenie masek oraz zakaz wychodzenia nawet do lasu (akurat w Niemczech zalecano w tym czasie spacerować po lesie) i różne inne formy utrudniające ludziom codzienne życie.

Tymczasem było już po epidemii. Wszystkie te środki, cały ten lockdown nie miał najmniejszego sensu, bo już było za późno (on oczywiście i tak nie miał sensu, podobnie jak nie ma sensu w przypadku grypy). Niszczenie zdrowia, życia i gospodarki miało miejsce już po epidemii! W Niemczech lockdown został wprowadzony 23 marca, ale, jak widać na wykresie, nie zmieniło to wartości liczby reprodukcyjnej, co oznacza, że masowa kwarantanna nic nie dała. Ludzie byli pozamykani w domach na próżno, a gospodarka dewastowana zupełnie na darmo!

Nawet gdyby założyć, że szczyt „epidemii” w Polsce nastąpił od jednego do dwóch tygodni później niż w Niemczech, to i tak „epidemia” zaczynała mieć tendencję spadkową. Jak wspomniałem, biuletyn opublikowano 15 kwietnia, więc wówczas już na pewno bazowa liczba reprodukcyjna w Polsce miała wartość 1 lub znacznie poniżej 1 i wszelkie

obostrzenia straciły rację bytu. Jednak rząd i jego „eksperci” nadal szli w zaparte, rujnując ludziom życie.

Wobec tego wszystkiego rodzi się pytanie, dlaczego, poza bardzo nielicznymi wyjątkami, naukowcy i lekarze w Polsce nie zabierają zdecydowanie głosu w tej sprawie? W Niemczech, gdzie dość dokładnie obserwuję tę sytuację, głośno, zdecydowanie i medialnie protestuje, myślę, około kilkudziesięciu naukowców i lekarzy. Z własnej inicjatywy nagrywają filmy video i umieszczają na platformie na YouTube, które osiągają nawet milionowy poziom oglądalności. Wygłaszają również przemówienia na coraz bardziej licznych demonstracjach obywateli, którzy protestują przeciwko obostrzeniom.

Na tym tle Polska jawi się jako niepoważny kraj, w którym politycy mają pełną kontrolę nad całkowicie zdezorientowanymi i zmanipulowanymi obywatelami. Niestety pranie mózgów prowadzą nie tylko media mainstreamowe, ale również w przytłaczającej większości katolickie i tak zwane prawicowe. Powtarzają, chyba nic nie rozumiejąc, mainstreamowy bełkot. Kto płaci, ten wymaga, a kto oczekuje rządowych pieniędzy, musi się odpowiednio wykazywać. Niestety odbywa się to kosztem konkretnych ludzi i społeczeństwa jako całości.

W Polsce nie ma i nie było żadnej merytorycznej debaty na temat sytuacji związanej z koronawirusem. Wprost przeciwnie, Ministerstwo Zdrowia knebluje usta wojewódzkim konsultantom, zakazując wypowiedziania się na ten temat,

co należy uznać za skandal, bo są to osoby, które powinny mówić dla dobra obywateli.

Jednak naukowcy i lekarze, poza nielicznymi wyjątkami i w przeciwieństwie do swoich kolegów choćby z Niemiec, zawiedli. W tym miejscu warto przypomnieć, że są oni opłacani z pieniędzy podatników, a nie polityków i dlatego winni są prawdę swoim współobywatelom.

„Epidemia” pokazała, że elity intelektualne w Polsce zawiodły, milcząc w obliczu rządowej i medialnej propagandy po części dlatego, że nie posiadają umiejętności statystycznego i naukowego myślenia na podstawowym poziomie.

Moralna zasada proporcjonalności

Podobnie zresztą zawiedli w kwestii aspektu moralnego „epidemii”, poza nielicznymi wyjątkami, duszpasterze i arcypasterze oraz teologowie i moralisci. Istnieje bowiem moralna zasada proporcjonalności, która mówi, że lekarstwo nie może być gorsze niż choroba. Innymi słowy skutki uboczne leczenia (w naszym przypadku walki z koronawirusem) nie mogą być większe niż szkody, które powoduje sama choroba (w tym przypadku koronawirus). I nie chodzi tylko o skutki krótkoterminowe, ale również średnio- i długoterminowe.

W praktyce oznacza to, że moralnie niegodziwe jest uratowanie jednej osoby od koronawirusa kosztem dwóch, które umrą z powodu np. przekładanych, koniecznych operacji, braku dostępu do szpitali i lekarzy czy wreszcie

popęlnią samobójstwo ze strachu przed koronawirusem lub utratą pracy na skutek dewastowania gospodarki.

Jeśli więc wprowadzone przez rząd obostrzenia będą mieć negatywne skutki przez przykładowo dekadę, to należy uwzględnić ilość zgonów i wszelkich szkód powstałych przez cały ten okres i solidnie uzasadnić, że obostrzenia przyniosą więcej pożytku niż szkody, że w razie ich wprowadzenia będzie mniej zgonów i ludzkiego cierpienia.

Jeśli natomiast szacunki pokazują, że będzie więcej zgonów, to nie należy wprowadzać obostrzeń i pozwalać na zgony z powodu danej choroby. I tak też robimy w przypadku na przykład grypy czy ruchu drogowego. W 2019 roku śmierć na drogach w Polsce poniosło ok. 2900 osób. Moglibyśmy zlikwidować lub mocno ograniczyć przemieszczanie się samochodami i uratować wiele osób, ale tego nie robimy, godząc się świadomie na te zgony.

Należy potępić wszelkiego rodzaju społeczny romantyzm i demagogię uprawianą przez rządzących, którzy mają na ustach frazesy w rodzaju: „musimy chronić każde życie” czy „bezpieczeństwo jest najważniejsze”.

Jakkolwiek by to brutalnie nie zabrzmiało dla ucha sentymentalistów, to „najważniejsze” w tym kontekście są pieniądze, czyli gospodarka, bo jak będzie mniej pieniędzy na chociażby służbę zdrowia, to przełoży się to niechybnie na większą liczbę zgonów i pogorszenie zdrowia. Z tą jednak różnicą, że o nich nie będzie się już mówić w mainstreamowych mediach. Gospodarka nie może być zamrażana bez

solidnego, naukowego uzasadnienia. Powinna się rozwijać, byśmy mogli pomagać osobom z grupy ryzyka, by były na to środki finansowe.

Jak twierdzą naukowcy, w przypadku koronawirusa należy chronić grupy ryzyka, a nie tych, którzy takiej ochrony nie potrzebują, jak np. dzieci (*nota bene* zamykanie szkół i przedszkoli to jeden z najgłupszych pomysłów, ponieważ dzieci, którym nic nie grozi, powinny się jak najszybciej pozakażać, żeby nabyć odporności i wskutek tego nie zarazić swoich dziadków). To nie jest jednak nic nowego, bo dotyczy się również grypy czy innych chorób zakaźnych.

Jednocześnie rządzący muszą brać pod uwagę dobro całego społeczeństwa, a nie tylko grupy ryzyka oraz uwzględniać ograniczone środki finansowe, którymi dysponują i przeanalizować, czy nie zabijają więcej osób swoimi działaniami niż uratują. Rządzący państwami muszą bazować na nieromantycznej etyce, danych i statystyce, a nie emocjach i demagogii.

W szczytowym momencie „epidemii” byto wykorzystywanych w Polsce jedynie ok. 35% łóżek w szpitalach, a średnio około 20%, z czego rządzący byli bardzo dumni. Takie podejście jest przejawem błędnego myślenia. Po to się posiada czy tworzy dużą liczbę miejsc w szpitalach, żeby nie musieć zamrażać gospodarki czy wprowadzać obostrzeń (o ile one w ogóle mają sens), bo skutkami ubocznymi takich działań są dodatkowe zgony i rujnowanie zdrowia oraz dobytku obywateli.

Podobno celem spłaszczenia krzywej zachorowań, które miało zostać osiągnięte poprzez izolację całego

społeczeństwa, byto niedopuszczenie do tego, by zabrakło łóżek w szpitalach. Jeśli więc okazało się, że łóżek nie zabraknie, to po co nadal (do dziś, tj. w drugiej połowie czerwca) utrzymywać te obostrzenia!?

Warto w tym miejscu wspomnieć o manipulacji, jakiej dopuszczają się rządzący i media. W przypadku szacowania obciążenia szpitali nie jest istotna liczba infekcji (zakażeń) czy nawet zachorowań, a jedynie zachorowań, które wymagają hospitalizacji. Nie ma znaczenia, że zostanie zakażonych milion osób, jeśli większość przejdzie to bezobjawowo (nic zauważy tego), 100 będzie potrzebować hospitalizacji, a dwie umrą.

Podobna manipulacja ma miejsce w przypadku sumowania zgonów koronawirusowych czy liczby infekcji, w kontekście których nie podaje się dziennej liczby zgonów i infekcji, gdyż wówczas liczby te byłyby tak małe, że nie wywoływałyby paniki i strachu. Ponadto byłoby widać, że „epidemia” wygasa. Co do infekcji to należałoby podawać, ile osób jest zarażonych w stosunku do liczby wykonanych testów.

Przykładowo mamy zupełnie inną sytuację, jeśli wykonano 100 testów, wśród których było 20 zakażonych i wówczas, gdy przeprowadzono 10 000 testów i znaleziono 1000 zakażonych. W pierwszym przypadku mamy 20% zainfekowanych, a w drugim tylko 10%, co świadczy o lepszej sytuacji. Ujęcie procentowe losowo mierzonej, reprezentatywnej próbki społeczeństwa również pokazałoby przebieg „epidemii”, a więc również jej zanikanie, ale nie taki był cel rządzących.

Nie wiadomo też dlaczego nie przeprowadzano badań na reprezentatywnej próbie społeczeństwa, żeby stwierdzić, ile osób jest zakażonych i na tej podstawie ustalić śmiertelność koronawirusa i jego rozprzestrzenianie się w czasie. Czyżby rządowi „eksperci” byli aż tak niekompetentni w podstawowych kwestiach epidemiologicznych czy może nie zależało im na tej wiedzy?

Działanie w przypadku prawdziwej epidemii

Należy sobie w tym miejscu postawić pytanie, co by zrobili rządzący, gdybyśmy mieli do czynienia z prawdziwą epidemią, która potencjalnie uśmierciłaby 30% albo 70% społeczeństwa. Również wtedy byłoby lepiej, żeby przeżyło, odpowiednio, 70% czy 30% ludzi niż gdyby z powodu rządowych obostrzeń miało umrzeć (np. z głodu) 90% ludności na skutek zamrożenia gospodarki na rok.

Niestety tego typu rozważania, które są konieczne również od strony moralnej, nie są podejmowane w przestrzeni publicznej. Podobnie w przypadku prawdziwej epidemii i niedostatecznej ilości czy to sprzętu medycznego ratującego życie, czy też personelu medycznego. Powinny być sformułowane jasne, etyczne zasady kto i w jakiej kolejności go otrzymuje, jak to już funkcjonuje w przypadku tzw. zdarzeń masowych. Wówczas stosuje się uznaną procedurę medyczną zwaną triażem, której celem jest uratowanie jak największej liczby ludzi, co wiąże się z ich segregacją w zależności od stopnia obrażeń i rokowania na przeżycie.

Innymi słowy musimy zdecydować, kogo próbujemy uratować, ponieważ jeśli będziemy chcieli uratować każdego tu i teraz, to jako skutek uboczny śmierć może ponieść więcej osób niż w przypadku selekcji. Z moralnego punktu widzenia nie wolno podejmować działań, które zwiększają liczbę zgonów. Ratowanie tylko niektórych nie wynika z dokonywania wyboru, czyje życie jest bardziej wartościowe, ponieważ każde życie ma wartość, ale zdarzają się czasem sytuacje graniczne, w których nie wszystkim da się uratować.

Tego typu zagadnienia moralno-naukowe nie mogą być tematem tabu. Śmierć jest wpisana w naturę człowieka i zawsze w ramach ograniczonych środków możemy pomagać i ratować innych, co oznacza przedwczesną śmierć konkretnych ludzi. Dzieje się tak przez cały czas, nie tylko w dobie pseudoepidemii koronawirusa, choćby z tego powodu, że służba zdrowia jest wiecznie niedofinansowana.

Śmierć z respiratora

W przypadku bardzo wiekowych pacjentów z chorobami współistniejącymi podłączanie do respiratorów zdaje się nie tylko bezsensowne, ale i śmiertelne, jak twierdzi ekspert od medycyny paliatywnej dr Matthias Thóns, mówiąc:

Szansę uratowania pomimo bardzo bolesnej terapii są minimalne. W jej następstwie większość pacjentów dozna uszczerbku, z którym ponad 90% powyżej 75 roku życia nie będzie chciało żyć. Nie spotkałem jeszcze żadnego bardzo starego

*pacjenta, który przeżyłby wentylację przy niedostatecznej obronie ze strony układu odpornościowego. To oznacza, że pacjenci z COVID-19 są posyłani na pewną, anonimową i samotną śmierć. To jest etyczna katastrofa!*TM.

Jedna z osób pracujących w szpitalu jednoimiennym bardzo się dziwiła, że zwożono do niego osoby w podeszłym wieku (przeważnie 80+) i chore zamiast pomagać im na miejscu, czyli np. w DFS-ach czy domach opieki. Taki był jednak nakaz wojewody, a więc polityczny, a nie medyczny.

Należałoby przeprowadzić śledztwo i wyjaśnić, ilu takich pacjentów było podłączanych do respiratorów, w wyniku czego umierali. Czy było to robione celowo, żeby podnieść statystyki koronawirusowych zgonów? Czy pacjenci byli powiadamiani o szansach na przeżycie po podłączeniu do respiratorów? Czy mieli możliwość wyrażenia świadomej zgody na terapię? Czy byli informowani o bolesności terapii i bardzo prawdopodobnym upośledzeniu? A może zakup respiratorów to był po prostu dobry biznes?

Niewiarygodne testy

Kolejną bardzo ważną kwestią jest wiarygodność, a właściwie jej brak, testów do stwierdzania obecności koronawirusa. Tak o nich mówi dr Wolfgang Wodarg:

¹ Annika Fischer, *Palliativhelfer: Alte Corona-Patienten sind kaum zu retten*, <https://www.morgcnpost.cle/vcrmiscstcs/articlc228896661/Palliativarzt-Alte-Corona-Patienten-sind-kaum-zu-reUcn.html>, 12.04.2020.

Niespecyficzny, medycznie bezużyteczny, ale wywołujący strach. Ze względu na ogromne znaczenie zjawiska COVID-19 należy zwrócić szczególną uwagę na test PCR SARS-CoV-2 - jedyny dostępny instrument, by dokonać pomiaru wirusa i by w ogóle móc mówić o jego nowym rozprzestrzenianiu się. W mojej ocenie tego nic się nie zmieniło od końca lutego: bez testu PCR dla wirusów SARS-CoV-2, przygotowanego przez niemieckich naukowców, nie zauważylibyśmy jakiegokolwiek koronawirusowej „epidemii” ani „pandemii”.

Po tym jak zaleciła go WHO (nie w celu wykrycia choroby), przeprowadzono testy w całym kraju i podjęto próbę znalezienia fragmentów wirusów SARS. Jedno ze źródeł w Chinach, którego prof. Christian Drosten, jeden z twórców testu PCR, nie chciał wymienić w wywiadzie dla niemieckiego radia, potwierdziło wirusologowi, że stosując ten test, znaleziono poszukiwany fragment SARS w wirusie Wuhan-SARS.

Moja ocena niezatwierdzonego urzędowo i niedopuszczonego do celów medycznych testu, który jest teraz używany do wykrywania „przypadków” na całym świecie, brzmi: jak test, którego wynik okazuje się pozytywny dla wielu różnych, zmieniających i rozprzestrzeniających się na całym świecie od wielu lat wirusów SARS nie toporzy, psów, tygrysów, lwów, kotów domowych i ludzi może być uznany za właściwy dla potwierdzenia wykrycia istniejącego rzekomo zaledwie od czterech miesięcy wirusa SARS-CoV-2?

Jest to najwyraźniej czuły test, który daje zbyt wiele pozytywnych wyników, a zatem może również wykryć wiele patogenów podobnych do tych, które podlegały rekombinacji w sposób

naturalny. To nie zaprzecza jednak temu, że może również wykryć wirusy z Wuhan.

Test wykrywa oczywiście także wcześniejsze warianty wirusów SARS, które ciągle się modyfikują, mogą szybko zmieniać swoich gospodarzy i nie można ich znaleźć w bazach danych wirusologów. Te jednak nie były i nie są oczywiście postrzegane jako wyjątkowo niebezpieczne.

Skąd więc wiemy, że rozbieżność między wieloma nieszkodliwymi infekcjami a kilkoma bardziej poważnymi przebiegami choroby nie wynika z faktu, że przy zastosowaniu tego testu w tym samym stopniu są wykrywane jej różne warianty? Zwłaszcza że daje on pozytywny wynik nawet w przypadku wariantów zwierzęcych!

Niewiele mówiący pozytywny wynik testu wywołuje jednak w każdym przypadku strach oraz powoduje natychmiast i w sposób przewidywalny odpowiednie zachowanie rzekomo zarażonych osób i ludzi, którzy reprezentują władzę. Ogólnokrajowe testy, fiksacja na stanowiskach z respiratorami, opustoszone kliniki w oczekiwaniu na ogłoszoną powódź ofiar COVID-19 i ćwiczenia selekcji chorych wywołały panikę, a tym samym umożliwiły wymuszenie posłuszeństwa mocno zastraszonej ludności¹⁵

Nasuwa się pytanie, ile osób musiało niepotrzebnie przebywać na kwarantannie, choć w rzeczywistości nie miało koronawirusa? Zwykły radar do mierzenia prędkości

¹⁵ Covid-19 - ein Falfur Medical Deleclnes, www.wodarg.com/covid-19-medical-detectwes/, 18.06.2020.

musi mieć odpowiedni certyfikat, że mierzy ją prawidłowo, bo jedynie wtedy można zgodnie z prawem ukarać kierowcę mandatem. Na tej samej zasadzie test na koronawirusa musi mieć waiidację, czyli musi być dokładnie sprawdzony naukowo, co tak naprawdę mierzy i z jaką dokładnością.

Ta kwestia z pewnością domaga się śledztwa i pozwów od poszkodowanych osób. Jeśli ktoś jest pozbawiany możliwości wychodzenia z domu przez 14 dni, to musi to być rzetelnie, naukowo uzasadnione.

Śmierć z powodu koronawirusa czy z **koronawirusem**?

Kolejny przekręt statystyczny dotyczący „pandemii” koronawirusa to nierozróżnianie między śmiercią z powodu koronawirusa od śmierci, gdzie wirus był jedynie obecny, ale nie stanowił przyczyny zgonu.

Przykładowo we Włoszech, których tak polscy politycy rzekomo się wystraszyli, nie wiadomo dlaczego bezmyślnie zakładając, że u nas będzie tak samo (może Polska to takie Włochy w pigułce?), po weryfikacji kart zgonów okazało się, że *po ponownym oszacowaniu przez Narodowy Instytut Zdrowia tylko w przypadku 12% kart zgonów wykazano bezpośredni związek przyczynowy z koronawirusem, podczas gdy 88% zmarłych pacjentów miała przynajmniej jedną współistniejącą chorobę - wielu dwie lub trzy*¹⁰.

¹⁶ Ashley Kirk, *Everyone wants more cownavirus data - here's why you should treat the numbers with caution*, „The Telcgraph”, www.telcgraph.co.uk/

Ponadto we Włoszech, Hiszpanii i USA, a więc w krajach, które podaje się jako najbardziej dotknięte „epidemią”, dochodziło już wcześniej do kolapsu szpitali, jak na przykład w sezonie grypowym w latach 2017/2018, ale media światowe tym się wówczas nie interesowały¹⁷⁻¹⁸⁻¹⁹⁻²⁰⁻²¹⁻²².

Polityczna mistyfikacja

Analizując rzetelnie i naukowo tę „epidemię”, z każdym dniem coraz bardziej wychodzi na jaw, że mamy do czynienia z jedną wielką mistyfikacją, która niestety jest podtrzymywana przez polityków i w przytłaczającej większości milczących naukowców oraz lekarzy z wielką szkodą dla

global-health/sciencce-and-disease/cvcryonc-wants-coronavirus-data-should-treat-numbrs-caution/, 18.06.2020.

¹⁷ Amanda Macmillan. *Hospitals overwhelmed by flu patients are treating them in fe/fó*, „Time”, <https://time.com/5107984/hospitals-handling-burden-flu-patients/>, 18.06.2020.

¹⁸ Helen Branswell, *A severe flu season is stretching hospitals thin. That is a very bad omen*, „Stat”. [hUps://www.statnews.com/2018/01/15/flu-hospital-pandemics/](https://www.statnews.com/2018/01/15/flu-hospital-pandemics/), 18.06.2020.

¹⁹ *Coronavirus Fact-Check #1: "Covid19 is having an unprecedented impact on ICUs"*, „OffGuardian”, <https://off-guardian.org/2020/04/02/coronavirus-fact-check-1-flu-doesnt-overwhelm-our-hospitals/>, 18.06.2020.

²⁰ Javier Camara, *La epidemia de gripe colapsa los hospitales*, „El Imparcial”, <https://www.elimparcial.es/noticia/173542/sociedad/la-epidemia-de-gripe-colapsa-los-hospitales.html>, 18.06.2020.

²¹ Daniel Ventura, *Por que la gripe significa colapso en los hospitales españoles?*, „Huffpost”, https://www.huffingtonpost.es/2017/01/13/gripe-colapso-hospitales_n_14135402.html, 18.06.2020.

²² *Mila no, terapie intensive al collasso per l'influenza già 48 malati grwci molte operazioni rinviata*, „Corriere”, http://milano.corriere.it/notizie/cronaca/18_gennaio_10/milano-terapie-intensive-collasso-l-influenza-gia-48-malati-gravi-molte-operazioni-rinviate-c9dc43a6-f5dl-lle-7-9b06-fe054c3bc5b2.shtml, 18.06.2020.

obywateli. Powraca pytanie postawione już wcześniej: dlaczego to się udaje? Dlaczego zdecydowana większość naukowców i lekarzy milczy? Na te pytania tak odpowiada prof. Stefan Hockertz - naukowiec, immunolog i toksykolog, były dyrektor i profesor Instytutu Eksperymentalnej i Klinicznej Toksykologii na Uniwersytecie Medycznym w **Hamburg-Eppendorf**:

Głoszenie apokalipsy jest obecnie głównym tematem mainstreamu. Młodzi naukowcy dobrze robią, że nie komentują tej sytuacji, ponieważ, to zagraża ich karierze. Taki jest nasz system naukowy, a także system w medycynie, który jest bardzo zhierarchizowany i gdzie powinno się być bardzo ostrożnym, wyrażając odmienne zdanie. Wielu naukowców na uniwersytetach może martwić się o fundusze na badania, jeśli nie będą „powtarzać” tej samej piosenki, którą się teraz głośno śpiewa na świecie.

Na pytanie, czego życzyłby sobie od innych kolegów i innych naukowców, prof. Stefan Hockertz odpowiada:

Życzyłbym sobie tego, co mówią mi w osobistych rozmowach: „To, co się tutaj dzieje, jest całkowicie wyolbrzymione”. Nie możemy tego zrozumieć. Powodujemy tym znacznie większe szkody uboczne niż chronimy ludność (stosując lockdown - przyp. tłum). Nigdy nie spotkałem się z tym, żeby ktoś powiedział, że to wszystko jest w porządku, co się teraz wyprawia. Nigdy nie słyszałem żadnej innej opinii - ani toksykologów, ani w rozmowach z immunologami, z lekarzami. Ciągłe słyszę, że środki, takie jak zakaz wychodzenia z domu, idą zdecydowanie

za daleko i nie mają nic wspólnego z rozsądną oceną ryzyka. Nie mamy już możliwości zgromadzeń. Nie możemy się swobodnie poruszać. Unieważniamy konstytucję prawem niższego rzędu - ustawą o ochronie przed zakażeniem¹".

Natomiast dr Wolfgang Wodarg, lekarz i byty polityk, widzi przyczynę powszechnego milczenia uczonych w różnego rodzaju korzyściach:

Przypomina mi to bajkę o królu, który nie miał na sobie ubrania i jedynie matę dziecko zawołało: „Król jest nagi!”. Po zostali, ci dworacy kręcący się wokół rządu, wraz z tymi, których rząd pyta o radę, bo sam przecież nie może mieć o tym pojęcia, to nie są specjaliści. Oni w tym wszystkim współdziałają, podlizując się władzy.

Teraz także wielu naukowców nadskakuje politykom. Naukowcy chcą być ważni wśród polityków, gdyż potrzebują pieniędzy dla swoich instytutów. Naukowcy, którzy płyną z głównym nurtem, też chcą coś z tego mieć. „My też możemy pomóc, mamy to czy tamto, mamy aplikację, posiadamy program do przetwarzania danych, możemy zrobić to czy tamto...” - zapewniają.

Jest też bardzo wielu, którzy deklarują: „My też chcemy pomóc”. Znaczy to, że pragną zarobić dzięki temu, zostać zauważonymi. W gruncie rzeczy brakuje nam tego skromnego podejścia, by po prostu zapytać: „Po czym rozpoznaliście, że to jest niebezpieczne? Jak to wyglądało przedtem? Czy nie

²¹ Corona Spezial - Mit Prof Dr Hockertz „Die Menschen sterben nicht an Corona sondern mit Corona”, <https://youtu.be/qENnOgxEJcA>, 18.06.2020.

mieliśmy tego już w ubiegłym roku? I czy to w ogóle jest coś nowego?". Tak, brakuje tych pytań i, zaiste, król jest nagi²⁴.

Należałoby zatem postulować zmianę funkcjonowania uniwersytetów, tak aby uczeni byli niezależni od polityków i pieniędzy pochodzących z firm, np. farmaceutycznych. Nauka bowiem ma przede wszystkim służyć odkrywaniu prawdy i rozwojowi obywateli oraz społeczeństwa jako całości, które opłaca naukowców i lekarzy oraz infrastrukturę. Udział zaś w debacie merytorycznej powinien być promowany, a nie zakazywany przez rządzących, jak to ma obecnie miejsce.

Myślenie statystyczne

Niestety przytłaczająca większość społeczeństwa, jak to już zostało powiedziane, włącznie z osobami wysoko wykształconymi, daje się uwieść medialnej propagandzie, ponieważ nie potrafi myśleć statystycznie i naukowo na podstawowym poziomie (jest to wynik kiepskiej edukacji w Polsce). I tak na przykład media pokazują jakies młode osoby, które rzekomo zmarły z powodu koronawirusa. Nawet gdyby to była prawda, to przecież na gripę również umierają młodzi ludzie. Jednak nikt nie zadaje sobie pytania, ilu ich było i jak ta sytuacja wyglądała rok, dwa czy dziesięć lat temu.

²⁴ *How Dr. Wolfgang Wodarg sees the current Corona pandemic*, youtu.be/p_AyuhbnPOI, 18.06.2020.

Podobnie media donoszą, że we Włoszech zmarło wielu lekarzy w związku z koronawirusem. Jednak pod dokładnym, naukowym przyjrzeniem się temu zjawisku, jak to zrobił nieoceniony prof. John Ioannidis, okazało się, że *śmiertelność ta wynosi ok. 0,3% w przypadku zainfekowanego personelu.*

Jeśli weźmie się pod uwagę fakt, że Wiochy mają najstarszy albo jeden z najstarszych personeli medycznych na świecie, oraz uwzględni, że prawdopodobnie bardzo wiele osób spośród nich nie było testowanych, a musiały być zarażone, ponieważ, obserwujemy, że większość infekcji jest bezobjawowa albo ekstremalnie lekko objawowa; jeśli weźmie się poprawkę na te czynniki, otrzyma się to samo oszacowanie, które jest bardzo blisko śmiertelności na grypę dla personelu medycznego²⁴.

Z kolei inni są przerażeni tym, że zmarła jakaś nadzwyczaj wysoka liczba sióstr zakonnych czy księży. Ale trzeba zadać sobie pytanie: „wysoka” w porównaniu do czego i w jakim okresie? We Włoszech jest obecnie 50 148 księży i zakonników. Biorąc pod uwagę, że statystycznie co roku umiera 1,06% włoskiego społeczeństwa, to rocznie umiera co najmniej 531 duchownych, co daje około 44 osoby miesięcznie. Jeśli więc w ciągu dwóch miesięcy „epidemii” umrze 88 duchownych, to nie jest to nic dziwnego.

²⁴ *Perspectives on the Pandemic. Dr. John Ioannidis Update: 4.17.20 | Episode 4, www.youtube.be/cwPqmI.oZA4s, 18.06.2020.*

Jak się bronić przed oszukiwaniem i rujnowaniem nas przez rządzących?

Przed wszystkim należy sobie i innym uświadomić, że kryzys nie został spowodowany koronawirusem, ale przez rządzących polityków. W związku z tym dochodzenie sprawiedliwości przed sądami jest jak najbardziej zasadne i konieczne.

W Niemczech pod egidą Sucharita Bhakdiego, przywołanego już profesora od chorób zakaźnych i epidemiologii, powstało Stowarzyszenie Lekarzy i Naukowców na rzecz Zdrowia, Wolności i Demokracji²⁶ stanowiące wyraz sprzeciwu wobec obostrzeń w związku z fałszywą epidemią. Cele Stowarzyszenia to:

- * krytyczna obserwacja społecznego i politycznego rozwoju sytuacji w kwestii zdrowia, wolności i demokracji celem jak najlepszej ochrony tych wartości,
- * przedstawianie kompetentnych analiz na bazie nauki i dowodów,
- * informowanie możliwie szerokich warstw społecznych niezależnie od mediów publicznych,
- » tworzenie możliwie dużej sieci osób podobnie myślących w całym państwie.

Z powodu wielu próśb osób podobnie myślących z innych krajów Stowarzyszenie uruchomiło również stronę

²⁶ *Mediziner und Wissenschaftler für Gesundheit, Freiheit und Demokratie*, www.mwgf.de, 18.06.2020.

międzynarodową²⁷, gdzie zachęca do tego, aby również w innych krajach tworzyć podobne organizacje i współpracować ze sobą. Uważam, że jest to bardzo dobry i potrzebny pomysł. Dlatego proszę o kontakt na podany poniżej adres mailowy wszystkich, którzy chcieliby się w to zaangażować, w tym lekarzy i naukowców oraz tych, którzy chcieliby wesprzeć finansowo powstanie i działalność polskiego stowarzyszenia.

Jeśli takie wsparcie otrzyma rodzime stowarzyszenie, to jestem gotów podjąć się organizacji całego przedsięwzięcia. Obecnie istnieje nagła potrzeba, żeby tłumaczyć i wydawać jak najwięcej dobrych opracowań na temat „epidemii” celem dotarcia do jak największej liczby ludzi z solidną wiedzą. Potrzebujemy pilnie „szczepionki” uświadamiającej jak najszerze kręgi społeczeństwa, by sytuacja, jaką zafundowali nam rządzący, nigdy już się nie powtórzyła. Nie możemy liczyć na decydentów, a jedynie na siebie. Wszystkich zainteresowanych proszę o kontakt i życzę dobrej lektury.

Dr Mariusz Błochowiak

kontaktkoronawirus(g)gmail.com

Doktor fizyki, pracował naukowo w Instytucie Maxa Plancka w Moguncji w Niemczech oraz w instytucie badawczym SINTEF w Norwegii. Interesuje się metodologią i filozofią nauki oraz relacją między wiarą a nauką.

²⁷ *Medical Professionals and Scientists for Health, Freedom and Democracy, www.mshfd.org, 18.06.2020.*

2. O AUTORACH

Prof. dr med. Sucharit Bhakdi, naukowiec i lekarz, wybitny specjalista w dziedzinie mikrobiologii i epidemiologii chorób zakaźnych, który przez 22 lata był dyrektorem Instytutu Mikrobiologii Medycznej i Higieny na Uniwersytecie w Moguncji w Niemczech,

Autor kilkuset publikacji naukowych, jeden z najczęściej cytowanych naukowców w dziedzinie medycyny w Niemczech. W latach 1990-2012 był redaktorem naczelnym czasopisma naukowego „Medical Microbiology and Immunology”. Prof. Sucharit Bhakdi otrzymał kilkanaście wyróżnień za swoją pracę naukową.

Prof. dr med. John Ioannidis, epidemiolog i statystyk, profesor medycyny i biostatystyki, wykłada i pracuje na Uniwersytecie Stanforda w USA. Należy do najczęściej cytowanych naukowców świata i uważany jest za koryfeusza w swojej dziedzinie. Jego praca „Dlaczego większość opublikowanych wyników badań naukowych jest nieprawdziwa”

jest uważana za fundamentalną w dziedzinie metanauki. Jedno z najstarszych i najbardziej renomowanych czasopism medycznych - „British Medical Journal” - określiło go mianem „bicz na niechlujną naukę”.

Paweł Kllmczewski ekspert analizy rynku specjalizujący się w analizie danych demograficznych, badaniu rynku mediów oraz pisaniu unikalnych programów rozwiązujących nietypowe problemy. W swojej pracy łączy wiedzę z wielu dziedzin: socjologii, cybernetyki, statystyki, matematyki, fizyki i informatyki. Autor programów predykcyjnych opartych o modele genetyczne i mechanizmy uczenia maszynowego z wykorzystaniem wielkich zbiorów danych (*Big Data*).

Współtwórca metodologii badań mediów w Polsce, szef i członek zespołu metodologicznego największego na świecie badania czytelnictwa prasy i konsumpcji. Autor projektu badania oglądalności linearnej telewizji w czasie rzeczywistym w Polsce. Hobbystycznie interesuje się językami aglutynacyjnymi i możliwościami ich przetwarzania w automatycznym rozumieniu treści, jednocześnie poznając kulturę ludów Azji Centralnej i Lewantu.

Prof. dr med. Klaus **Piischel**, ekspert w dziedzinie medycyny sądowej, dyrektor Instytutu Medycyny Sądowej kliniki uniwersyteckiej w Hamburgu w Niemczech, wicedyrektor Interdyscyplinarnego Centrum Badań nad Uzależnieniami Uniwersytetu w Hamburgu.

Dr med. Matthias Thöes, specjalista w dziedzinie anesteziologii i medycyny paliatywnej.

Prof. dr Knut Wittkowski, doktoryzował się w dziedzinie informatyki, a jego habilitacja dotyczyła biometrii medycznej. Przez 15 lat pracował z prof. Klausem Dietzem, jednym z wiodących epidemiologów w zakresie epidemiologii HIV. Następnie przez 20 lat na Uniwersytecie Rockefellera w Nowym Jorku kierował Wydziałem Biostatystyki, Epidemiologii i Projektowania Badań Naukowych w Centrum Nauk Klinicznych i Translacyjnych tamtejszego szpitala.

Dr med. Wolfgang Wodarg, internista i pulmonolog, specjalista w zakresie higieny i medycyny środowiskowej, a także zdrowia publicznego i medycyny społecznej. Po zakończeniu pracy klinicznej w charakterze internisty przez 13 lat był m.in. lekarzem publicznym w Szlezwiku-Holsztynie, a jednocześnie wykładowcą na uniwersytetach i w szkołach wyższych oraz przewodniczącym Komitetu Ekspertów ds. powiązanej z medycyną Ochroną Środowiska przy Izbie Lekarskiej Szlezwiku-Holsztynu; w 1991 roku otrzymał stypendium na Uniwersytecie Johna Hopkinsa w Baltimore w USA (epidemiologia).

Jako członek niemieckiego Bundestagu w latach 1994-2009 był inicjatorem i rzecznikiem Komisji „Etyka i prawo współczesnej medycyny”, członkiem Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy, gdzie przewodniczył Podkomisji

ds. Zdrowia i wiceprzewodniczącym Komisji Kultury, Edukacji i Nauki,

W 2009 r. zainicjował komisję śledczą w Strasburgu dotyczącą roli WHO w H1N1 (świńska grypa), gdzie po zakończeniu kadencji nadal pracował jako ekspert naukowy. Od 2011 r. pracuje jako niezależny wykładowca uniwersytecki, lekarz i naukowiec, a do 2020 r. był dobrowolnym członkiem zarządu i szefem Grupy ds. Zdrowia w Transparency International Germany.



3. DR MED. WOLFGANG WODARG

3.1 Rozwiązanie problemu koronawirusa: odizolować panikarzy²⁸

25 luty 2020

Nie obserwujemy chorób, ale aktywność poszukujących ich wirusologów.

Nie istnieje żadne nadzwyczajne zagrożenie medyczne leżące u podstaw obecnego szumu wokół koronawirusa. Przynosi on jednak znaczną szkodę naszej wolności i prawom osobistym poprzez stosowanie powierzchownych i nieuzasadnionych środków kwarantanny oraz wprowadzanie licznych zakazów.

Obrazy w mediach są przerażające, zaś ruchem w chińskich miastach steruje termometr. Karnawał w Wenecji został odwołany po tym, jak u umierającego, będącego

²⁸ Wolfgang Wodarg, Lösung des Corona-Problems: panikmacher isolieren. [kenftn.de/loesung-dcs-corona-problems-panikmacher-isolieren/](https://www.kenftn.de/loesung-dcs-corona-problems-panikmacher-isolieren/), 18.06.2020.

w podeszłym wieku pacjenta kliniki stwierdzono pozytywny wynik testu na wirusa. Kiedy garstka ludzi w północnych Włoszech również uzyskała wynik pozytywny, Austria natychmiast zamknęła przełęcz Brenner.

Ze względu na podejrzenie wystąpienia koronawirusa ponad 1000 osób nie może opuścić swojego hotelu na Teneryfie. Na statku wycieczkowym *Diamond Princess* 3700 pasażerów nie mogło zejść z pokładu. Na początku lutego 126 osób z Wuhan przyleciało samolotem do Niemiec i pozostało tam przez dwa tygodnie w doskonałym zdrowiu na kwarantannie. U dwóch zdrowych osób wykryto obecność koronawirusa.

Podobne sceny grozy rozgrywały się wielokrotnie w ciągu ostatnich dwóch dekad. Jednak „pandemia świńskiej grypy” ogłoszona przez WHO była w rzeczywistości jedną z najłagodniejszych fal grypy w historii. Do dziś nie tylko ptaki wędrowne czekają na „ptasią grypę”.

Obecnie nie mierzymy zapadalności na zachorowania wywołane przez koronawirusa, ale aktywność poszukujących go specjalistów. Wszystkie instytucje, które teraz ponownie informują o konieczności zachowania ostrożności, już nas kilkakrotnie rozczarowały i zawiodły. Zdecydowanie zbyt często są one instytucjonalnie skorumpowane przez drugorzędne interesy gospodarcze i/lub polityczne.

Każdy, kto nie chce gonić za niepoważnymi komunikatami wywołującymi panikę, ale woli odpowiedzialnie oceniać ryzyko rozprzestrzenienia się zakażenia, musi stosować solidną metodologię epidemiologiczną. Oznacza to,

że zanim zaczniemy mówić o czymś wyjątkowym, należy spojrzeć na „normalny”, podstawowy punkt odniesienia.

Do tej pory prawie nikt nie zwracał uwagi na koronawirusa. Na przykład w raportach Instytutu Roberta Kocha (**RKI**) jest on wspominany wyłącznie na marginesie, ponieważ w 2002 r. w Chinach występował SARS, a od roku 2012 na Półwyspie Arabskim obserwuje się przypadki przenoszenia się wirusa z dromaderów na ludzi (MERS). Natomiast nie ma żadnych informacji o regularnie powtarzającej się obecności koronawirusa u psów, kotów i świń, a nawet u ludzi, w tym również u mieszkańców Niemiec. Kliniki dziecięce najczęściej wiedzą bardzo dobrze, że znaczna część często ciężko przebiegających przypadków wirusowego zapalenia płuc również u nas jest powodowana przez koronawirusy.

Z uwagi na dobrze znany fakt, że w każdej „fali grypy” 7-15% przypadków poważnych chorób układu oddechowego (ARE) jest powodowanych przez koronawirusa, liczba przypadków, które są obecnie stale sumowane, nadal pozostaje w normie.

W czasie zimowej fali infekcji zwykle umiera jedna osoba na tysiąc spośród tych, które zachorowały. Selektywne stosowanie metod wykrywania - na przykład wyłącznie w szpitalach i przychodniach lekarskich - może łatwo podnieść ten wskaźnik do alarmujących poziomów, ponieważ ci, którzy szukają tam pomocy, są zazwyczaj w gorszej sytuacji niż ci, którzy dochodzą do siebie w domu.

Z początkiem roku nagle całkowicie zmieniło się nastawienie społeczeństwa, nauki i władz odpowiedzialnych za zdrowie. Kilku lekarzom w Wuhan (12 milionów mieszkańców) udało się przyciągnąć uwagę całego świata, choć początkowo odnotowali mniej niż 50 przypadków zachorowań i kilka zgonów w swoich szpitalach, w których wykryli koronawirusa jako patogen. Kolorowe mapy, które pokazuje się nam obecnie na papierze lub na monitorach, są oczywiście imponujące, ale zazwyczaj mają one mniej wspólnego z chorobą niż z działalnością zdolnych wirusologów i ogromną rzeszą reporterów poszukujących sensacji.

Tam, gdzie takie testy przeprowadzono - 13 lutego 2020 roku w 38 laboratoriach w całej Europie do dyspozycji było prawie 9000 testów tygodniowo - prawie zawsze stwierdzano obecność tego wirusa i każdy taki przypadek stawał się natychmiast wydarzeniem medialnym o ogromnym potencjale. Już sam fakt, że odkrycie infekcji koronawirusa wiąże się ze szczególnie intensywnymi poszukiwaniami w najbliższym otoczeniu chorego, tłumaczy istnienie wielu lokalnych skupisk choroby.

Przerażające doniesienia z Wuhan były czymś, na co czekają wirusolodzy na całym świecie. Szczepy wirusazymane w lodówkach natychmiast zeskanowano i zaczęto gorączkowo porównywać z tymi, które pojawiły się u pierwszych pacjentów z Wuhan. Laboratorium Charité wygrało wyścig zorganizowany przez WHO i otrzymało pozwolenie

na wprowadzenie na światowy rynek swoich własnych testów za cenę kilkakrotnie wyższą niż zwykle.

Lepiej jednak nie poddawać się testom na obecność koronawirusa za 200 euro. Jak wynika z kilkuletnich długofalowych badań przeprowadzanych w Szkocji (od 2005 r. do 2013 r.), nawet w przypadku niewielkiego zakażenia „grypopodobnego” ryzyko wykrycia koronawirusa wynosi od 7% do 15%. Wykrycie koronawirusa miałyby obecnie poważne konsekwencje dla codziennego życia badanych osób i ich szerszego otoczenia, co zresztą możemy zaobserwować we wszystkich mediach bez konieczności dłuższych poszukiwań.

Jednak to odkrycie nie ma żadnego znaczenia klinicznego. To tylko jedna z kilku nazw ostrych chorób układu oddechowego (ARE), które każdej zimy powodują, że około 20% do 40% wszystkich obywateli naszego kraju pozostaje tymczasowo unieruchomionych. Jak wynika z rzetelnych badań przeprowadzonych w Szkocji, najczęstszymi czynnikami chorobotwórczymi ostrych chorób układu oddechowego były: 1. rinowirusy, 2. wirusy grypy typu A, 3. wirusy grypy typu B, 4. wirusy RS (nabłonka oddechowego) i 5. koronawirusy.

Kolejność ta zmieniała się jedynie nieznacznie z roku na rok. Nawet w przypadku wirusów rywalizujących o nasze komórki błony śluzowej najwyraźniej istnieje pewne zmienne kworum, znane nam doskonale z naszych jelit z ich mikroorganizmami oraz z Bundestagu z jego partiami politycznymi.

Więc jeśli właśnie teraz mamy mieć do czynienia z rosnącą liczbą „potwierdzonych” infekcji koronawirusowych

w Chinach lub we Włoszech, to czy ktoś może powiedzieć, jak często przeprowadzano takie badania podczas poprzednich zim? Na kim, z jakiego powodu i z jakimi wynikami? Jeśli ktoś twierdzi, że sytuacja staje się coraz bardziej poważna, to bez wątpienia musi się odnosić do czegoś, co zostało zaobserwowane wcześniej.

Jeśli patrzy się na obecne zawirowania, panikę i wynikające z nich cierpienie jako doświadczony inspektor kontroli chorób, to wprawia to w osłupienie. Z pewnością dzieje się tak w przypadku wielu innych odpowiedzialnych osób, które prawdopodobnie zaryzykowałyby dziś utratę pracy, tak jak miało to miejsce wcześniej podczas „świńskiej grypy”, gdyby sprzeciwiły się dominującemu nurtowi.

Każdej zimy mamy do czynienia z epidemią wirusową, w wyniku której umierają tysiące osób, a miliony ulegają zakażeniu, w tym również w Niemczech. I koronawirusy zawsze odgrywają tu pewną rolę. Zatem jeśli rząd federalny chce zrobić coś dobrego, może postąpić tak, jak uczynili to epidemiolodzy w Glasgow i kazać poddać długofalowej (!!!) obserwacji bystre umysły w Instytucie Roberta Kocha (RKI), rejestrując, jak z roku na rok w okresie zimy zmienia się wirom mieszkańców Niemiec.

Polityka musi również troszczyć się o to, by godna zaufania praca naukowa w Instytutach: Roberta Kocha i Paula Ehrlicha oraz innych placówkach stała się ponownie łatwiejsza. Praca naukowa nie oznacza schlebiana przedstawicielom świata polityki czy gospodarki. Nauka

jest godna zaufania, jeśli w sposób profesjonalny i konsekwentny przez cały czas stosuje przejrzyste metody kwestionowania domniemanej wiedzy. Nawet jeśli jest to czasem czasochłonne, może uratować nas przed wieloma drogimi aberracjami zdrowotnymi, które próbują nam wmówić kierujący się zyskiem obrońcy grypy.

Natomiast każdemu, kto zostanie poddany kwarantannie i poniesie straty finansowe z powodu pozytywnego wyniku testu PCR na koronawirusy, przysługuje prawo do odszkodowania zgodnie z § 56 „Ustawy o ochronie przed zakażeniami”. Trzeba bronić się przed bezsensownym pozbawieniem wolności.

3.2 Nie ma powodu do paniki²⁹

13 marca 2020

Co za czasy! Europa pograża się sama, a moim zdaniem najgorsza jest ta niepewność. W naszym zespole dyskutujemy wciąż na temat tego, na ile rzeczywiście niebezpieczny jest ten wirus. Właściwie dla większości z nas wcale nie tak bardzo, ale czy wobec tego wszystkie te rygorystyczne środki są uzasadnione - to zamykanie wszystkiego, to odwoływanie? Uważani, że to wszystko jest bardzo niejasne... Dlatego chcę porozmawiać na ten temat ze specjalistą od epidemii, który powtarza, że:

²⁹ Corona - kem Gntnd zur Panik? - mit Dr Wolfgang Woclarg, prcradovic.com.

"To wszystko jest totalną przesadą". **Mówił** to zresztą już dawniej w czasie epidemii świńskiej grypy i - jak się po latach okazało - miał rację. Z nami w programie **PUNKT.PRERADOVIC** dr Wolfgang Wodarg.

Panie doktorze, namierzyliśmy Pana w Grecji, ale to chyba nie dlatego, że uciekł Pan przed koronawirusem?

Nie, potrzebowałem trochę spokoju.

Mogę sobie wyobrazić...

To ważne, kiedy słyszy się tak dużo wiadomości i tak dużo osób reaguje na to, co zdarzyło się gdzieś w Chinach - ta ilość informacji wysyłana w świat narastała coraz bardziej, wręcz eksplodowała. Potrzeba wtedy trochę dystansu, aby uchwycić te kontury, które są istotne.

Chciałabym Pana najpierw przedstawić, bo z pewnością słuchacze powiedzą: „Och, czy to, co mówi ten człowiek, jest wiarygodne?”. A zatem jest Pan internistą, pulmonologiem, specjalistą w zakresie higieny i medycyny środowiskowej oraz specjalistą od zdrowia publicznego. Studiował Paś epidemiologię na renomowanym uniwersytecie Johns **Hopkins** University w USA, był Pan krajowym lekarzem w Schleszwiku-Holsztynie, przez wiele lat był Pan deputowanym do Bundestagu z ramienia SPD i zasiadał jako przewodniczący Podkomisji ds. Zdrowia w Radzie Europejskiej. I powiada Pan, że to wszystko jest wyolbrzymione.

Ale przecież ten wirus rozprzestrzenia się tak niewiarygodnie szybko. Czy nie należy na to reagować?

Skąd Fani wie, że wirus tak szybko się rozprzestrzenia? Jedyne, co wiemy, to to że dokonywanie pomiarów dla zdiagnozowania obecności wirusa błyskawicznie się rozprzestrzeniło. Skąd może Pani wiedzieć, że w Chinach czy we Włoszech nie było wcześniej tego wirusa? Nikt wcześniej go nie szukał ani nie mógł szukać.

Chce Pan przez to powiedzieć, że wirus wcale nie rozprzestrzenia się tak szybko? Czy tak mam to rozumieć?

Tego nie wiem. Wcześniej go nie szukano, nie sprawdzano. To nowy wirus, który został znaleziony w Chinach i tak to zostało upublicznione. Możliwe, że wirusolodzy, którzy zajmują się genami tego wirusa, znaleźli ten nowy rodzaj, ale to tylko dowodzi, że tam byli ludzie chorzy i że wirusolodzy znaleźli coś nowego, czego nikt wcześniej nie widział...

A więc sądzi Pan, że te wszystkie tak drastyczne środki prewencyjne - odwotano mecze **piłki** nożnej, w zasadzie wszystkie imprezy, a ludzie mają siedzieć w domach... to przesada?

Jestem praktykiem w dziedzinie zdrowia publicznego i jako lekarz urzędowy musiałem decydować, czy jakieś imprezy mogły się odbyć czy też nie. To byt mój „chleb powszedni”. Kiedy ktoś zgłaszał coś nowego, groźnego,

przyglądałem się temu, co było poprzednio. Swoją drogą był to dobry trening.

Mamy już dość dobrze rozwinięty system monitorowania ostrych infekcji dróg oddechowych. To znaczy, że zawsze wiemy dokładnie, czy tegoroczna fala zachorowań na grypę jest wysoka, czy ludzie będą umierać czy nie. Istnieje nawet monitoring obejmujący tygodniową liczbę zgonów w Europie, dla każdego kraju odrębny, co pozwala prześledzić, czy poprzedniego tygodnia zmarło więcej osób niż zazwyczaj.

I jak to wygląda obecnie?

Bardzo umiarkowanie, umiera nawet mniej osób niż w poprzednich latach. A więc ta fala podwyższonej umieralności, która zazwyczaj nadchodzi w zimie, tym razem jest niższa niż dawniej. Ta statystka nazywa się EuroMOMO. Każdy może tam wejść i to sprawdzić³⁰. Także specjaliści z Instytutu Roberta Kocha musieli tam patrzeć.

Poza tym można również sprawdzić na monitoringu, który jest prowadzony przynajmniej w Niemczech, chociaż przypuszczam, że w innych krajach też. ile było przypadków nagłych, poważnych chorób dróg oddechowych w przychodniach tych lekarzy, którzy regularnie co roku współpracują w prowadzeniu tych statystyk. Takie zgłoszenia prowadzi wiele setek przychodni lekarskich w całych Niemczech. Lekarze z tych praktyk badają też rodzaj wirusów, ale sprawdzają tylko, jaki rodzaj wirusa grypy się pojawił.

³⁰ *EuroMOMO Bulletin*, <http://www.euromomo.eu/index.html>, 27.05.2020.

No tak, ale mówimy tu o koronawirusach...

No właśnie, lecz one wywołują te same objawy, więc jeśli przychodzi pacjent i mówi, że kaszle, ma zatkaany nos i może trochę podwyższoną temperaturę, to jest to zgłaszane jako ostra infekcja dróg oddechowych. Tym samym można uchwycić zachorowalność. W tym roku nie jest ona szczególnie wysoka, raczej niższa, więc nie mamy do czynienia ze zwiększoną liczbą infekcji dróg oddechowych w obecnym sezonie grypowym, jak to się potocznie nazywa, niż było w poprzednich latach. Nie ma w tym niczego niezwykłego lub jakiegoś wyjątkowego odstępstwa od normy.

Wróćmy jeszcze raz do samego wirusa. Panuje tu wielka niepewność. Jak już wspomniałam, dyskutowaliśmy o tym cały czas w naszym zespole. A więc jest to wirus ze znanej rodziny koronawirusów. Ale ten wirus jest nowy...

Tak samo mówiono przy SARS w 2002, w 2003 roku... Istnieją publikacje na ten temat. Chciałem najpierw tam sprawdzić, sądząc, że ktoś pomylił daty. Relacje brzmiały bardzo podobnie: „Pojawił się nowy wirus”. Ludzie, którzy to wtedy badali, mówią, że ten obecny wygląda bardzo, bardzo podobnie do wirusów SARS, które wówczas też wystąpiły w Chinach. Równocześnie wiemy, że wirusy muszą się zmieniać, abyśmy mogli zachorować. Kiedy wywołują chorobę, to znaczy, że właśnie się rozmnażają - nas potrzebują do rozmnażania. A gdy już je znamy, gdy nasz system

immunologiczny już je zna, broni się przed nimi, więc już nie mogą się rozmnażać. Czyli wirusy muszą nas każdego roku przechytrzyć, muszą się wciąż zmieniać.

Co to oznacza w przypadku tego wirusa?

To nic nowego, że mamy nowego koronawirusa...

Aha, czyli w gruncie rzeczy każdego roku, jeśli jest to koronawirus, to zawsze nowy koronawirus?

Właściwie tak i nie opłaca się każdego roku produkować nowego testu. Normalnie nikt nie chciałby nawet tego kupić, chyba że wywołuje się taką panikę jak dziś. Wtedy każdy chce go mieć. Ale normalnie nikt nie kupowałby testu na koronawirusa...

Można by produkować wciąż nowe rodzaje testów, stale badać wirusy nowymi testami. Mógłby to robić każdy szpital. Są jeszcze rinowirusy czy różne rodzaje wirusów grypy... Jest tak wiele rozmaitych wirusów, które wywołują takie same objawy i sprawiają, że tak samo chorujemy, a nikt ich dotąd nie badał... To znaczy, że wirusolodzy mogliby każdego roku wprowadzać na rynek nowe testy, co roku „robić szum” wokół tego.

Czyli, podsumowując to wszystko, jeśli dobrze zrozumiałam, tej zimy nie mieliśmy żadnej szczególnej sytuacji. Jeśli spojrzeć na monitoring, to właściwie wszystko jest tak jak zwykle, nawet trochę łżej, i gdybyśmy teraz

nie przeprowadzali na całym świecie testów na koronawirusa, to nikt by na to nie zwrócił uwagi?

Tak, nikt by tego nie zauważył...

Porażające!

Obecnie szpitale są bardziej obciążane z powodu tej masy pytań wywołanych paniką niż przez nowe przypadki zachorowań...

No, ale ci wszyscy chorzy, którzy są w szpitalach, którzy te szpitale przepełniają, gdzie wobec tego mieliby leżeć?

A gdzie są te przepełnione szpitale?

No, we Włoszech na przykład...

Czyli tam, gdzie wybuchła panika, gdzie dokonywano testów... We Włoszech, czytałem o tym w „Der Tagesspiegel”, przeprowadzono badanie, podczas którego przyjrano się 104 przypadkom śmiertelnym pod kątem tego, na co te osoby dodatkowo chorowały. Okazało się, że cierpiały przynajmniej na dwie lub trzy inne ciężkie choroby, które mogły spowodować zgon. Tam dodatkowo wykryto koronawirusa. Ponoć miano testować także już zmarłych, więc nie ma się czemu dziwić, zwłaszcza w sezonie grypowym, gdy się wie, że te 5% do 15% przypadków z potwierdzonym koronawirusem umiera, to można założyć, że tak jest co roku...

Tak jest każdego roku?

To znaczy, że także w tym roku możemy się spodziewać, że w przypadku ok. 10% pacjentów z ostrą infekcją dróg oddechowych znajdziemy tam też koronawirusy.

Ale we Włoszech mamy ponad 1000 zgonów. I to wszystko jeszcze mieści się w normie?

Wczoraj czytałem o ponad 600 przypadkach.

Nie, jest **już** ponad 1000, przejrzałam ostatnie meldunki. To byt skokowy przyrost przypadków śmiertelnych...

Próbowałem to przeliczyć, żeby pokazać zależność. Nie wiem, czy dam radę tak z pamięci, tu mam notatkę... Mam przed sobą wyliczenie z 10 marca, już jest trochę wstecz, ale tendencja jest ciągle ta sama. Wtedy podano, że we Włoszech wykonano dotąd 50 000 testów.

Nie mamy danych z żadnego kraju, nie wiemy, ile takich testów się robi, bo jeśli wykona Pani milion testów i znajdzie 600 przypadków, to jest inaczej niż wtedy, gdy się bada 1000 osób i znajdzie wśród nich te 600 przypadków. To jest duża różnica. Zatem powiedzmy, że we Włoszech wykonano 50 000 testów i z tego ma Pani ponad 7357 potwierdzonych pacjentów z wynikiem pozytywnym, czyli z koronawirusem. To odpowiada mniej więcej temu zwykłemu 5 do 15 procent. Czyli to jest tyle, ile można by się normalnie spodziewać, nie więcej...

✱

°
Q
s

^

^

°
s

Q
s

°

"

Są też ludzie, którzy sądzą, że **Wfochy** są tak szczególnie dotknięte, bo to bardzo „stary” kraj, „najstarszy w Europie”, bo społeczeństwo jest tam najstarsze. Średnia **wieku** jest tam najwyższa w Europie. Czy może to mieć jakiś związek z tym, że akurat tam umiera tak dużo osób?

Teoretycznie może, ale wtedy musieliby też umierać z powodu innych wirusów, nie tylko koronawirusa. Wtedy przy grypie musiałoby to wyglądać tak samo. Przy wszystkich zachorowaniach dróg oddechowych obserwowalibyśmy to samo. To nie ma nic wspólnego z koronawirusem. To powszechnie znana prawda, że jak ludzie się starzeją, to umierają.

Jeśli starzy ludzie trafiają do szpitali, to jest to dla nich bardzo niebezpieczne. Chciałbym wiedzieć, jaka jest liczba zgonów wśród osób starszych spowodowanych zakażeniami szpitalnymi we włoskich szpitalach. W niemieckich szpitalach corocznie umiera co najmniej 15 000 starszych pacjentów na infekcje, których by nie mieli, gdyby nie znaleźli się w szpitalu. To więcej niż liczba ofiar wypadków samochodowych w Niemczech.

Czyli oznacza to, że szpitale są bardziej niebezpieczne... niż ulice?

To są najniebezpieczniejsze miejsca, do których trafiają.

Zapewne też z powodu odporności wirusów?

Tak. I jeżeli teraz chcemy poznać śmiertelność jakiejś infekcji, jeżeli chcemy ją ocenić, to wszystko zależy od

tego, gdzie pobierzemy próbkę. Założmy, że weźmiemy ją od wszystkich przeziębionych ludzi, wszystko jedno, czy chodzą do lekarza czy też nie, wzywając ich do zgłoszenia się w określonym miejscu.

Wprawdzie to wezwanie do zgłoszenia się też stanowi pewnego rodzaju selekcję, bo zgłaszają się tylko ci, którzy potraktują to poważnie i zechcą się zgłosić. Ale gdybyśmy zrobili próbę losową wśród ludności i jednocześnie zapytaliśmy, czy w danym momencie skarżą się na problemy z oddychaniem, czy też nie, wtedy zbadano by tych, którzy zgłosiliby problemy z drogami oddechowymi i wówczas wykazano by pewną liczbę infekcji koronawirusowych. Pewna ilość testów dałaby wynik pozytywny. Prawdopodobnie byłoby ich raczej niewiele.

Natomiast gdybyśmy przeprowadzili to badanie u osób, które, nie radząc sobie bez pomocy lekarskiej, zgłaszają się do lekarza ze swoimi dolegliwościami, mielibyśmy do czynienia z koncentracją tych przypadków, więc można by w tej grupie wykazać o wiele wyższy udział procentowy tych wirusów, które i tak zawsze towarzyszą takim infekcjom.

To znaczy, że te relacje są zachwiane...

Jeżeli pójdziemy do szpitali, czyli tam, gdzie są najcięższe przypadki, i zbadamy znajdujące się tam osoby na obecność koronawirusa, to otrzymamy jeszcze wyższy wynik. Jeśli pytamy o zgony wśród tych pacjentów, to oczywiście wskaźnik umieralności będzie wysoki. Nawet wśród

pacjentów z samym tylko zapaleniem płuc umieralność sięga od 20% do 30% i nie jest czymś wyjątkowym. A gdyby tak jeszcze testować zmarłych... W ten sposób można to koncentrować coraz bardziej...

A zatem powiada Pan, że te wszystkie działania **profilaktyczne** są kompletną bzdurą? To odwoływanie targów, meczów piłkarskich, zamykanie szkół... To wszystko nie ma sensu?

Trzeba założyć, że lekarze działają z pełną sumiennością, że oceniają wskazania dla określonych działań. Jeżeli chce lub musi się Pani poddać operacji, lekarz powinien starannie rozważyć, czy to naprawdę konieczne. Podejmuje zabieg, bezpośrednią ingerencję w organizm, więc rozważa, czy to rzeczywiście będzie pomocne, czy jest niezbędne, i dokładnie tego samego powinno się wymagać od ludzi odpowiedzialnych za publiczną służbę zdrowia. Oni też powinni sumiennie rozważać, czy mamy rzeczywiście do czynienia z czymś poważnym, czy to, co robimy, jest naprawdę niezbędne.

Obecnie tak się nie dzieje. We wręcz niedbały sposób podejmuje się decyzje ograniczające prawa obywatelskie, odbiera się możliwość zarobkowania, odwołuje targi, ludzie nie mogą podróżować, rodziny nie mogą się spotykać... W rezultacie powstają tak ogromne szkody, że cieszyłbym się, gdyby jacyś cwam adwokaci postawili tamę temu wszystkiemu i domagali się pokaźnych odszkodowań od odpowiedzialnych za niedbalstwo w podejmowaniu decyzji.

Tej karygodnej niedbałości nie można tolerować w prywatnych ani publicznych relacjach. Domagam się powołania parlamentarnej komisji śledczej, która dogłębnie zbada te decyzje. Sądzę, że ona powstanie. To, co się wydarzyło, jest nieodpowiedzialne. Politycy są głupi w zakresie problemów zdrowotnych. Jako były polityk mogę to powiedzieć. Większość polityków zupełnie nie zna się na tym, są zależni od swoich instytutów. Jeśli jednak instytuty zachowują się jak dworacy i tylko powtarzają to, co jaśnie pan chce usłyszeć, jeśli nie mają krytycznego podejścia, nawet nie zadają pytań, tylko powtarzają to, co głosi mainstream, to nie należy się potem dziwić, że „król jest nagi”. Trzeba to jasno powiedzieć.

Przy tym wszystkim bardzo niechętnie słucha się odmiennych opinii. Raz zacytowano Pana krótko w „Bild-Zeitung” jako reprezentanta poglądów przeciwnych niż ogólnie przyjęte, a w telewizyjnym programie „Frontal 21” współuczestniczy! Pan w dyskusji z dwoma innymi kolegami, którzy byli podobnego zdania jak Pan. Dlaczego zatem nie jest Pan cytowany przez duże opiniotwórcze gazety, przecież nie jest Pan kimś nieznanym?

Wie Pani, wszyscy oni mocno się zagalopowali... Proponowałem „tAZ” i „Süddeutsche-Zeitung” swoje artykuły wyłącznie jako moją osobistą opinię. Jednak nic chcieli tego opublikować nawet jako moich osobistych poglądów.

Co byto powodem odmowy?

„Spiegel” powiedział mi, że rozmawiano z redakcją działu naukowego, a ta nie uważała za wskazane, by to obecnie opublikować. Redaktor usprawiedliwiał się, że chciał to zamieścić, ale nie mógł się z tym przebić. Nawet redaktorka „Frontalu 21” w ZDF, która przecież zdecydowanie się za to wzięła, miała poważne trudności, by przekonać redakcję do wyemitowania nagranych już programu. Mamy do czynienia z mainstreamem, który mocno przeholował, forsując panikę w mediach i praktycznie żywiąc się tą paniką.

Bo wokół napotykałyśmy mnóstwo teorii spiskowych? Ale jak wytyczyć granicę, poza którą zaczyna się już cenzura, eiedopuszczająca różnorodności poglądów? To naprawdę trudna sprawa.

Niestety, mam doświadczenie w tym zakresie od czasu świńskiej i późniejszej ptasiej grypy. Wtedy było dokładnie tak samo. Już wówczas monitowałem: uważajcie, bo wpadacie w jakiś obłąd! Na „straszliwe” skutki ptasiej grypy u ludzi czekamy do dziś, ptaki też czekają, a nic się dotąd nie stało.

Jeśli chodzi o świńską gripę, była to najłagodniejsza fala zachorowań na gripę, jaką kiedykolwiek mieliśmy. Dokładnie badałem sprawę świńskiej grypy, gdyż na szczęście byłem wtedy przewodniczącym komisji zdrowia Rady Europy i mogłem zgłosić ten temat pod obrady. Przeprowadziliśmy oficjalne wysłuchanie. W konsekwencji powołaliśmy

komisję śledczą i WHO musiała się tłumaczyć, dlaczego doprowadzono do tej skandalicznej sytuacji.

I co z tego wynikło?

Okazało się, że niezliczeni profesorowie zasiadający w tych gremiach, reprezentujący sprzeczne interesy, po prostu zmienili definicję pandemii. Wcześniej pandemią nazywano zaraźliwą chorobę z wysoką liczbą zgonów, a tu nagle do jej stwierdzenia wystarczy już tylko fakt, że wirus rozprzestrzenił się po całym świecie. A przecież to, przy naszej dzisiejszej globalnej mobilności, dzieje się każdego roku.

Rozumiem, czyli właściwie dziś też nie mamy do czynienia z pandemią w myśl klasycznej definicji, lecz z nową i WHO o takiej dziś mówi?

Tak. W zależności od tego, jak zdefiniujemy pandemię, możemy ją mieć lub też nie. Biorąc pod uwagę to, że wirusy rozprzestrzeniają się po całym świecie, to właściwie mamy permanentną pandemię, ponieważ „pandemiczny” znaczy: rozprzestrzeniający się po całym świecie.

Jednak jeśli zapytamy, czy obecnie w jakimś regionie lub w wielu regionach świata panoszy się jakieś poważne zachorowanie, gdyż taka jest różnica między pandemią a epidemią, to musimy temu zaprzeczyć. Nie ma zwiększonej ilości zgonów. Nie ma większej niż dawniej, niż jak każdej zimy, liczby zachorowań na infekcje grypowe,

grypopodobne czy ostre infekcje dróg oddechowych. Ludzie wcale nie zapadają na to częściej. Po prostu tak nie jest. Jedynie tam, gdzie używa się testów Pana Christiana Drostena...

...Szefa Instytutu Wirusologii w klinice Charité w Berlinie?

Tak. To właściwie on opracował ten test, który jest teraz w powszechnym użyciu, chociaż nie został jeszcze poddany walidacji.

To znaczy?

Zazwyczaj, jeżeli stosuje się jakiś test, musi on uzyskać walidację, zatwierdzenie przez nadzór federalny, to znaczy, iż musi uzyskać potwierdzenie, że bada to, co ma badać, że mierzy to, do mierzenia czego jest przeznaczony.

Rozumiem.

A więc robi się *peer review* i pyta o opinię recenzentów, którzy mają przeprowadzić krytykę testu. Zgłaszają oni swoje wątpliwości i zadają kolejne pytania. Dopiero po takiej dogłębnej dyskusji wszyscy mogą orzec: „Tak, jeżeli użyjemy tego narzędzia, będziemy mogli zmierzyć to a to”.

W przypadku tego testu tak się jednak nie stało, nie przeprowadzono takiego postępowania. Test stworzony przez Pana Christiana Drostena to tzw. *in-house test* (test wewnętrzny), który zgłosił on do WHO i który potem

potwierdzono w Chinach, mówiąc: „Tak, jeżeli stosujemy ten test, daje on pozytywne wyniki w tych przypadkach, które mamy u siebie w szpitalu”.

I tym samym uznano go za poprawny. Czy to jest ten sam test, którego teraz używa się wszędzie, w tym także w Europie?

Tak. Właściwie to dokładnie nie wiadomo, ile takich testów zostało wynalezionych. Trudno to w tej chwili ocenić. Ale ten jest powszechnie stosowany. Pan Drosten i inni tak bardzo nagłośnili informację, że ten test został dopuszczony do użytku, że teraz produkuje się go i stosuje wszędzie na świecie.

jednak nie został on zatwierdzony i wcale nie wiemy na pewno, czy wykazuje tylko jednego wirusa SARS, czy może różne jego mutacje, które rozwinęły się od roku 2002. Nie wiemy też, czy te wirusy SARS, te ich różne mutacje, nie rozprzestrzeniły się już po świecie. Czy ten wirus we Włoszech i ten w Chinach w Wuhan są tymi samymi? Moglibyśmy prawdopodobnie to stwierdzić, badając RNA. Czy ten test daje w obu wypadkach pozytywne wyniki, czy też nie? Co właściwie wykazuje, na co reaguje przy tak licznych, możliwych reakcjach?

Kiedy Pana zdaniem może się skończyć to mocopowanie z wirusem? Co według Pana będzie działo się dalej?

Należy przeprowadzić gruntowną dyskusję wśród specjalistów o wysokich kwalifikacjach i dopuścić do głosu ludzi, którzy wiedzą lepiej. Ja do nich nie należę. Nie brak naprawdę dobrych epidemiologów, którzy piszą podręczniki z tej dziedziny i są w stanie odpowiedzieć na takie pytania. Ja jestem praktykiem. Uczym się od tych naprawdę dobrych teoretyków. Dziwię się, gdzie oni teraz są, dlaczego nie zabierają głosu...

Tak, zadziwiające.

Wiaśnie. To przecież ogromna odpowiedzialność, a powstające szkody są przeogromne. Mam nadzieję, że to się niedługo zmieni.

Ze względu na to, że nie zasiada Pan dziś w Bundestagu ani w Radzie Europy, nie ma Pan możliwości powołania parlamentarnej komisji śledczej. Mimo tego chcę zapytać, czy moglibyśmy jeszcze się spotkać, gdy to wszystko minie, gdy się już wszystko dogłębnie rozpracuje, a fakty ujrzą światło dzienne, by wspólnie na podstawie tych informacji jeszcze raz przeanalizować ten zamęt, tak by sprawa nie uległa zapomnieniu, bo coś czuję, że pojawi się kolejna afera...

Jak wciąż do tej pory...

Jest Pan gotów przystać na tę propozycję?

Oczywiście.

Wspaniale. Dziękuję bardzo Panu za rozmowę. Sama mam sporo do przemyślenia. Panu życzę przyjemnego urlopu w Grecji, a Państwu dobrych chwil... To był PUNKT.PRERADOYIC. Jestem ciekawa, czego jeszcze w tej kwestii się dowiemy. Do zobaczenia.

Do widzenia.

3.3 Król jest nagi³¹

13 marca 2020

Chciałbym coś opowiedzieć o epidemii koronowirusa, którą rzekomo teraz mamy. Z początku myślałem, że ten rozgłos (medialny) przeminie krótko po tym, jak tylko się zaczął. Jednak wzmógł się tak bardzo, że sądzę, iż należy się nad tym dokładniej zastanowić.

Byłem lekarzem urzędowym, kierowałem Urzędem Zdrowia, miałem swój własny ośrodek, własny system monitorowania zachorowań na grypę. Na moim terenie, gdzie było 150 000 mieszkańców, obserwowałem stale, ilu ludzi choruje każdego roku.

Co roku na całym świecie mamy do czynienia z wciąż nowymi wirusami, ponieważ wirusy muszą się zmieniać. Gdyby ponownie atakowały nas te same wirusy, nasz system immunologiczny rozpoznawałby je i nie mogłyby wywołać u nas choroby.

³¹ *How Dr Wolfgang Wodarg sees the current Corona pandemic*, youtu.be/p_AyuhbnPOI.

Wirusy nie mogłyby się wówczas rozmnażać, a przecież one chcą się rozmnażać, dlatego muszą się zawsze troszeczkę zmieniać. Dlatego co roku mamy nowe warianty tych wirusów. Istnieje około stu różnych typów wirusów, które wciąż się zmieniają. Tak to wygląda w dużym skrócie.

Dotychczas prawie nie zajmowaliśmy się tym, które z wirusów powodują tę oto określoną gripę lub przeziębienie czy jakbyśmy tego nie nazwali. Jednakże w Glasgow prowadzono przez wiele lat bardzo dobre badania. Przeprowadzano próby z testami, które już istniały, to znaczy, nie badano wszystkich stu typów wirusów, lecz tylko te, dla których istniały testy. Obserwowano dziesięć lub osiem różnych wirusów i zawsze znajdowano wśród nich koronawirusy.

Oto wyniki badań z Glasgow. Od roku 2005 do 2013 obserwowano, jakie zarazki występują przy ostrych schorzeniach dróg oddechowych. Widzimy tu kolorowe słupki odpowiednio ukazujące zarazki. Te zielone w zielonym obszarze wskazują, że zawsze, co roku pojawiały się tam koronawirusy. Ich procentowy udział wynosił zawsze od 1% do 15%, od 5% do 14%, to się nieco waha. A zatem to normalne, że zazwyczaj w dużej części są to koronawirusy.

To, co teraz powstało w Chinach, w Wuhan, to największe laboratorium o podwyższonym standardzie bezpieczeństwa do badania wirusów całych Chinach. Pracuje tam bardzo dużo specjalistów, ludzi, którzy przez cały dzień tylko tym się zajmują.

Ogromne miasto liczące 1 i milionów mieszkańców, olbrzymie szpitale, ogromne oddziały intensywnej terapii. A zatem zawsze znajdą się ludzie, którym będzie potrzebne wspomaganie oddychania, osoby z zapaleniem płuc, być może nawet setki. Tymczasem oni badali te wirusy u niewielu, tj. u stu pięćdziesięciu pacjentów, potem w laboratorium sprawdzali, jakie jest ich RNA i znaleźli nowy rodzaj wirusa. To rzuciło im się w oczy.

Gdy wirusolog znajduje coś takiego, umieszcza informację w wielkiej bazie danych. Ta baza jest dostępna także na przykład w Berlinie, z każdego komputera można wejść do niej. Naukowcy mogą się z tym szerzej zapoznać. Zatem tu w Berlinie przyjrzano się temu, porównano, a następnie próbowano opracować test, by za jego pomocą móc badać te szczególnie, rzekomo nowe, wirusy, ten ich nowy rodzaj.

Istnieje sprawozdanie, które Pan Drosten przekazał do WHO. Wówczas bardzo prędko dopuszczono ten test do użytku. Zazwyczaj taki test stanowi wyrób medyczny i podlega walidacji, to znaczy, że musi być dokładnie sprawdzony, o czym on właściwie informuje, co tak naprawdę mierzy. Ten opracowany tutaj to właściwie test wewnętrzny (*in-house test*), przygotowany w Charité³². Ponieważ nie było jeszcze zwalidowanego testu, a wybuchła ogromna panika, orzeczono: „No dobrze, w takim razie użyjemy wszędzie tego testu”. Wówczas p. Drosten udostępnił go.

¹² S/pital khnic/ny w Berlinie.

Wirusolog oczywiście nie może stwierdzić, czy to coś jest niebezpieczne czy nie. Może tylko powiedzieć: „To jest test. Mamy taki test. Nie mamy testu...”, ale nie odpowie na pytanie: „Czy to coś groźnego, Panie Drosten? Czy to niebezpieczne?”. Po czym on miałby to rozpoznać? Mógłby to wykazać jedynie na podstawie szerszych danych epidemiologicznych, to znaczy, gdy się zaobserwuje, jak bardzo ludzie chorują, jak szybko wracają do zdrowia i czy umiera ich więcej niż dawniej.

A zatem bardzo ważne jest, by oceniać to w oparciu o dane z poprzedniego roku, by porównywać, by przyglądać się, jak wyglądają dane o umieralności, ilu ludzi zmarło na choroby wirusowe.

Teraz, jeżeli chcę sprawdzić, jeżeli szukam określonego patogenu, jeśli na przykład szukam koronawirusa, mogę zbadać ogół społeczeństwa. Wówczas prawdopodobnie znajdę jakiegoś wirusa u około 10%. Przy takim jako obecne nasileniu grypy będzie to od 8% do 10% ludności. Będzie to coś, co akurat sprawia, że chorujemy trochę mniej lub bardziej. Jeśli jednak pójdę do gabinetu lekarskiego i sprawdzę, ilu ludzi to ma, oczywiście znajdę dużo więcej pozytywnych przypadków. Jeżeli z kolei pójdziemy do szpitala i pobierzemy próbkę u tych pacjentów, a następnie zrobimy test na koronawirusa, to wówczas znajdziemy infekcję koronawirusową u jeszcze większej liczby chorych.

To znaczy, że w zależności od tego, jakie grupy ludności zbadam, tj. czy normalnych ludzi (z „ulicy” - przyp. tłum.),

czy osoby w poczekalniach przychodni lekarskich, czy też w klinice lub ludzi bardzo chorych, znajdujących się na oddziale intensywnej terapii, zawsze u 1% do 15% (tego należy się zawsze spodziewać) znajdę także koronawirusa. Jednak nie mogę wtedy jeszcze orzec, czy umierają od tego czy może od innych patogenów, a koronawirus tylko temu towarzyszy.

Jeżeli teraz patrzę na to, co dzieje się we Włoszech i słyszę: „Och, tam wszyscy umierają!”, to chciałbym wiedzieć, skąd brano oraz jak i gdzie zastosowano te nieliczne testy, którymi dysponowano. Jeżeli użyto ich w szpitalu u ciężko chorych i umierających, to wskaźnik umieralności na koronawirusa oczywiście wzrośnie. Wynika to z tego, że akurat **tam** się temu przyjrano.

Tym samym -jeśli ktoś ma zdefiniowaną chorobę - specyficzna dla niej umieralność określa, jaki procent chorych umiera na nią. Przy ostrym lub sezonowym schorzeniu dróg oddechowych, które potocznie nazywamy grypą, umieralność wynosi zazwyczaj 0,1 %. Właściwie to jest to już górna granica, to znaczy, że każdej zimy jedna osoba na tysiąc umiera na grypę.

Dopiero teraz możemy się temu przyjrzeć i określić, czy to więcej wynika z powodu koronawirusów czy też nie. Można to zrobić następująco. Jeżeli na przykład w Niemczech w wyniku tej grypy umiera od 20 do 30 tysięcy ludzi więcej niż gdyby zmarło bez tej grypy, nazywa się to **nadu-**mieralnością.

Zatem wiemy już, że **koronawirusy** stanowią zawsze od około 5% do 14%, a więc założmy, dla łatwiejszego rachunku, że jest to około 10%.

Przyjmijmy teraz, że w ubiegłych latach badaliśmy ciężko chorych w szpitalach testem na koronowirusa (nie robiono tego, ma się rozumieć). Wtedy w tych wcześniejszych latach musielibyśmy liczyć się z tym, że znajdziemy dwa do trzech tysięcy osób, spośród umierających na schorzenia dróg oddechowych, u których również wykazano by obecność koronowirusa.

A przecież jesteśmy teraz jeszcze daleko od tego (lej liczby zgonów - przyp. tłum.).

Jest oczywiste, że wirusolodzy zrobili coś interesującego, co wywarło bardzo duże wrażenie na chińskim rządzie, który rozdmuchał to do olbrzymich rozmiarów. Nagle stało się to ogromnie ważne politycznie, całkowicie przekraczając ramy wirusologii. Nagle zaczęto wszędzie na lotniskach montować urządzenia do rozpoznawania twarzy, mierzyć gorączkę, a termometr lekarski regulował ruch na chińskich drogach.

Oczywiście była to sprawa o tak wielkim znaczeniu, że miała międzynarodowe reperkusje i zaabsorbowała polityków, którzy musieli się do niej jakoś odnieść.

I znów pojawili się wirusolodzy. Politycy zorientowali się, że sprawa zaczęła się od wirusologów, więc zapytali własnych wirusologów o zdanie, a ci też uznali, że to ważna sprawa i powiedzieli: „Musielibyśmy... Możemy **Wam**

pomóc i stworzyć test... Możemy przyjrzeć się temu, jak to zrobiono w Chinach...", czyli utkano jakąś sieć informacji z tych różnych dostępnych wiadomości i opinii dominujących w kręgach specjalistów, a politycy zwrócili się do tych ekspertów, którzy to rozpoczęli.

Doprowadziło to do tego, że politycy przeholowali. W praktyce wykorzystują te argumenty po to, by oceniać, komu należy pomóc, jakie obostrzenia zastosować i co powinno być zabronione z powodu kwarantanny - wszystkie te rzeczy wywodzą z tych argumentów, co oznacza, że teraz ludziom o krytycznym spojrzeniu trudno będzie powiedzieć:

„Chwileczkę, nic się przecież nie dzieje”.

Przypomina mi to bajkę o królu, który nie miał na sobie ubrania i jedynie małe dziecko zawołało: „Król jest nagi!”. Pozostali, ci dworacy kręcący się wokół rządu, wraz z tymi, których rząd pyta o radę, bo sam przecież nie może mieć o tym pojęcia, to nie są specjaliści. Oni w tym wszystkim współdziałali, podlizywali się. Teraz także wielu naukowców nadskakuje politykom.

Naukowcy chcą być ważni wśród polityków, gdyż potrzebują pieniędzy dla swoich instytutów. Naukowcy, którzy płyną z głównym nurtem, też chcą coś z tego mieć. „My też możemy pomóc, mamy to czy tamto, mamy aplikację, posiadamy program do przetwarzania danych, możemy zrobić to czy tamto...” - zapewniają.

Jest też bardzo wielu, którzy deklarują: „My też chcemy pomóc”. Znaczy to, że pragną zarobić dzięki temu, być

ważnymi i zostać zauważonymi. W gruncie rzeczy brakuje nam tego skromnego podejścia, by po prostu zapytać: „Poczym rozpoznaliście, że to jest niebezpieczne? Jak to wyglądało przedtem? Czy nie mieliśmy tego już w ubiegłym roku? I czy to w ogóle jest coś nowego?”. Tak, brakuje tych pytań i, zaiste, król jest nagi.



4. PROF. DR MED. SUCHARIT BHAKDI

4.1 Zbiorowe samobójstwo³³

19 marca 2020

Panie profesorze doktorze Sucharit Bhakdi, jest Pan ekspertem od mikrobiologii. Należy Pan do najczęściej cytowanych naukowców w dziedzinie medycyny w Niemczech. Dzisiaj mówimy o koronawirusie. Ten wirus postawi! świat w stan alarmu. Skutki tego stają się coraz bardziej dramatyczne. W Niemczech jest stan wyjątkowy. Czym w ogóle są koronawirusy?

Wirusy występują na całym świecie u zwierząt i ludzi, tworząc dużą rodzinę, która jest wśród nas. Normalnie nie odgrywają żadnej roli medycznej, ponieważ powodują

4 PROF. DR MED. SUCHARIT BHAKDI

³³ Corona-Knse. Prof Sucharit Bhakdi erklärt warum die Maßnahmen sinnlos und selbstzerstörerisch sind, >outu.be/JBB9bA-gXL4.

tylko lekkie, grypowe infekcje lub katar z gorączką. Najwyżej ludzie starsi, którzy przechodzili już jakieś choroby, mogą być na niego nieco narażeni.

Na scenę wszedł teraz nowy przedstawiciel tych wirusów, który wprawia świat w strach i panikę. Dlaczego? COVID-19 został odkryty w Chinach i rozprzestrzenił się tani bardzo szybko. Najwyraźniej towarzyszyły temu ofiary śmiertelne, więcej niż by się spodziewano. Następnie nadziedział alarm z północnych Włoch, tam również wydarzyło się coś podobnego. Jednakże, i należy to rzeczywiście prze-myśleć, w innych częściach świata, gdzie rozprzestrzenił się wirus, ta pozorna 4-, 5- czy 6-procentowa liczba zgonów nie została osiągnięta, na przykład w Południowej Korei rzekomo wyniosła 1%, a w Anglii 0,3%.

Dlaczego pozorna liczba zgonów?

Pozorna, ponieważ wirus nie zabija sam, lecz w powiązaniu z innymi chorobami. Nie można za to obarczać winą samego wirusa. Myślenie, że komuś przytrafił się Covid-19, jest nic tylko niepoprawne, ale też niebezpieczne i wprowadzające w błąd, ponieważ przez to zapomina się, że wicie innych lokalnych czynników może odgrywać rolę współdecydującą. Na przykład co łączy Północne Wiochy z Chinami? Co mają wspólnego? Odpowiedź: horrendalne zanieczyszczenie powietrza, będące najwyższe w świecie. Włochy są Chinami Europy. Płuca ludzi w tych obszarach są zupełnie inaczej obciążone i chore niż gdzie indziej.

A jak wygląda to w Niemczech? Tutaj wirus rozprzestrzenił się prędko.

Tak. Właściwie to wygląda tak, jakby rozprzestrzenianie było w drodze. I dziwnym sposobem daje to nam w ręce pewne dane, na podstawie których możemy lepiej zdecydować, co należy zrobić.

Eksperci i politycy już to uczynili albo właśnie czynią i dlatego ogłaszają najwyższy stopień alarmowy.

Tak, i to jest największy tragizm tej historii. To, co zostało postanowione, jest właściwie bezsensowne. Mianowicie już odpowiedziano na ważne pytania. Pierwsze pytanie brzmi: czy ten wirus zabija „starszych” ludzi z chorobami współistniejącymi, podobnie jak to robią inne koronawirusy, czy też ludzi młodych? Odpowiedź jest zupełnie jasna. Mamy 10 000 infekcji. 99,5% ludzi nie ma żadnych albo ma tylko lekkie symptomy. To jest niepoprawne i właściwie nie wolno mówić o 10 000 zachorowań. Te osoby nie są chore.

Infekcji nie można porównywać z zachorowaniami, ponieważ zachorowało jedynie 50 do 60 ludzi, a 30 zmarło do dzisiaj, czyli w ciągu 30 dni. Zatem mamy około jednego zgonu na dzień z przypisanym **COVID-19**.

Scenariuszem jak z horroru jest to, że ta liczba mogłaby wzrosnąć stokrotnie. Wówczas mielibyśmy jeden milion przypadków i być może 3000 zmariych w ciągu następnych 60 dni, a więc łącznie w ciągu 100 dni. A to daje 30 zmarłych

na dzień. Teraz próbuje się zapobiec temu koszmarnemu scenariuszowi.

A zatem obecne środki zmierzają do tego, aby spowolnić rozprzestrzenianie się wirusa i przez to zapobiec temu, aby wkrótce nie były ogłaszane codziennie nowe przypadki śmiertelne?

Tak, przy czym liczba ta to około 30 zmarłych dziennie według tego, co wiemy. Być może 30 przypadków zmarłych na dzień sprawia wrażenie, że to bardzo dużo. Należy jednak uwzględnić, że w Niemczech umiera każdego dnia 2200 ludzi mających ponad 65 lat. Trzeba uwzględnić, że z dużym prawdopodobieństwem mają oni normalne koronawirusy, rodzeństwo COVID-19, przynajmniej w 1%. To byłyby 22 osoby, które umierają każdego dnia.

Różnica polega na tym, że tutaj nie mówi się o zmarłych na koronawirusa, ponieważ wiadomo, że koronawirus odgrywa bardzo podrzędną rolę. Teraz chcemy zapobiec scenariuszowi zastąpienia tych 22 osób przez 30. To jest to, co się teraz wydarzyło.

Boimy się, że przy jednym milionie infekcji tym nowym wirusem będzie dziennie 30 zmarłych. Ale nie uświadamiamy sobie tego, że przez cały ten czas umiera już co najmniej 20, 30, 40 albo 100 pacjentów, którzy umierają z takimi samymi chorobami współistniejącymi, z takimi samymi obciążeniami, u których obecny jest koronawirus. Z tego względu są teraz podejmowane horrendalne środki.

Co sądzi Pan o tych środkach?

Uważam je za groteskowe, przekraczające granice i wprost niebezpieczne. Proszę zobaczyć, każdy człowiek, każdy starszy człowiek ma prawo się starać, aby nie należeć do tej grupy 2200 osób, która codziennie nas opuszcza. Człowiek ma swoje zainteresowania, uprawia sport, utrzymuje swoje kontakty społeczne, bierze udział w różnych wydarzeniach itd. To wszystko teraz odpada.

Możemy przyjąć, że te środki skrócą przewidywalną długość życia tych 2200 ludzi. Naturalnie mamy tego też skutki ekonomiczne, które są horrendalne i dla wielu zagrażają ich egzystencji. W końcu mamy też bezpośrednie skutki medyczne.

Już teraz mamy wąskie gardła w leczeniu. Operacje nie mogą być przeprowadzane. Chorzy nie są leczeni, tj. nie są optymalnie leczeni. Personel jest wycofywany albo brakuje go w szpitalach, ponieważ matki muszą pilnować swoich dzieci w domu. To są wszystko rzeczy, które będą miały złe konsekwencje. Mogę tylko powiedzieć, że te działania są samoniszczycielskie. A jeśli społeczeństwo je akceptuje i przeprowadza, to równa się to zbiorowemu samobójstwu.

—
*
A
H
T
R
t
u
^
M
D
R
O
F
3

4.2 Załamanie służby zdrowia?³⁴

22 marca 2020

Chciałbym dzisiaj odnieść się do dwóch kwestii, które docierają do nas codziennie. Po pierwsze, wobec gwałtownie wzrastającej liczby infekcji w Niemczech, nie należy obawiać się załamania służby zdrowia. Różne dane szacunkowe zakładają, że jedynie 5% pacjentów musi być wentylowanych. Moja odpowiedź brzmi: fatalny błąd przy tych szacunkach polega tym, że stawia się znak równości między zakażeniem, zachorowaniem i pacjentem.

Faktem jest, że infekcja to wniknięcie i namnażanie wirusa w organizmie. Choroba zakaźna, a więc symptomy choroby, powstaje dopiero wtedy, kiedy następuje odpowiednia reakcja organizmu. Podczas koronawirusa 90% infekcji przebiega bezobjawowo, czyli człowiek jest zdrowy.

Można to także uświadomić sobie, analizując liczby, które są publicznie dostępne dla każdego. Jeżeli więc ekstrapoluje się te dane i założy, że liczba infekcji jest znaczna, to przy obliczeniu zapotrzebowania na miejsca w szpitalu muszą Państwo te wyniki podzielić przez dziesięć. Jeśli to zrobicie, zobaczycie, że wirus nigdy nie będzie mógł załamać naszej służby zdrowia.

³⁴ Prof. Dr Sucharit Bhakdi - Corona-Nachtrag I: Belastbarkeit des Gesundheitssystems. <https://youtu.be/IJEJBKiBVIA>.

4.3 Co się dzieje we Włoszech?³⁵

22 marca 2020

Co się dzieje z Włochami? W ciągu kilku ostatnich dni zmarło tam 600 ludzi na koronawirusa. Czy nie czeka nas to samo, jeżeli nie podejmiemy żadnych działań? Moja odpowiedź brzmi: wiadomo, że ten wirus się szybko rozprzestrzenia. Może właśnie dlatego, że jest stosunkowo bezpieczny i zdrowi ludzie nie zachorują poważnie na niego, jego przebieg wygląda następująco: zostałem zainfekowany, kontaktuję się z innymi, zarażam, a Państwo tego nie zauważają.

Tym bardziej ważne jest, żeby rozróżnić między przyczyną a sprawą drugorzędną. Nie można zakładać, że jeśli wirus tu jest, to znaczy, że to on jest winny. To jest to, co praktykuje się we Włoszech i u nas w Niemczech, a także w Hiszpanii i, niestety, na całym świecie. To prowadzi do sytuacji praktycznie bez wyjścia.

Przed kilkoma dniami mieliśmy pierwszy przypadek śmierci na koronawirusa w Schleswig-Holstein. Zmarły był 78-letnim mężczyzną w zaawansowanym stadium raka i przebywał na oddziale paliatywnym. Kilka dni przed jego zgonem został pobrany wymaz na obecność wirusa. Po jego śmierci poinformowano o wyniku badania. Przypadek ten zosta! natychmiast włączony na listę zmarłych na koronawirusa w Niemczech i umieszczony pod numerem 52.

³⁵ Prof. Dr.Sucharit Bhakdi - Corona-Krise Naclitrag 2- Schreckensszenano Italien, <https://youlu.bc/MARVdS-pHdQ>.

Co się dzieje we Włoszech, nie mam pojęcia, ponieważ, żeby rzeczywiście rozróżniać między przyczynami a sprawami drugorzędnymi, potrzebne by były dane dotyczące przebiegu choroby i okoliczności śmierci. Takich danych nie mamy. Ale żeby móc powiedzieć, że ponieważ wirus jest obecny, to wirus jest też przyczyną śmierci i trzeba podjąć szczególne kroki, żeby zmarłego przewieźć „bezpiecznie” do miejsca spoczynku, to takie działanie prowadzi do tych „strasznych” scen z Wioch, tak chętnie pokazywanych przez telewizję.

Jeżeli dalej będziemy tak postępować, to nie będzie już nam wolno odwiedzać naszych bliskich w szpitalu i pożegnać się z nimi, kiedy przyjdzie na nich czas. Czy tego naprawdę chcemy? Myślę, że nadszedł czas, by usiąść i zastanowić się, co jest do zrobienia. Proszę domagać się, aby te kwestie były otwarcie, krytycznie i rzeczowo dyskutowane. Życzę Państwu wszystkiego dobrego.

4.4 List otwarty do kanclerz Aegell Merke¹⁶

29 marca 2020

Drogie Współobywatelki i Współobywatele!

Jestem specjalistą w dziedzinie mikrobiologii i epidemiologii zakażeń. Całe swoje życie zajmowałem się kwestią powstawania, diagnostyki i leczenia chorób zakaźnych.

¹⁶ *Corona-Knse. Offener Bnefan die Bundeskamlenn von Prof. Suchant Bha-kdi*, <https://youtu.be/LsExPrHCHbw>.

Niedawno po raz pierwszy za pomocą video nagrania wziąłem udział w debacie na temat Covid-19 w Niemczech. Dyskusja na ten temat jest bardzo mocno naładowana emocjami. Moim życzeniem było, żebyśmy wrócili do rzeczowego rozumowania. Celem była klasyfikacja danych i faktów oraz zadawanie pytań, które często są pomijane w publicznym dyskursie. Należy także zwrócić uwagę na niebezpieczeństwa związane z paniczną reakcją polityków.

Nie reprezentuję żadnej agendy politycznej i żadnych osobistych interesów - ani swoich, ani obcych. Czuję się zobowiązany tylko wobec nauki i społeczeństwa.

Kluczową kwestią jest, czy wiemy wystarczająco dużo, by ponieść odpowiedzialność za to wszystko, czego wymagamy od ludzi w tym kraju? Czy potrafimy uzasadnić na podstawie danych, które posiadamy, tak drastyczną ingerencję w naszą wolność i podstawowe struktury naszego społeczeństwa ze wszystkimi przewidywalnymi skutkami? A jeżeli tak, to jakie dane brano pod uwagę i jaką zastosowano strategię? Mając to na uwadze, wysłałem list otwarty do naszej Pani kanclerz. Postawiłem Pani Angeli Merkel pięć konkretnych pytań, które chciałbym omówić w tym filmie.

Moje pierwsze pytanie dotyczy statystyk.

W nauce o zakażeniach rozróżnia się między infekcją a chorobą. Do statystyk jako nowe przypadki powinni być zaliczeni tylko pacjenci z symptomami, w tym przypadku gorączką lub kaszlem. Innymi słowy, nowa infekcja wykryta przez test laboratoryjny niekoniecznie oznacza, że mamy

do czynienia z nowym przypadkiem kolejnego chorego pacjenta, który będzie potrzebował łóżka szpitalnego.

Obecnie przyjmuje się, że 5% wszystkich nowo zakażonych, należy podkreślić, że nie chodzi o nowych chorych, będzie wymagało respiratora. Bazujące na tej podstawie oszacowanie mówi, że system opieki zdrowotnej może być wówczas przeciążony. W związku z tym moje pytanie do Pani kanclerz brzmi: czy w tych szacunkach rozróżniono między bezobjawowymi a rzeczywiście chorymi, czyli ludźmi, którzy wykazują objawy?

Panie i Panowie, niebezpieczeństwo postawienia znaku równości między zainfekowaniem a chorobą jest oczywiste. Wzrost nowych zakażeń w Niemczech wygląda rzeczywiście wykładniczo.

Ale tej liczby nie wolno użyć jako podstawy do jakichkolwiek szacunków. Zamiast tego należy przeanalizować liczbę rzeczywistych klinicznych przypadków zachorowań uwarunkowanych koronawirusem. Tylko wtedy można realistycznie oszacować oczekiwane obciążenie systemu opieki zdrowotnej.

Drugie pytanie dotyczy niebezpieczeństwa związanego z tym wirusem. Drakońskie środki, które ograniczają podstawowe prawa ludzi w tak rozległy sposób, wolno wprowadzić tylko wtedy, gdy istnieją wiarygodne przesłanki, że nowy wirus jest wyjątkowo niebezpieczny. Znacznie bardziej groźny niż powszechnie znane wirusy. Czy kiedykolwiek istniała naukowo uzasadniona przesłanka na rzecz Covid-19?

Z mojego punktu widzenia odpowiedź jest prosta: nie! Być mieć taki powód, muszą być dostępne solidne, naukowe dane.

Szanowni Państwo, możemy porównać stosunkowo nieszkodliwe, występujące na co dzień wirusy z Covid-19. W tym celu potrzebujemy badań dotyczących 10 000 pacjentów zarażonych wirusami występującymi na co dzień oraz 10 000 pacjentów zarażonych Covid-19. Wszyscy muszą być pacjentami z infekcją dróg oddechowych, a więc nie z zawałem serca lub z cukrzycą, ale rzeczywiście z infekcją dróg oddechowych.

Wówczas trzeba zbadać, ilu pacjentów w każdej z grup umrze w określonym czasie. Jeżeli liczba umierających będzie procentowo taka sama po obu stronach, wtedy oczywiste jest, że oba wirusy są mniej więcej tak samo groźne. Jeżeli odsetek będzie większy, to znaczy, że ten wirus jest bardziej niebezpieczny. Jeżeli odsetek jest wiele razy wyższy, wówczas wirus ten jest o wiele bardziej niebezpieczny niż ten drugi.

Zapytają mnie Państwo, czy nie ma takiego badania? Czy nikt o tym nie wie? Odpowiadam: nie!

Nie było do 19 marca 2020. Wtedy pojawiło się pierwsze tego typu badanie we Francji. Jak Państwo sądzą, co odkryli? Umieralność ustalona w tym badaniu była taka sama. Moje pytanie do Pani kanclerz brzmi: jakie jest obecnie obciążenie oddziałów intensywnej terapii pacjentami ze zdiagnozowanym Covid-19 w porównaniu z pacjentami zarażonymi innymi koronawirusami? W jakim stopniu dane te są uwzględniane w dalszym procesie decyzyjnym

rządu federalnego? Ponadto czy francuskie badanie zostało wzięte pod uwagę w dotychczasowych planach?

Panie i Panowie, nie mówię, że Covid-19 jest bezwzględnie tak samo niebezpieczny czy bezpieczny. Twierdzę tylko z dużym prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością, że ten wirus nie ujawni się jako szczególnie niebezpieczny koronawirus, jak na przykład SARS, który był naprawdę znacznie bardziej niebezpieczny, lub MERS, który był również koronawirusem. Były one znacznie bardziej niebezpieczne.

Podobnie było z wirusem grypy sprzed dwóch lat, który był 50 do 100 razy bardziej niebezpieczny niż normalne wirusy grypy. W tym roku na grypę w Niemczech zmarło 250-300 pacjentów. Dwa lata temu umarło 20 000 chorych. Czy zostały wdrożone jakiekolwiek środki zapobiegawcze przeciwko jakiegokolwiek wirusowi grypy? Nie! I bardzo dobrze, ponieważ nasz system opieki zdrowotnej jest na to przygotowany. Nasi lekarze są również bardzo dobrzy! Nie ma więc żadnego powodu do paniki.

Proszę sobie wyobrazić, że to wyjdzie kiedyś na jaw. I już wyszło, ponieważ mamy te dane z 19 marca z Francji. Należy je tylko wyszukać. Jeśli się okaże, że niebezpieczeństwo Covid-19 naprawdę nie jest sięgające nieba, to proszę sobie to wyobrazić, to jest niepojęte, cały ten system myślowy zbudowany z tych wszystkich podjętych środków zawali się jak domek z kart!

Przejdźmy do trzeciego pytania, w którym chodzi o rozprzestrzenianie się wirusa. Wszyscy zadajemy sobie pytanie,

czy wirus jest już wśród dużej części zdrowej populacji. Moim zdaniem na to pytanie należy odpowiedzieć jak najszybciej! Jeśli tak jest, to oczywiście zbędne jest stosowanie tych wszystkich środków, które mają na celu powstrzymanie rozprzestrzeniania się wirusa.

Dlatego moje pytanie do Pani kanclerz brzmi: czy zostało już przeprowadzone badanie na losowej próbie zdrowej populacji, żeby stwierdzić realne rozprzestrzenianie się wirusa lub czy jest to przewidziane w najbliższym czasie? Moi Państwo, takie reprezentatywne badanie mogłoby być gotowe w przeciągu 7 do 10 dni i wówczas byśmy to wiedzieli.

Moje czwarte pytanie odnosi się przede wszystkim do sytuacji we Włoszech i dotyczy szczególnie wysokiego wskaźnika umieralności w tamtejszym regionie, a teraz również w Hiszpanii. Moim zdaniem fatalnym błędem popełnianym na całym świecie jest raportowanie zgonów jako spowodowanych koronawirusem, skoro tylko zostanie ustalone, że wirus był obecny w chwili śmierci; niezależnie od innych czynników.

Narusza to podstawową zasadę nauki o chorobach zakaźnych: trzeba ustalić, czy pacjenci zmarli, mając tego wirusa czy też z powodu tego wirusa. Zostało to jasno określone w niemieckich wytycznych medycznych, jednak nie jest przestrzegane przy Covid-19.

Stąd moje pytanie: czy Niemcy naśladują powszechny trend polegający na podejrzywaniu *a priori* COVID-19? I czy zamierzają dalej bezkrytycznie kontynuować takie kategoryzowanie, jak to się robi w innych krajach? Jak powinno

się wówczas rozróżniać między przypadkami śmierci rzeczywiście spowodowanymi koronawirusem i przypadkową obecnością wirusa w momencie śmierci?

Moje ostatnie pytanie dotyczy porównania włoskiego doświadczenia z wirusem z tym, co obecnie robimy w Niemczech, ponieważ przerażająca sytuacja we Włoszech ciągle jest wykorzystywana jako scenariusz odniesienia.

Jednak prawdziwa rola wirusa w tym kraju jest całkowicie niejasna z wielu powodów. Oprócz wspomnianych już problemów pewną rolę odgrywają również inne czynniki. Należą do nich między innymi: zwiększone zanieczyszczenie powietrza w północnych Włoszech i fatalny system opieki zdrowotnej.

Wiemy, że wirus Covid-19 jest bardzo zaraźliwy. Założmy, że już znaczna część populacji we Włoszech, Hiszpanii, a może nawet u nas jest zarażona. W jakimś stopniu prawdopodobne jest to, że wirus, podobnie jak wszystkie inne koronawirusy, zostanie przeniesiony na osoby starsze i chore, obłożnie chore. Kiedy ci ludzie umierają, wirus jest wykrywany za ich życia albo po śmierci. Niezależnie od tego, czy wirus przyczynił się do śmierci czy nie, powtarzam to raz jeszcze, że nie wolno automatycznie wciągać ich zmarłych na listę: „zmarły z powodu koronawirusa” ze względu na samą obecność tego wirusa!

Szanowni Państwo, pomimo tego że liczby i obrazy z Włoch są tak wstrząsające, nie mogą bez dokładnej analizy być wzorem postępowania dla Niemiec. Dlatego moje

ostatnie pytanie do Pani kanclerz Niemiec brzmi: jakie wy-
siłki podjęto, aby przybliżyć społeczeństwu elementarne
różnice i aby ludzie zrozumieli, że scenariusze takie jak te
we Włoszech lub Hiszpanii nie są tutaj realistyczne?

Drogie Współobywatelki i Współobywatele! Chodzi mi
wyłącznie o to, by była prowadzona krytyczna, naukowa
dyskusja, która, mam nadzieję, pomoże nam wkrótce
wrócić do normalności. Nie jestem tu odosobniony. W tym
kraju zgłosiło się mnóstwo moich koleżanek i kolegów,
którzy zabrali głos w tej kwestii. Jeden z najbardziej reno-
mowanych epidemiologów świata w Stanford powiedział
to samo. Najważniejsza kwestia, którą musimy się natych-
miast zająć, to czy za to ograniczanie praw podstawowych
w naszym demokratycznym państwie ktoś w ogóle poniesie
odpowiedzialność.

Proszę Państwa, w przeszłości mylne przekonania pa-
nujące w medycynie powodowały niewystowione cierpienia m
niezliczonych ludzi. Robert Koch dokonał przełomu, mó-
wiąc, że pewna choroba, mianowicie gruźlica, ma swoją
przyczynę - patogen. Od tego czasu wiedza znacznie wy-
parła wiarę z medycyny.

Szanowni Państwo, spróbujmy iść dalej drogą postępu
i uzbroić się w wiedzę i prawdę, aby wspólnie uporać się
z tym strasznym kryzysem.

26 marca 2020³⁷

Prof. dr med. Sucharit Bhakdi

Pani Kanclerz Niemiec dr rer. nat. Angela Merkel
Bundestkanzleramt
Willy-Brandt-Strasse 1
10557 Berlin

Kilonia, 26 marca 2020

List otwarty

Wielce Szanowna Pani Kanclerz,

Jako emerytowany profesor Uniwersytetu Jana Gutenberga w Moguncji i wieloletni dyrektor tamtejszego Instytutu Mikrobiologii Medycznej i Higieny czuję się zobowiązany poddać krytycznej analizie daleko idące ograniczenia życia publicznego, mające na celu zmniejszenie rozprzestrzeniania się wirusa COVID-19.

Chciałbym wyraźnie zaznaczyć, że nie zamierzam bagatelizować zagrożeń związanych z zachorowaniem z powodu wirusa ani też rozpowszechniać żadnego politycznego przestania. Jednak uważam, że moim obowiązkiem jest wniesienie swojego naukowego wkładu w prawidłowe uporządkowanie aktualnych danych i faktów oraz

¹⁷ *Corona-Knse: Offener Brief an die Bundeskanzlerin von Prof. Sucharit Bhakdi*,
<https://c.gmx.net/@824224682608695698/cHTagScOmi0WIXK-m8vWA>.

usytuowanie ich we właściwej perspektywie. Ponadto chciałbym postawić pytania, którym w tej gorącej debacie grozi, że nie zostaną zadane.

Powód mojej troski leży przede wszystkim w naprawę nieobliczalnych społeczno-ekonomicznych konsekwencji wynikających z drastycznych środków restrykcji, które stosuje się obecnie w wielu częściach Europy i które w dużym stopniu są również praktykowane w Niemczech.

Chciałbym krytycznie i perspektywicznie przedyskutować zalety i wady ograniczenia życia publicznego oraz wynikające z nich długoterminowe skutki.

Dlatego pragnę postawić Pani pięć pytań, na które do tej pory nie odpowiedziano w sposób wystarczający, a które są nieodzowne dla wyważonej analizy.

Proszę Panią o w miarę szybkie zajęcie stanowiska i jednocześnie apeluję do rządu o wypracowanie strategii pozwalającej skutecznie chronić ludzi z grup ryzyka bez catom-
ściowego ograniczania życia publicznego i coraz większego polaryzowania społeczeństwa, co już i tak ma miejsce.

Z poważaniem,
prof. dr med. Sucharit Bhakdi

1. Statystyka

W nauce o chorobach zakaźnych, utworzonej przez samego Roberta Kocha, tradycyjnie wprowadza się roz-
różnienie między infekcją a chorobą. Choroba wymaga

klinicznej manifestacji³⁸. Dlatego tylko pacjenci z symptomami, np. z gorączką czy z kaszlem, powinni być uwzględniani w statystyce jako nowe zachorowania.

Innymi słowy, nowa infekcja nie oznacza koniecznie, jak określa się to podczas testu CCMD-19, że mamy do czynienia z nowym chorym pacjentem, który potrzebuje łóżka w szpitalu. Obecnie zakłada się, że 5% wszystkich zainfekowanych ciężko choruje i wymaga wentylacji mechanicznej. Oparte na tych szacunkach prognozy sugerują, że system służby zdrowia mógłby być nadmiernie obciążony.

Moje pytanie: Czy przy tych szacunkach wprowadzono rozróżnienie między osobami zainfekowanymi bez symptomów a rzeczywiście chorymi, a więc ludźmi, u których wystąpiły symptomy?

2. Zagrożenie

Szereg koronawirusów, w dużej mierze prawie niezauważonych przez media, już od dawna jest w obiegu¹⁹. Gdyby się okazało, że wirusowi COVID-19 nie wolno przypisać znacząco wyższego potencjału zagrożenia niż już obecnym koronawirusom, wszystkie środki zaradcze straciłyby oczywiście rację bytu.

³⁸ *Fachwörterbuch Infektionsschutz und Infektionsepidemiologie. Fachwörter - Definitionen ~ Interpretationen*, Robert Koch-Institut, Berlin 2015, https://www.rki.de/DE/Content/Service/Publikationen/Fachwörterbuch_Infektionsschutz7.html. 26.03.2020.

¹⁹ Killerby et al.. *Human Coronavirus Circulation in the United States 2014-2017*. JChnVirol. 2018. 101,52-56.

W międzynarodowym, uznawanym czasopiśmie naukowym pt: „International Journal of Antimicrobial Agents” wkrótce ukaże się artykuł, który ściśle dotyczy tego zagadnienia. Wstępne wyniki badań są już dzisiaj do wglądu i prowadzą do wniosku, że nowy wirus NIE różni się pod względem zagrożenia od tradycyjnych koronawirusów. Takie stanowisko wyrażają autorzy badań już w tytule swojej pracy: „SARS-CoV-2: Fear versus data” („Strach kontra dane” - przyp. tłum.)⁴⁰.

Moje pytanie: Jak wygląda obecnie wykorzystanie oddziałów intensywnej terapii w przypadku pacjentów ze zdiagnozowanym COVID-19 w porównaniu do innych infekcji koronawirusem i w jakim stopniu dane te będą uwzględniane przy podejmowaniu kolejnych decyzji przez rząd? Ponadto: czy powyższe badania („Fear versus data” - przyp. red.) zostały wzięte pod uwagę w dotychczasowych planach?

Oczywiście także tutaj obowiązuje zasada: zdiagnozowany oznacza, że wirus ma znaczący udział w stanie chorobowym pacjenta, a nie że, przykładowo, istniejące już wcześniej choroby odgrywają większą rolę.

3. Rozprzestrzenianie

Według relacji „Süddeutsche Zeitung” nawet często cytowany Instytut Roberta Kocha nie wie dokładnie, ile osób jest testowanych na COVID-19. Jednak pozostaje

⁴⁰ Roussel et al., *SARS-CoV-2: Fear Versus Data*, Int. J. Antimicrob. Agents 2020, 105947, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924857920300972>.27.03.2020.

faktem, że w Niemczech ostatnio wraz z rosnącą liczbą testów można było zaobserwować szybki wzrost liczby przypadków⁴¹.

Zatem można podejrzewać, że wirus niezauważenie już się rozprzestrzenił wśród zdrowej (części - przyp. tłum.) populacji. To miałyby dwa skutki: po pierwsze oznaczałoby, że oficjalna liczba zgonów - przykładowo 26 marca 2020 r. odnotowano 206 przypadków śmiertelnych przy łącznej liczbie 37 300 zakażeń, a śmiertelności na poziomie 0,55%⁴² - jest zbyt wysoko oszacowana; po drugie, że uniknięcie rozprzestrzeniania się (wirusa - przyp. red.) w zdrowej (części - przyp. red.) populacji jest prawie niemożliwe.

Moje pytanie: Czy miało już miejsce losowe badanie ogółu zdrowej populacji w celu zweryfikowania rzeczywistego rozprzestrzeniania się wirusa albo czy jest to planowane w najbliższej przyszłości?

4. Śmiertelność

Obecnie w mediach szczególnie dużo mówi się o strachu przed wzrostem liczby zgonów w Niemczech (aktualnie 0,55%). Wielu ludzi martwi się, że może ona wystrzelić w górę jak we Włoszech (10%) lub Hiszpanii (7%), jeśli nie będzie się działać zawczasu.

• " Chansius H.. *Covid-19: Wie gut testet Deutschland?* Süddeutsche Zeitung, <https://www.sueddeutsche.de/gesundhcit/covid-19-coronavirus-testverfahren-1.4855487>, 27.03.2020.

⁴² Johns Hopkins University, Coronavirus Resource Center, 2020, <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>, 26.03.2020.

Jednocześnie na całym świecie popełnia się ten sam błąd polegający na klasyfikowaniu zgonów jako uwarunkowanych wirusem, o ile tylko zostało stwierdzone jego istnienie w chwili śmierci - niezależnie od innych czynników. To łamie fundamentalną zasadę nauki o chorobach zakaźnych: dopiero wtedy, gdy zostanie stwierdzone, że jakiś czynnik ma znaczący udział w zachorowaniu lub śmierci, wolno postawić diagnozę,

„Stowarzyszenie Naukowych Towarzystw Medycznych w Niemczech” pisze wyraźnie w swoich wytycznych: „Obok powodu śmierci na trzecim miejscu w karcie zgonu musi być podany łańcuch przyczyn z odpowiednimi głównymi chorobami (*). Okazjonalnie muszą być też podawane cztery składowe łańcucha przyczynowego”⁴³.

Obecnie nie ma dostępnych żadnych oficjalnych danych mówiących o tym, czy przynajmniej później zostały przedsięwzięte krytyczne analizy kart chorych, by stwierdzić, ile śmiertelnych przypadków rzeczywiście można przypisać wirusowi.

Moje pytanie: Czy Niemcy po prostu naśladują dominujący trend polegający na podejrzywaniu *a priori* COVID-19? I czy, podobnie jak w innych krajach, zamierza się dalej bezkrytycznie kontynuować takie kategoryzowanie? Jak zatem powinno się wówczas rozróżniać między przypadkami zgonu

⁴³ SI-Leitlinie 054-001, *Regelu zur Durchführung der ärztlichen Leichenschau*, AWMF online, [https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/054-\(\)021_SI_RcgeIn-7ur-Durchfuehrung-der-aerztlichen-Leichenschau_2018-02_01.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/054-()021_SI_RcgeIn-7ur-Durchfuehrung-der-aerztlichen-Leichenschau_2018-02_01.pdf). 26.03.2020.

rzeczywiście uwarunkowanymi koronawirusem a przypadkową obecnością wirusa w momencie śmierci?

(*) W Polsce jest to zawarte w Karcie Zgonu (dokument określony przez Ministerstwo Zdrowia), która zawiera:

- a. przyczynę wyjściową zgonu,
- b. przyczynę wtórną zgonu.
- c. przyczynę bezpośrednią zgonu,
- d. inne istotne okoliczności przyczyniające się do zgonu, ale nie związane z chorobą ani stanem ją powodującym (przyp. red.).

5. Porównywalność

Ciągle powołuje się na straszną sytuację we Włoszech jako na scenariusz odniesienia. Jednak prawdziwa rola wirusa w tym kraju jest z wielu przyczyn zupełnie niejasna - nie tylko dlatego, że punkty trzeci i czwarty mają zastosowanie również tutaj, ale także dlatego, że istnieją nadzwyczajne zewnętrzne czynniki, które czynią te regiony szczególnie podatnymi.

Należy do nich między innymi podwyższone zanieczyszczenie powietrza w północnych Włoszech. Według szacunków WHO taka sytuacja doprowadziła w 2006 roku - bez obecności wirusa - do ponad 8000 dodatkowych zgonów jedynie w trzynastu największych miastach Włoch⁴⁴. Od tamtego

¹⁴ Martu/i et al., *Health Impact of PM10 and Ozone in 13 Italian Cities. World Health Organization Regional Office for Europe*, WHOLIS number, E88700 2006.

czasu sytuacja ta nie zmieniała się znacząco⁴⁵. Ponadto w końcu udowodniono, że zanieczyszczenie powietrza bardzo mocno podnosi ryzyko wirusowych chorób płuc⁴⁶.

Poza tym 27,4% szczególnie zagrożonej populacji w tym kraju mieszka razem z młodymi osobami. W Hiszpanii odsetek ten wynosi nawet 33,5%. Dla porównania w Niemczech to tylko 7%⁴⁷.

Dodatkowo w Niemczech według prof. Reinharda Busse'a, dyrektora wydziału Zarządzania w Służbie Zdrowia na uniwersytecie w Berlinie, odnośnie do stanowisk intensywnej terapii są one wyraźnie lepiej wyposażone niż we Włoszech - i to o współczynnik wynoszący ok. 2,5⁴⁸.

Moje pytanie: Jakie starania są przedsięwzięte, żeby przybliżyć ludności te elementarne różnice i wyjaśnić, że scenariusze podobne do tych we Włoszech czy Hiszpanii nie są tutaj (w Niemczech - przyp. red.) realistyczne?

⁴⁵ European Environment Agency, *Air Pollution Country Fact Sheets 2019*, <https://www.eea.europa.eu/themes/air/country-fact-sheets/2019-country-fact-sheets>, 26.3.2020.

⁴⁶ Croft et al., *The Association between Respiratory Infection and Air Pollution in the Setting of Air Quality Policy and Economic Change*, Ann. Am. Thorac. Soc. 2019, 16, 321-330.

⁴⁷ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, *Living Arrangements of Older Persons: A Report on an Expanded International Dataset*, ST/ESA/SER/A/407, 2017.

⁴⁸ Deutsches Ärzteblatt, *Überlastung deutscher Krankenhäuser durch COVID-19 laut Experten unwahrscheinlich*, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/111029/Überlastung-deutscher-Krankenhäuser-durch-COVID-19-laut-Experten-unwahrscheinlich>, 26.03.2020.

4.5 Opracowywanie szczepionki jest absurdalne⁴⁹

19 kwietnia 2020

Witamy serdecznie w nowym wydaniu programu *KenFM am Set*. Znajdujemy się dziś na przedmieściach Kilonii. Obok mnie siedzi lekarz znany już użytkownikom serwisu YouTube: profesor doktor Sucharit Bhakdi. Witam Pana, Panie profesorze.

Witam.

Panie profesorze, 29 marca br. opublikował Pan wideo na YouTube. Miato ono formę listu otwartego skierowanego do Pani kanclerz Angeli Merkel. Wyraził w nim Pan swoje stosunkowo krytyczne stanowisko wobec problemu koronawirusa, zwłaszcza wobec podejmowanych w związku z nim działań. Sformułował Pan też szereg pytań do naszej Pani kanclerz.

Wideo spotkało się z dużym zainteresowaniem, zebrało zarówno słowa pochwały, jak i krytyki. Zainteresowały się Panem także media - ZDF (Program Drugi Państwowej Telewizji Niemieckiej - przyp. tłum.). Nie rozmawiano z Panem, lecz o Panu. Stąd nasza obecność tutaj - chcemy porozmawiać z Panem.

⁴⁹ *KenFM am Set: Gespräch mit Prof. Dr. Sucharit Bhakdi zu Covid-19*, kcnfm.de.

Zada! Pan Pani kanclerz kilka pytań. Pragnę dziś porozmawiać z Panem o koronawirusie, gdyż, co mnie bardzo cieszy, nie wypowiadał się Pan tylko o naszym sposobie radzenia sobie z wirusem, lecz również wyraził zdanie, że podjęte działania są zupełnie nieadekwatne i wręcz niebezpieczne dla demokracji. Myślę, że to bardzo ciekawy temat do rozmowy. Zanim do niego przejdziemy, proszę powiedzieć kilka słów o sobie, Panie **Bhakdi**. Jest Pan lekarzem specjalistą. W jakiej dziedzinie się Pan specjalizował?

W mikrobiologii i epidemiologii zakażeń. Tak to fachowo brzmi.

Przez ponad 35 lat pracował Pan w tej branży. Proszę pokrótce opisać początki swojej pracy zawodowej. Jest Pan Tajlandczykiem?

Jestem Tajlandczykiem, studiowałam medycynę w Bonn. Następnie przez cztery lata pracowałam jako asystent w Instytucie Immunobiologii Maxa Plancka we Freiburgu. Potem zająłem się mikrobiologią w GieBen.

Ponad 30 lat temu uzyskałem tam habilitację i otrzymałem profesurę w GieBen, a w 1985 roku zaproponowano mi katedrę w Kopenhadze, której jednak nie przyjąłem z powodów osobistych. Ostatecznie trafiłem do Moguncji, obejmując tam stanowisko szefa mikrobiologii medycznej i higieny.

Proszę o wyjaśnienie, z jakich powodów student medycyny decyduje się wybrać właśnie tę dziedzinę? Mógłby Pan przecież zostać też kimś innym: chirurgiem, ginekologiem. Dlaczego akurat choroby zakaźne? Co w nich jest takiego interesującego?

No cóż... Początkowo chciałem zostać pediatrą. Interesowałem się też immunologią, stąd Instytut Immunologii Maxa Plancka. Tam właśnie zgłębiałem tajniki wiedzy i prowadzenia badań. Trochę dopisało mi szczęście i, jak sądzę, odkryłem coś, co nie jest bez znaczenia: sposób, w jaki nasz układ odpornościowy, układ dopełniacza, niszczy komórki, czyli mechanizm powodujący niszczenie bakterii w organizmie, a także incydenty podczas transfuzji...

Jeśli podany zostanie zły woreczek z krwią, zła grupa krwi, może nastąpić zgon. Taki był początek mojej drogi zawodowej, która doprowadziła mnie do mikrobiologii. Niezwykle szybko odkryliśmy, że także bakterie dysponują takim samym rodzajem broni, czyli białkami tworzącymi otwory w błonie komórkowej. Zaobserwowaliśmy te toksyny i mechanizm ich działania. To był prawdziwy powód, dla którego porzuciłem dotychczasową drogę. Musiałem przy tym pozostać.

Innymi słowy, sam się Pan zaraził tym „bakcyłem” i na tyle się nim zainteresował, że poświęcił mu całe swoje życie. Zajmuje się Pan tą dziedziną od dziesięcioleci, ale dopiero kilka dni temu po raz pierwszy

wystąpił Pan publicznie, odczytując swój list otwarty na YouTube. To bardzo intrygujące.

Co skłoniło Pana do publicznego wystąpienia po przejściu na emeryturę? Jest to powiązane z pewnym ryzykiem, że zostanie się ostro skrytykowanym i nie będzie można się obronić przed tą agresją. Z jakiego powodu po raz pierwszy w swojej karierze zawodowej, a właściwie po jej zakończeniu, zwrócił się Pan do opinii publicznej na tym filmie wideo?

Nie chcę zostać źle zrozumianym, ale nie mogłem postąpić inaczej. Nie mogłem. To było dla mnie nie do zniesienia, że coś tak niewiarygodnego dzieje się w mojej drugiej ojczyźnie, że lud/ie tak się zmienili.

Jak Pan wie, przybyłem do tego kraju jako obcy. Kocham Tajlandię, moją ojczyznę, i byłem Tajlandczykiem przez długi czas. Byłem Tajlandczykiem nawet wtedy, gdy zostałem niemieckim urzędnikiem. Obywatelstwo niemieckie przyjąłem dopiero dwa lata temu. Ostatecznie zostałem obywatelem Niemiec, gdyż nie mogłem znieść sytuacji panującej w mojej ojczyźnie.

Tajlandia nie jest krajem demokratycznym. Mówię to całkowicie otwarcie. Sytuacja w mojej ojczyźnie była dla mnie tak okropna, że uznałem, iż prawdopodobnie już tam nie wrócę.

Teraz się tak bardzo rozczarowałem. Widzę, jak ludzie tutaj dobrowolnie rezygnują ze swojej wolności. To niemożliwe. Rezygnują z tego, czego my nigdy nie mieliśmy

i z tego, co oni mieli przez cały czas. Dlaczego to robią? Z jakiego powodu akceptują coś, co im ogranicza i zabiera podstawowe prawa obywatelskie?

Panie profesorze, omówimy to później dokładniej. Teraz możemy tylko powiedzieć, że groźne choroby czasem wymagają takich przejściowych działań. Dlaczego postrzega Pan to tak bezkompromisowo?

To wszystko sprowokowało mnie do zadania tych pytań Pani Angeli Merkel. Pierwsze z nich brzmiało: „Czy w ogóle Pani wie, jak bardzo niebezpieczny jest ten wirus? Czy dokonaliście pomiarów? Czyje przeliczyliście?”.

W nauce nie można pracować bez liczb. Moje pierwsze pytanie dotyczyło zatem tego: ogólnie wiadomo, że ten wirus nie powoduje choroby u 100% zarażonych. Nie tak, jak np. w przypadku wścieklizny. Jeśli masz wściekliznę, nie tylko zachorujesz, ale i umrzesz. Wścieklizna ma 100-procentowy wskaźnik śmiertelności. Jeżeli milion ludzi jest zarażonych, milion umrze. Jednak w przypadku koronawirusów dysponujemy wystarczającą wiedzą - wszystkie osoby, które studiowały medycynę, są świadome tego, że śmiertelność nigdy nie wynosi 100%.

Jak wysoka jest ta liczba, można zmierzyć, jeśli wiemy, jaki procent zachoruje i jaki umrze spośród tysiąca zarażonych osób. To trzeba wiedzieć. Dopóki to nie będzie wiadome, w ogóle nic nie będzie można powiedzieć na temat stopnia zagrożenia.

Zadałem zatem pytanie: „Teraz liczycie tylko przypadki infekcji i chcecie dokonywać szacunków, stwierdzając, że wirus zagraża w taki czy w inny sposób. Ale gdzie są te pozostałe liczby - przepraszam, że się tak wyrażę - dotyczące osób, które naprawdę zachorowały na koronawirusa? Ile osób zmarło z tego powodu?”.

Porozmawiamy jeszcze o tym szczegółowo. Nie każdy, kto jest zarażony, będzie potrzebował pomocy lekarskiej. Jeśli należałoby zapewnić łóżka w szpitalu dla 5% wszystkich zarażonych osób w Niemczech, bytoby to bardzo trudne. Zacznijmy jednak od początku. Czy Covid-19, ten koronawirus, jest czymś nowym czy też jest już znany nauce?

No cóż, sądzę, że te wirusy są obecne u ludzi i zwierząt na całym świecie, podobnie jak wirusy grypy. Ciągłe się zmieniają, co dowodzi, że co roku powstają nowe, spokrewnione wirusy.

Taka ich natura.

Tak, taka ich natura. Występują mutacje, pojawiają się nowe rodzaje. Tak samo jak przy grypie. To znaczy, że co roku pojawia się u nas nowy wirus grypy. A ten Covid-19 to nowy koronawirus. Jest on jednak podobny do setek innych, które nas nawiedzają. Z wyjątkiem SARS i MERS - dwóch koronawirusów, które były naprawdę groźne, bo zabijały.

Czy mógłby Pan wytłumaczyć laikowi zrozumiałym językiem, jak reaguje normalny ludzki organizm na nowego wirusa, takiego jak Covid-19? Jak wygląda normalna reakcja organizmu?

Wygląda to podobnie jak przy grypie. Kiedy mamy za sobą wiele zakażeń koronawirusem, na przykład grypę letnią lub infekcje grypowe, które każdy przechodzi, to wytwarzane są przeciwciała, które chronią krzyżowo. Oznacza to większą lub mniejszą aktywność krzyżową. Po pojawieniu się nowego wirusa u osób, które mają bardzo dużo przeciwciał reagujących krzyżowo, wirus nie może się zbyt dobrze namnażać.

Oznacza to, że jest jakby rozpoznawany?

Jest rozpoznany, jednak nie w stu procentach. To dlatego wirusy mogą się początkowo namnażać. Jeśli komuś całkowicie brakuje tego rodzaju odporności, to ich namnażanie może być jeszcze bardziej nasilone. Stąd też są osoby, które w ogóle nie zachorują, osoby o łagodnym oraz osoby o ciężkim przebiegu choroby. To tyle na ten temat.

Czyli taki jest porządek rzeczy. To zupełnie normalne, doświadczamy tego każdej zimy, to nic szczególnego.

Tak. Z wyjątkiem tego, że z grypą jest tak, że istnieje na nią szczepionka. Ta opracowywana szczepionka imituje

ostatniego wirusa grypy, zakładając, że następny, jedynie / niewielkimi zmianami, będzie do niego podobny.

Bo gdyby był zupełnie inny, szczepionka by nie działała. Zgadza się.

Czy mógłby nam Pan wyjaśnić sposób, w jaki odbywa się transmisja koronawirusa? Jakie są jej drogi? Jak można się zarazić?

Głównie przez rozpylenie: jeśli ktoś zakasze nam w twarz albo jeśli sami kaszлемy lub kichamy. A zatem przez kaszel i kichanie.

Oznacza to, że jeśli zachowamy bezpieczną odległość, a dana osoba mająca tego wirusa zachowa wystarczająco duży dystans między nami, to nawet jeśli zakasze, nie dosięgnie to drugiej osoby, gdyż odległość będzie stanowiła pewną ochronę.

Jeśli kaszle, to tak. Jednak w przypadku osób, które wychodzą na ulicę albo chodzą na spacer i nie kaszlą oraz nie kichają, nie ma to znaczenia. Nie ma to sensu.

Proszę nam opisać klasyczne objawy zakażenia koronawirusem. Czy mógłbym mieć koronawirusa, siedząc tu obok Pana?

Mógłby Pan mieć koronawirusa albo i nie, ale jeśli Pan nie kaszle, to Pan nie zaraża.

Po czym poznani, że mam koronawirusa, skoro czuję się bardzo dobrze?

Wcale Pan tego nie pozna.

Czyli mógłbym go mieć, ale tego nie zauważyć?

Tak.

Ile zarażonych osób nic nie zauważa?

W tym względzie nie ma żadnych statystyk. I w tym tkwi problem. Jednak szacunki wahają się między 60%, 70%, 80% a 90%. Może to być 90%.

Te pandemie szybko rozprzestrzeniają się po całym świecie za sprawą samolotów i węzłów komunikacyjnych. Szczególnie przy dzisiejszej globalizacji ich rozwój jest szybki. Czy może Pan wyjaśnić, jak zarażają się masy? Jak taki wirus się rozprzestrzenia? Według jakiego wzorca działa?

Ten wirus wnika przez drogi oddechowe, a następnie przedostaje się do płuc i tam namnaża. To wszystko, co można o nim powiedzieć - z wirusami grypy też tak się dzieje.

Oznacza to, że wirus próbuje podbić człowieka?

Tego nie wiem. Ja rozumiem to inaczej. Sądzę, że ten wirus towarzyszy człowiekowi od początku ludzkości. Ciało ludzkie składa się z komórek w ilości 10^n , ale zawiera bakterie w ilości około 10^{14} oraz wirusy w ilości około 10^{14} . To jest

koegzystencja. Koronawirusy przynależą do ludzkości, ponieważ w zasadzie są bardzo skuteczne w niezabijaniu swoich gospodarzy. To jest kwintesencja skutecznego współistnienia.

Rozumiem. Czyli oznacza to, że obecne wypowiedzenie przez nas wojny wirusom jest spowodowane tym, że dysponujemy ich fałszywym obrazem?

Myślę, że tak. Zwłaszcza gdy wirus nie jest szczególnie groźny, nie powinno się reagować w taki sposób, jakby należało go zniszczyć.

Czy mógłby Pan wyjaśnić, co rozumie się przez pojęcie „odporność stadna” i jak to działa?

Tak. Jeśli przeszliśmy już infekcję, to nie możemy już się więcej zarazić.

Ponieważ wytworzyliśmy przeciwciała?

Bo mamy przeciwciała. Potem w zasadzie tworzymy osłonę wokół ludzi, którzy tego nie mają, bowiem wirus może dostać się do naszego organizmu, ale zasadniczo nie jest w stanie się namnażać.

Nie możemy więc zarażać innych?

Tak, przestajemy zarażać.

Czy nie byłoby więc sensowne, aby zwłaszcza te osoby, które nie należą do grupy ryzyka, a mianowicie dzieci,

—
o
H
m
^
4
1
u
^
•
M
ex.
O
O
cc
p
t

miały możliwość zarażenia się, a tym samym nabycia odporności? Czy szkoły nie powinny pozostać otwarte?

Tak, oczywiście. Teraz rozumiem Pańskie pytanie!

Moje pytanie zakładało, że mógłby Pan odpowiedzieć, że początkowo zniknięcie szkół byto mądrą decyzją, jednak potem już nie. Więc zostawiłby Pan szkoły otwarte?

Oczywiście! To zadziwiające. To, co mnie najbardziej zaskakuje, to fakt, że w tym kraju, w którym edukacja stoi na wyższym poziomie niż w Tajlandii i w którym ludzie więcej rozumieją, społeczeństwo wierzy we wszystko, co mu się wmówi. To naród, który wierzy po prostu we wszystko bez żadnych wątpliwości i pytań.

Jest Pan tym zaskoczony?

Jestem zdumiony i przerażony tą niewiedzą, z którą się spotykamy. Jestem osobą, która się na tym zna. Ale żeby laicy mówili mi, że jestem nieodpowiedzialny, że nic z tego nie rozumiem, że jestem na emeryturze i nie nadążam za postępem medycyny, to trochę nienormalne.

Na tym przykładzie widzi Pan, że media mają sporą władzę. Nagle laik chce pouczać fachowca, który przez całe życie zajmował się tą dziedziną, bo być może tak właśnie powiedziano w ZDF-ie.

Niestety, media i polityka stały się wszechwładne. Widzimy, jak teraz tworzone są ustawy i do czego są w stanie

posunąć się politycy. Ministerstwo Zdrowia może zrobić wszystko. Na podstawie jakiej wiedzy i jakich informacji pracują? Tego nikt nie wie.

Jeszcze się tym dokładniej zajmiemy, ale proszę nam pozwolić kontynuować. Nie chcemy bowiem przedstawić Pana jako osoby, która bagatelizuje problem. Grupy ryzyka istnieją, czy tak?

Oczywiście.

Jakie grupy ryzyka Pana zdaniem wymagają ochrony?

Grupy ryzyka zawsze wymagają ochrony. Jak wszyscy wiedzą, zaliczają się do nich osoby starsze z poważnymi schorzeniami, szczególnie z chorobami serca, tj. chorobą wieńcową i chorobami płuc, na przykład palacze.

To są grupy potrzebujące ochrony. Innymi słowy, podczas wizyt, gdy idzie się do kogoś z nich w odwiedziny, należy zadbać o to, by, będąc w pobliżu, faktycznie nosić maseczki i w miarę możliwości nie kaszleć i nie kichać. Te osoby też nie powinny przebywać blisko ludzi, którzy kaszlą i kichają. Ale to w zasadzie oczywista sprawa.

Czyli wygląda to podobnie, jak w przypadku osób, które mają za sobą terapię nowotworową i obniżony system odpornościowy?

Oczywiście.

To też tworzy się wokół nich taką tarczę. To jest ogólna zasada?

Zawsze się tak robi. Dlatego Ministerstwo Zdrowia nie musi nam tego mówić.

Czy nie przypomina to Panu mieszankę Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Prawdy?

Ministerstwo Zdrowia jako Ministerstwo Prawdy?

Czy rozpoznaje Pan w tym orwellowskie państwo? A może to przesada?

Obawiam się, że to jednak nie przesada. Całkowicie straciłem wiarę w Ministerstwo Zdrowia, nie wierzę również doradcom.

Brakuje Panu u nich naukowego podejścia? Czy to, co się tam dzieje, nie jest naukowe?

Całkowicie brakuje mi naukowego podejścia. Problem w tym kraju polega na tym, że pyta się o radę tylko kilku osób, jeśli chodzi o tak ważne sprawy. Dlatego powiedziałem to, nagrywając moje wideo. Miałem taką potrzebę. Powinniśmy działać w jedności, nie przeciwko sobie, tylko wspólnie.

Wspólnie oznacza, że jeśli coś się dzieje, jeśli podjęto środki, które właściwie są potencjalnie sprzeczne z konstytucją z powodu odbierania ludziom podstawowych praw obywatelskich, to musi to być bardzo dobrze uzasadnione. Cholernie dobrze. Nie jestem jedyną osobą, która

nie podziela tego zdania i ma pojęcie na ten temat. Wiele osób wypowiedziało się w tej sprawie. I nie zostali wysłuchani. Nie biorą też udziału w dyskusji. To nie jest dobre.

Poza Panem wypowiadali się także inni lekarze. Na przykład profesor Klaus Püschel (lekarz medycyny sądowej - przyp. tłum.) w Hamburgu.

Właśnie.

Dokonuje on autopsji wbrew zaleceniom Instytutu Roberta Kocha. Jest Pan z nim w kontakcie. Przed rozmową **mówił** Pan również o Bodo **Schiffmannie** (o lekarzu - przyp. tłum.). Podobnie widzi to Knut **Wittkowski** (epidemiolog - przyp. tłum.) z Nowego Jorku - Niemiec, który całe życie poświęcił się tej dziedzinie.

Dlaczego nie studia się tych krytycznych głosów, tej drugiej strony nauki? Dlaczego jej nie widać? Dlaczego tak naprawdę słyszymy tylko dwa głosy - **Christiana Drostena** z Charité oraz szefa Instytutu Roberta Kocha. Dlaczego słyszymy tylko te dwie osoby?

Ja też tego nie wiem. Chciałbym to wiedzieć. Wiele osób chciałoby. Myślę, że ludzie muszą o tym wiedzieć. Muszą poznać uzasadnienie, inaczej cała sprawa nie będzie wiarygodna.

Obie wspomniane tu osoby nie są specjalistami w dziedzinie epidemii. Dlaczego nie dochodzą do głosu ci, którzy całe życie zajmowali się epidemią?

Nie wiem. Problem polega na tym, że okres obostrzeń został obecnie, o ile wiem, wydłużony o kolejne dwa tygodnie, tj. poza dziewiętnastego maja. To wydłużenie nie powinno mieć miejsca. Na początku, kiedy nie jest się pewnym, można powiedzieć: „Wolimy zrobić za wiele niż za mało”. Jednak w ciągu ostatnich trzech tygodni wydarzyło się tak wiele i właściwie ta sytuacja stała się całkiem jasna.

To znaczy, że mamy catkowicie zmienioną sytuację w zakresie danych.

Tak, oczywiście. Ta sytuacja w zakresie danych jest znana. Są dwie rzeczy: po pierwsze, prawdziwa śmiertelność nie jest w zasadzie znana w 100%, ale można ją bardzo dobrze oszacować. Mamy liczby, na których możemy pracować. Mamy też około 140 000 zarażonych i rzekomo 3000 lub 4000 zmarłych, o których nie wiemy, czy faktycznie zmarli przez wirusa, ponieważ nie różni się między tymi, którzy zmarli z wirusem a tymi, co zmarli...

...z powodu wirusa?

Z powodu wirusa. Bronił się przed tym Instytut Roberta Kocha, broniło się też Ministerstwo Zdrowia.

Panie doktorze Bhakdi, chciałbym coś wtrącić. Jeśli podczas analizy nie dokonuje się rozróżnienia przyczyn

zgonu, tj. tego, czy dana osoba zaraża z powodu wirusa czy z wirusem, to jest to całkowite dyletantstwo. Nie ma to nic wspólnego z nauką.

Nie ma to także nic wspólnego z medycyną. Obowiązkiem lekarza jest ustalenie przyczyny śmierci w możliwie najdokładniejszy sposób. I to było dobre. Profesor Klaus Piischel jest jedynym patologiem, który idzie w ślady Rudolfa Virchowa. Virchow był najwybitniejszym patologiem w Niemczech, pionierem, który powiedział: „Ludzie, musicie wiedzieć, jak wygląda ta choroba po śmierci, bo tylko wtedy naprawdę będzie można ją zbadać”.

Teraz powiem coś, co muszę powiedzieć: nie jest mi obojętne, kiedy opuszcza nas ktoś tylko dlatego, że jest stary. Co za bezsens. Wciąż jednak słyszę ten zarzut: „Nie interesują go starsi ludzie”. Przepraszam, ja też jestem w tym wieku.

Nie wygląda Pan na tyle.

Jestem w tym wieku i jestem zagrożony, czyż nie? Nie! To bardzo ważne, aby ludzie w tym kraju wiedzieli, że każdy człowiek, który umiera w wieku 80 lat, a taka jest przeciętna długość życia, umiera zbyt wcześnie. Powinni też wiedzieć, że wykorzystują jedynie 70% genomu. Mogliby dożyć 100, 105 lat, gdyby nasze Ministerstwo Zdrowia było tylko trochę lepsze i uświadomiło im, że niepotrzebnie umierają. Choroby wieńcowe stanowią 50%, co druga osoba na ulicy umrze na nie. Nie musi tak być.

1
o
z
A
H
B
^

i
^
Q
s
Q
^
Q
^

Umrze, bo teraz braknie dla niej **łóżka**?

Nie! Bo całe swoje życie być może trochę za dużo jadła i paliła. Może też zachorować na raka płuc. To wszystko wyszło na jaw, ponieważ zostało zbadane.

Ponieważ dokonano również autopsji tych osób?

Tak, dokonano autopsji i powiedziano potem: „Ten człowiek zmarł z powodu zwapnienia naczyń”. Wtedy ludzie zaczęli się zajmować arteriosklerozą, ja zresztą też. Tylko w ten sposób dokonywał się prawdziwy postęp w medycynie.

Ale czy może mi Pan wyjaśnić, dlaczego Instytut Roberta Kocha i Ministerstwo Zdrowia wydają wyrażne zalecenie: „Proszę nie przeprowadzać autopsji, bo to niebezpieczne”? To szaleństwo.

To kompletny absurd.

Czy może mi Pan to wyjaśnić? Obywatele zapytają nas o to, bo rozmawiamy na ten temat, muszę więc Panu zadać to pytanie, a zatem pytam: czy widzi Pan, jakie motywy się za tym kryją?

Cóż albo jest jakiś motyw, albo go nie ma. Nie sądzę, że istnieje taki motyw. Może to być tylko, przepraszam, że to powiem, ignorancja. Bowiem, o ile wiem, Pan Jens Spahn (minister zdrowia - przyp. tłum.) jest z wykształcenia handlowcem bankowym.

Nie jest lekarzem.

Pan Lothar Wieler (prezes Instytutu Roberta Kocha - przyp. tłum.) jest lekarzem weterynarii. Jeszcze nigdy nie widział pacjenta na oczy i nigdy nie przeprowadził sekcji zwłok. Kiedy studiowałem, patolog był jedną z najbardziej znanych osób, wzbudzając równocześnie najwięcej strachu wśród niemieckich studentów medycyny, nie tylko dlatego, że tak wielu u niego nie zdało.

Pamiętam, jak bardzo się bałem, gdy miałem stanąć przed Hampem podczas zaliczenia. Mój Boże! Ale mogę Panu powiedzieć, że nawet lekarze się go bali. Pracowałem później na internie i nigdy nie zapomnę, jak profesor Hampel, nasz patolog, wpadł na poranną naradę i powiedział: „Kto leczył tę kobietę i kto napisał diagnozę dotyczącą przyczyny zgonu?”. Wówczas z grupy (ktoś odpowiedział - przyp. tłum.): „Och, to ja...”. Usłyszał wówczas: „Nic Pan nie potrafi? Ona w ogóle na to nie umarła. Błędnie Pan ją zdiagnozował”.

To znaczy, aby to jeszcze raz podkreślić: to istotne dla badań w celu odkrycia, na co ktoś umiał.

Naturalnie. Tak. Czyli jeśli ktoś ma końcowe stadium raka płuc i umiera na oddziale opieki paliatywnej, me wymaga przeprowadzania autopsji, ponieważ jest zrozumiałe, że zmarł na raka? Ale jeśli to nie jest pewne, wystarczy zajrzeć do karty chorego.

Nasz pierwszy zmarły na koronawirusa tutaj w Szlezwi-ku-Holsztynie był 78-letnim pacjentem przebywającym na

oddziale opieki paliatywnej. Był umierający. Jest mi przykro, bo zmarł o wiele za wcześnie. Umarł, bo to społeczeństwo i ten system opieki zdrowotnej nie dopilnowali tego, żeby 40 lat temu nauczył się, że to i to robi źle. Zwykle nie umiera się w wieku 78 lat. Zatem kilka dni przed jego śmiercią pobrano wymaz - może dlatego, że trochę kaszłał. Nie wiem.

Po jego śmierci diagnoza była pozytywna i przeszedł do historii Szlezwiku-Holsztynu jako pierwszy zmarły na koronawirusa. Tak nie powinno być. To zniekształcanie faktów. To prowadzi do tego, że w efekcie takiego postępowania Włochy mogą mieć w jednym dniu tysiąc zmarłych na koronawirusa.

Wróćmy jeszcze do Wioch. Chciałbym jeszcze porozmawiać o lekarzu, o którym tylko krótko wspomnieliśmy. Jak ocenia Pan pracę Pana profesora Hemdrika Streecka (dyrektora klinicznego Instytutu Wirusologii Uniwersytetu w Bonn - przyp. tłum.)?

Dobrze. To dobry człowiek.

Przeprowadza! badania w Heinsbergu, które również zostaty ostro skrytykowane, jakoby nie były reprezentatywne.

Cóż, w takim razie chciałbym zobaczyć lepsze badania, może Pana Christiana Drosten (dyrektora Instytutu Wirusologii przy Charité w Berlinie - przyp. tłum.). Jest takie francuskie badanie. Powiedziałem o nim otwarcie w moim wideo. Tylko to jedyne badanie jest naprawdę nie do obalenia.

Z Francji?

Z Francji. Ale dotyczy oczywiście ogółu nauki, jeśli ma się nowego wirusa Covid-19 i chce się wiedzieć, czy ten jest bardziej niebezpieczny od innych koronawirusów, to należy utworzyć dwie grupy pacjentów: z infekcjami dróg oddechowych, ale bez zawałów serca i bez Covid-19. Czyli z jednej strony mamy „grupę ze zwyczajnym koronawirusem”, a z drugiej „grupę z Covid-19”. Następnie potrzebujemy, powiedzmy, 10 000 pacjentów, którzy mają koronawirusa, i 10 000, którzy mają Covid-19.

Wtedy można porównać śmiertelność?

Tak. A wówczas jeśli z jednej strony mamy wyższą śmiertelność, czyli tak zwaną nadmierną śmiertelność, to możemy określić, jak wysoka jest ta nadmierna śmiertelność. Jeśli jest za wysoka, to jest to niebezpieczne.

Ależ Panie **Bhakdi**, to, co Pan właśnie opisuje, zostało wykonane przez Francuzów. Dlaczego Instytut Roberta Kocha tego nie zrobił?

No cóż, Instytut Roberta Kocha prawdopodobnie nie ma na to środków.

Chyba nie mówi Pan poważnie.

Ależ oczywiście. Instytut Roberta Kocha nie może prowadzić badań klinicznych. To badanie prowadzone przez laboratoria podlegające klinikom. Prawdopodobnie mógłby

to zrobić Pan Christian Drosten, ale ja tego nie wiem. W każdym razie powtórzę jeszcze raz: 1 marca, po przeprowadzeniu badań dotyczących Francji i Europy trwających dwa miesiące, osoby je wykonujące doszły do wniosku, że Covid-19 nie jest bardziej niebezpieczny niż normalne koronawirusy. Nie było znaczącej różnicy. Przynajmniej nie w takim stopniu.

Czy w nauce nie ma międzynarodowej wymiany? Czy nie można byłoby uzyskać tych danych w innych ośrodkach?

Dane zostały opublikowane w internecie 19 marca 2020 roku. 19 marca Brytyjczycy skreślili Covid-19 z listy niebezpiecznych patogenów w Anglii. A co zrobili Niemcy? Nie zrobili niczego podobnego, za to wprowadzili obostrzenia. Nagrałem wtedy wideo na ten temat.

Ale proszę mi wyjaśnić, jak to jest możliwe, że jeden kraj, np. Anglia, która pracuje według tych samych standardów medycznych, ma takich samych ludzi i cierpi na tę samą chorobę, mówi, że jest to na tyle normalne, że nie można zakwalifikować tego wirusa do kategorii szczególnie niebezpiecznych. Z kolei inni utrzymują, że jest on tak niebezpieczny, iż musimy podjąć działania, które nigdy wcześniej nie zostały wdrożone w Republice Federalnej Niemiec. Tego nie rozumiem.

Próbowałem zasugerować to pod koniec marca niemieckim ekspertom. Nie mogę sam tego uczynić, bo jestem na emeryturze. Jeśli wezmę telefon i zadzwonię do Marsylii, mówiąc: „Przez cztery tygodnie zbieraliście kolejne dane, a w międzyczasie te liczby eksplodowały. Czy nadal wygląda na to, że Covid-19 nie jest niebezpieczny?”. Oni by mi na to odpowiedzieli. Gdybym sprawował urząd, zadzwoniłbym.

Myślę, że Berlin również powinien zadzwonić, ponieważ obowiązkiem między kolegami po fachu jest powiedzenie sobie w zaufaniu: „Słuchajcie, tak wygląda sytuacja”. A jeśli mieliby dane z marca, które już są dostępne, trzeba by tylko o nie zapytać, tj. nie o szczegóły, ale o tendencję. Bo gdyby Francuzi powiedzieli: „Nie, musimy to odwołać, to nie wygląda dobrze”, wtedy bym to zrozumiał, ale nie słyszę nic takiego. Minęły kolejne dwa tygodnie i nic nie słyszę na ten temat.

Panie Bhakdi, mogę sobie tylko wyobrazić, że rząd jest świadomy tego, że w pewnym sensie się zagalopował, ale żeby zachować twarz, brnie dalej. To moja teoria.

Ja nie mam żadnej teorii. Nie wiem, dlaczego tak jest. Uważam, że rząd popełnił błąd nawet teraz, tydzień temu, chcąc przedłużyć lub przedłużając te obostrzenia, bowiem już tydzień temu sytuacja była zupełnie klarowna. Nie potrzebują już Francuzów, mają liczby dotyczące Niemiec. Wynika z nich, że Covid-19 nie jest tym wielkim zabójcą.

Czy powiedziała by Pan, bo pandemie przychodzą, mają szczyt i odchodzą, że już po wszystkim? Przekroczyliśmy już szczyt?

W Niemczech epidemia od dłuższego czasu ma tendencję spadkową. Pan Bodo Schiffmann tak dobitnie pokazał to w swoich filmach wideo, że jest to absolutnie jasne. Nie wiem, dlaczego te obostrzenia są w dalszym ciągu przedłużane, ponieważ nie są uzasadnione naukowo. W rzeczywistości są niekonstytucyjne o ile ja, jako laik, rozumiem niemiecką konstytucję.

Mogę Panu powiedzieć, że nie jest Pan laikiem. Były minister spraw wewnętrznych, Gerhart Baran, z partii FDP (Wolnej Partii Demokratycznej - przyp. tłum.) również powiedział, że jest to niezgodne z konstytucją. I wielu prawników tak **mówiło**. Przejdźmy do czegoś, czego być może po Panu by się nie spodziewano: czy w zarządzaniu kryzysowym Angeli Merkel jest coś, co według Pana zrobiła dobrze? Czy powiedziała by Pan, wśród wielu słów krytyki pod jej adresem, że było coś, co zrobiła dobrze?

Powiem panu jeszcze raz: kiedy zaczął się ten cały teatr, kiedy go wywołano, a jest on w istocie, to muszę Panu powiedzieć całkiem szczerze, podsycany przez WHO. Myślę, że WHO jest winna wielu rzeczy na świecie. Ale winni są również ci, którzy ślepo podążają za zarządzeniami WHO. Na początku bardzo trudno jest sprzeciwiać się WHO. Dlatego

do pewnego stopnia rozumiałem Panią Angelę Merkel, która powiedziała, że lepiej zrobić troche za dużo niż za mało.

Więc uznałby Pan to jeszcze za słuszne?

Tak, oczywiście. Tak. Ale z czasem stawało się to coraz bardziej wątpliwe. Dlatego też 29 marca zadałem swoje pięć pytań. Teraz, trzy tygodnie później, stało się to zupełnie jasne. Nie godzę się na to. Uważam, że to zarządzanie kryzysowe jest złe.

Panie **Bhakdi**, przejdźmy - dla wszystkich tych, którzy nie widzieli tego wideo - do pytań, które Pan sformułował. Jedno z pytań, które Pan zadał, brzmiało: „Czy rząd rozróżnia osoby zarażone koronawirusem od osób chorych na koronawirusa?”. Jeśli dobrze to rozumiem, osoba zarażona nie wykazuje automatycznie objawów choroby wymagających pomocy lekarza.

Właśnie.

Czy może Pan to wyjaśnić? Rząd mówi, że każdy zarażony zachoruje i w stosunku do tej liczby osób, która jest bardzo duża, należy przygotować łóżka dla 5% populacji kraju.

Tak.

I to jest błędne.

Oczywiście. Oni też to widzą, ponieważ nie odróżniali 5% osób zarażonych od 5% ciężko chorych. Nie chodzi

o ludzi, którzy po prostu mają kaszel, ale o tych, którzy muszą przebywać w szpitalu.

Którzy naprawdę potrzebują leczenia, żeby nie umarli?
Tak.

Którzy potrzebują respiratora?

Ci, którzy trafiają na oddział intensywnej terapii, nie potrzebują automatycznie respiratora. Tak nie jest. Nawet jeśli przyjmie się najgorszy scenariusz, ta liczba w Niemczech nigdy nie zostałaby osiągnięta. Widać to teraz: oddziały intensywnej terapii w Niemczech rzadko były tak puste jak obecnie.

Panie Bhakdi, wiem, że w międzyczasie wiele klinik zgłoszono skrócony czas pracy dla swoich pracowników.

Tak, ponieważ nie mają pracy, gdyż ludzie, którzy naprawdę potrzebują leczenia, nie przychodzą.

To znaczy, że zapowiadana fala nie ma miejsca?
Nie ma tych chorych?

Nie. I właśnie to powiedziałem cztery tygodnie temu. Nie będzie jej. Wtedy zostałem zrugany przez takich ludzi jak Nils Metzger, że jestem nieodpowiedzialny, nieświadomy, ignorancki. Mogę tylko na to powiedzieć: „Ludzie, jeśli wkrótce nie zaczniemy prowadzić naukowej dyskusji, to możecie o wszystkim zapomnieć, bo wtedy medycyna będzie się opierać wyłącznie na mylnych przekonaniach”.

Kiedy mówi Pan o Metzgerze, to ma Pan na myśli swojego kolegę ze ZDF-u?

Tak.

Który napisał o Panu, nie rozmawiając z Panem.

Nikt ze mną nie rozmawiał.

Pokazano Pana w programie Monitor w ARD (Pierwszym Programie Niemieckiej Telewizji Państwowej - przyp. tłum.). Tam skrytykowano Pana, że zachowuje się Pan „po prezydencka”, czyli że mówi Pan *ex cathedra*, ma założone okulary i patrzy od czasu do czasu do kamery ponad okularami. Czy Pan rozumie te zarzuty? „Monitor” nie jest przecież jakimś zwykłym magazynem.

Nie wiem. „Po prezydencku”?

Jest Pan zbyt poważny, myślą, że to jakiś trik.

Właściwie było to bardzo miłe z ich strony. Nie wiem, co miałbym zrobić z tą uwagą. Nie lubią prezydentów?

Jest Pan zbyt poważny. Wróćmy ponownie do Instytutu Roberta Kocha. Dlaczego Instytut Roberta Kocha sporządza analizy w ten sposób, że zalicza każdego zmarłego, u którego wykryto wirusa Covid-19, do osób zmarłych na tego wirusa? Dlaczego twierdzą, że „z wirusem” i „na wirusa” oznacza to samo? Dlaczego to robią?

Notak...

Przecież to są naukowcy?

No właśnie... Naukowcy to nie lekarze. Przepraszam, ale ich szef nie jest lekarzem medycyny. Nie wiem, kto mu doradza, lecz te rady są złe. Odwracanie wzroku od przyczyny, zamiast patrzeć na nią, jest sprzeczne z podstawową zasadą obowiązującą w medycynie. Tak się nie robi.

Teraz będę trochę arogancki, bo jestem specjalistą w tej dziedzinie. Gdybym coś takiego zrobił, to bym nigdy nie ukończył studiów. A gdyby przyszedł do mnie ktoś taki z infekcjologii po zaliczenie - a miałem wielu na zaliczeniu i nawet trochę się mnie bano - nie dostałby zaliczenia.

W swoim filmie wideo zapyta! Pan, czy rząd zadaje sobie pytanie o to, czy ten wirus już się rozprzestrzenił wśród ludności. Dlaczego postawienie tego pytania jest tak ważne?

No cóż, te ograniczenia świadczą o naiwności. Nie mają żadnego sensu. Zwłaszcza gdy wiadomo, że wirus jest bardzo zaraźliwy. Na szczęście. Ale jest też mało chorobotwórczy. Również na szczęście. Po prostu ma cechy bardzo mądrego współlokatora i jest już obecny w populacji. W związku z tym od razu widać, że konieczność pozostania w domu jest bezcelowa. To w ogóle nie ma sensu, a przez to wszystko staje się jeszcze bardziej bezsensowne.

Oznacza to, że te obostrzenia nie działają. Zostaty wprowadzone za późno.

Czy w ogóle należało je wprowadzić? To jest zasadnicze pytanie. A jeśli tak, to jest już za późno.

W Chinach, ale także w Eorei Południowej, szkofy zostały zamknięte po tym, gdy szczyt pandemii już minął. Dlaczego Chińczycy i Koreańczycy to zrobili?

Nie mogę Panu powiedzieć, co czynią ludzie po drugiej stronie świata, w kraju, w którym nigdy nie byłem. Nie znam tamtejszych warunków. Nie wiem tego. I szczerze mówiąc, nie sądzę, żeby to była nasza sprawa. Powinniśmy troszczyć się o naszych ludzi, o nasze społeczeństwo i patrzeć na to, co się tutaj dzieje.

Skoncentrujmy się na Niemczech. Załóżmy, że pozwolono by na rozprzestrzenianie się wirusa i jedynie odizolowano grupy ryzyka. Byłyby to osoby starsze, niedołążne i ludzie chorzy. Czy w ciągu dwóch tygodni byłoby po wszystkim?

Tak, w ciągu dwóch albo czterech tygodni. To byłoby bardzo dobre zarządzanie kryzysem.

To powiedział także Knut Wittkowski. To znaczy, że wirusolodzy są tu jednomyślni. Chciałbym jeszcze przejść do sprawy, która moim zdaniem zasługuje na uwagę. Jest to także przyczyna, dla której spotkał się tutaj na przedmieściach **Kilonii**. W swoim filmie wideo powiedział Pan, że nie realizuje żadnych

interesów politycznych i że nie chodzi Panu tylko o koronawirusa, lecz również o to, jak traktujemy naszą konstytucję, nasze prawo do wolności. Pytam Pana jako człowieka, niekoniecznie jako lekarza - dlaczego ludzie są tacy posłuszni?

Też chciałbym to wiedzieć.

Czy przypuszcza! Pan, że będą się tak zachowywali?

Nie. I to mnie przeraża. Przeraża mnie to, ponieważ przez to, że wyłączyli myślenie i włączyli posłuszeństwo, zapominają o swoich bliźnich. Nie należymy do klasy rządzącej. Nasi przyjaciele i znajomi należą do tych, którzy cierpią. Niezmiernie cierpią z powodu tych obostrzeń. To jest straszne. Niektórzy są zrujnowani, niektórzy się pochorowali.

Na depresję?

Na depresję. Są naprawdę chorzy. Niektórzy myślą o samobójstwie. Są tacy, którzy, mimo że musieliby się udać do szpitala, odmawiają pójścia tam, ponieważ boją się, że już nigdy nie zobaczą swoich najdroższych, że nikt ich nie będzie odwiedzał. Tak nie można! Niektórzy są w żałobie, bo utracili kogoś i nawet nie mogą opłakiwać go wspólnie z innymi.

Jest Pan buddystą.

Jestem buddystą i to wszystko jest czymś, co mnie głęboko zdumiewa jako buddystę. Czy to, co tu robią, jest po chrześcijańsku? Jako buddysta nie tak wyobrażałem sobie

chrześcijaństwo. Buddysta uczy się, aby zawsze iść drogą środka. Sądzę, że w chrześcijaństwie również istnieje złoty środek. Ale to, co się tutaj robi, na pewno nie jest złotym środkiem.

Czy może mi Pan wyjaśnić, dlaczego kościół katolicki również brat w tym udział i dlaczego Wielkanoc padła, że tak powiem, ofiarą lockdownu?

Dla mnie to było przerażające, kiedy widziałem, jak Watykan... Problemem jest to, że jesteśmy wykształconym społeczeństwem. Kiedyś byliśmy wykształconą wspólnotą, ale ta wspólnota właśnie się rozpada, ponieważ są ludzie, którzy tracą - i to bardzo dużo. Tracą nie tylko cały swój dobytek, ale także zdrowie. Są również tacy, którzy to udźwigną, ponieważ mają wystarczająco dużo, żeby dać sobie radę. To jest coś, co mnie doprowadza do szału.

Zaraz wrócimy do tego. Byliśmy właśnie przy **Włoszech**. We Włoszech śmiertelność była rzeczywiście znacznie wyższa. Czy potrafi Pan to jakoś wyjaśnić?

Chwileczkę, skąd Pan wie, że śmiertelność była wyższa? Włosi mają tak samo mało liczb jak Niemcy. I w tym właśnie tkwi problem. Przecież Pan wie, że 23 marca włoskie Ministerstwo Zdrowia przyznało, że 88% zmarłych przypisywanych koronawirusowi wcale nie zmarło z powodu koronawirusa - zostało im 12% zmarłych, którzy być może zmarli z powodu koronawirusa. Nie potrafili jednak powiedzieć, ile

z tego faktycznie zmarło na koronawirusa, ponieważ zrobili to, co robią również Niemcy: nie przyglądają się temu dokładnie, i to jest jedna sprawa.

Druga sprawa, jeśli we Włoszech ktoś jest ciężko chory i leży w domu, to jego bliscy go odwiedzają, obejmują..., bo tacy właśnie są Włosi - nawiasem mówiąc Hiszpanie też. Jeśli wśród tych odwiedzających ktoś wydzieli trochę koronawirusów, wówczas chory człowiek również je dostaje. Być może ten człowiek dostał udaru, być może jest chory na raka i w pewnym momencie zabierają go do szpitala.

Umiera w szpitalu i pierwsze, co robią Włosi, to pobierają wymaz na badanie na obecność koronawirusa. W ten sposób znajdują wirusa, a po jego śmierci piszą: zmarły z powodu koronawirusa. Popełniają dokładnie ten sam błąd. Oni tak robili, a my ich naśladujemy.

Do tego należy dodać, że Włosi są za Japończykami na drugim miejscu na świecie, jeśli chodzi o starość ludności. A w Lombardii mają bardzo duże zanieczyszczenie powietrza. Obchodzą się również bardzo swobodnie z antybiotykami, a na 60 milionów Włochów mają tylko 6000 łóżek na oddziałach intensywnej terapii.

To jest bardzo zastrzona sytuacja. Dlatego być może nie można tego tak porównywać. Mimo to widziałem obrazy ustawionych w stos trumien. I tu dochodzimy do kwestii mediów. Czy Pańskim zdaniem

media wykonują swoją pracę w sposób odpowiedzialny, czy działają raczej na zasadzie siania paniki?

Moim zdaniem media zachowują się całkowicie nieodpowiedzialnie. Pokazywanie takich obrazów powinno być zakazane, jeśli nie zna się kontekstu. Ten kontekst, właśnie Pan na to wskazał, również należy podać do wiadomości. Dlatego piąte pytanie do Pani kanclerz brzmiało: „Czy Berlin, Ministerstwo Edukacji i Ministerstwo Zdrowia próbują wyjaśnić ludziom, że tutaj nie dojdzie to takiej sytuacji jak we Włoszech, w Hiszpanii i w Nowym Jorku?”. Oczywiście odpowiedzi nie otrzymałem. Ale oczekuję tego od tych ludzi. To ich obowiązek, po angielsku *duty*, i jeśli tego nie robią, to naruszają swoje obowiązki.

Panie profesorze, chciałbym pochwalić jednego mojego kolegę, a to nie zdarza się zbyt często. Jest nim dziennikarz Lanz ze stacji ZDF. Podjął on w Hamburgu dyskusję z Hendrikiem Streeckiem, a także z Klausem Piischelem, dopuszczając ich do glosu, co mnie zadziwiło. Wyrazili poglądy, które Pan również reprezentuje, czyli podeszli do sprawy bardzo krytycznie, nie twierdząc, że to wszystko jest całkowicie niegroźne.

Można się z Panem spotkać. My to zrobiliśmy. Czy inne znaczące media próbowały nawiązać z Panem kontakt? Zostat Pan przecież zauważony, opisano Pana w wielu mediach, niejako rozszarpano na strzępy. Czy ktoś próbował rozmawiać z Panem bezpośrednio?

No cóż... W programie *Mittagsmagazin* w ZDF-ie chciano dla mnie przeznaczyć okoto pięciu minut. Wtedy powiedziałem: „Nie. Nie zrobię tego. Nie mogę tego zrobić. To za krótko. I znowu zostanie wykorzystane negatywnie*¹. Ale odpowiedź na Pana pytanie brzmi: nie. Przy okazji, powtarzam to jeszcze raz: nie wzywam do powstania, nie wzywam do oporu - wzywam do jedności. Oznacza to, że rząd, Instytut Roberta Kocha i inni doradcy powinni zająć stanowisko: „Dobrze, usiądźmy razem z ludźmi, którzy myślą inaczej, w celu podjęcia rzeczowej, otwartej dyskusji” - tego też zażądałem w moim otwartym liście.

Musi się to odbyć w sposób jawny i przejrzysty.

Jawnie i przejrzysto, a nie za plecami. Po prostu razem, ponieważ chcemy tylko dobra kraju, to jest dla nas najistotniejsze. Czyż nie? Nic innego.

Nie wiem, czy dla wszystkich, o których tu mowa, tak naprawdę dobro kraju jest najistotniejsze, a nie jakiś model biznesowy. Tu dochodzimy do fundacji Billa Gatesa. Można powiedzieć, że fundacja Billa Gatesa rządzi Światową Organizacją Zdrowia, bezpośrednio wspiera Christiana Drostenę i Uniwersytet Johnsa **Hopkinsa**, ma udziały w wielu firmach produkujących szczepionki, na przykład między innymi w *CureVac* i *Gilead Sciences*.

W dzienniku telewizyjnym *Tagesthemen* ukazał się wywiad udzielony na wyłączność stacji przez

Billa Gatesa, który powiedział: „W konsekwencji podamy opracowywaną szczepionkę siedmiu miliardom ludzi...”. Tak mówi Bili Gates, który już w Microsoftzie miał problemy z wirusami. To zostało też zaakceptowane przez media. Kim jest Bili Gates, że może tak po prostu wystąpić, nazywam go „papieżem szczepionek”, i powiedzieć: „my...”? Nie wiem, Mm są ci „my”, mówiący „my zaszczepimy 7 miliardów ludzi. I to już za 19 miesięcy. Wtedy będziemy mieli szczepionkę”. O co tutaj chodzi? Czy ktoś na tego człowieka głosował?

Nie wiem. Sądzę, że Bili Gates w to wierzy. Myślę, że rzeczywiście chce pomóc ludzkości. Być może jestem naiwny, ale ja w to wierzę. Tylko, jak sądzą, nie wie, jak to zrobić, ponieważ opracowywanie szczepionki jest absurdalne. Przepraszam, że tak mówię. Tak samo absurdalne, jak absurdalne było opracowywanie szczepionki w przypadku świńskiej grypy. Nawiasem mówiąc, byłem w owym czasie, jak sądzą, jedyną osobą w Niemczech, która odradzała Pani Angeli Merkel kupno tych sześćdziesięciu milionów szczepionek z naszych podatków.

Które ostatecznie wylądowały w kubie na śmieci.

Tak. 90% trafiło do śmieci, a utylizacja kosztowała ćwierć miliarda euro.

Również Francuzi wydali na to wiele pieniędzy. Ale ponieważ Pan o tym wspomina, na kanale *Arte* jest

naprawdę bardzo dobry reportaż na ten temat, który możemy polecić. Można go znaleźć na YouTube pod tytułem *ProBteure der Angst (Beneficjenci strachu - przyp. tłum.)*. Słuchając go, można odnieść wrażenie, że mamy do czynienia z powtórką.

Występuje tam Christiam Drosten, a także Wolfgang Wodarg, który jest krytykiem tych działań i mówi: „To wszystko nie jest prawdziwe. To, co robicie, to jest biznes”. Natomiast Drosten dodaje: „Wszystko staje się coraz bardziej niebezpieczne”. Teraz to widzimy. Ale Wolfgang Wodarg jest osobą, która jako lekarz urzędowy miała najwięcej kłopotów. Został nawet zawieszony w *Transparency* (niemieckie stowarzyszenie antykorupcyjne - przyp. tłum.). Czy może rai Pan wyjaśnić, co jest grane? Być może znów chodzi o jakiś interes? Więc jeśli Bili Gates mówi to w wiadomościach *Tagesthemen*, a Pani Angela Merkel stwierdza: „Będziemy przedłużać obostrzenia tak długo, aż pojawi się szczepionka”, to czy za te 18 miesięcy będziemy zobowiązani do tego - wszyscy ludzie, siedem miliardów - aby poddać się obowiązki szczepień? Czy musimy to zaakceptować?

Ja nikogo nie obwiniam. Moja wiedza jest niewystarczająca, aby się wypowiadać w tej sprawie. I jest mi naprawdę obojętne, czy Pan Drosten dostaje miliony, jeśli należycie wykonuje prace badawcze. To jest w porządku. W porządku jest także, że Pani Angela Merkel początkowo podejmuje biedną decyzję, jeśli naprawdę wierzy, że należy ją podjąć. Ale

w pewnym momencie następuje przekroczenie czerwonej linii i ta czerwona linia została wtańnię przekroczona. Wtedy jest mi obojętne, kto to mówi - czy to Bili Gates, czy ktoś inny. Być może jestem naiwny, ale może on ma naprawdę dobre zamiary"? Chciałbym również wierzyć w to, że Pani Angela Merkel ma dobre zamiary. Chciałbym wreszcie wierzyć, że Pan Jens Spahn, a także Pan Lothar Wieler mają dobre zamiary. Ale teraz nadszedł czas, żeby pokazali, że naprawdę je mają.

Obecnie wygląda to tak, że **lockdown** zostanie przedłużony. Pani Angela Merkel jeszcze raz to podkreśliła: każdy, kto w przestrzeni publicznej zbliży się do drugiej osoby na odległość mniejszą niż na 1,5 metra, zostanie ukarany.

Tak. I uważam, że jest to państwo totalitarne.

Państwo totalitarne?

Na to wygląda. Nie może mnie Pan przecież ukarać za to, że nie przestrzegam 1,5-metrowej odległości. Gdzie my jesteśmy? Dojdzie jeszcze do tego, że ludzie powiedzą: „Jeśli idziecie do supermarketu, to młodzi muszą chodzić na kolanach, żeby zwiększyć odległość od starszych”. I wtedy Niemcy też to będą robili. To byłby dziwny widok. Przyszło mi to dzisiaj rano do głowy.

Panie Bhakdi, na zakończenie naszej rozmowy porozmawiajmy o RKI, Instytucie Roberta Kocha, w kontekście

tematu koronawirusa. Zorganizowano to bardzo szybko. Korzystając z tej aplikacji, czy chcemy czy nie, dostarczamy nasze dane do Apple Health. Już teraz mówi się o tym, że w przyszłości będzie istniała aplikacja ze specjalnym oprogramowaniem, która będzie wgrywana do telefonów komórkowych - i to przymusowo - razem z rejestracją danych dotyczących przemieszczania się.

Dlaczego tak nieliczni Niemcy mają z tym problem, biorąc pod uwagę historię - Ministerstwo Bezpieczeństwa Stasi i narodowy socjalizm? Przecież proll przemieszczania się daje państwu zbyt dużą władzę i zbyt dużą wiedzę. Dlaczego ludziom to nie przeszkadza? Czy chodzi tu o strach?

O to muszę zapytać Pana. Wszak jest Pan Niemcem.

Mnie to przeszkadza.

Przeszkadza to Panu?

Przeszkadza.

A Pańskim przyjaciółom i znajomym?

Też.

A gdzie są prawnicy, którzy być może tym się zajmują? Czy zna Pan jakichś?

Niektórzy odważyli się wystąpić publicznie. Dobrze, że Pan o tym mówi. Uważam, że to najwyższy czas.

Ale gdy się pomyśli, że mamy w Niemczech 390 000 lekarzy, którzy nadal boją się coś powiedzieć... Nie wiem, ile mamy tysięcy prawników, konstytucjonalistów, którzy także nie mają odwagi wystąpić publicznie. To budzi we mnie obawy. To mnie też trochę dziwi.

Ale pozostajmy przy pytaniu, przecież to jest powodem, dla którego napisał Pan ten list otwarty. Jeśli Pana dobrze rozumiem, uważa Pan, że demokracja jest zagrożona.

Uważam, że tutaj nie ma demokracji. Gdzie jest ta demokracja? Nie macie nic do powiedzenia, nie wolno wam się gromadzić, nie możecie się wypowiadać, a gdy za bardzo się do siebie zbliżycie, jesteście karani. Zatem gdzie jest ta demokracja? Niech Pan posłucha! Jestem trochę oburzony. Człowiek zostaje zrujnowany i woła: „Pozwólcie mi prowadzić mój interes!”. Mam przyjaciół. Mieli dobrze prosperujące interesy, które budowali przez 10-15 lat. Teraz muszą ubiegać się o zasiłek *Hartz IV* (dla bezrobotnych - przyp. tłum.). Gdzie tu jest sprawiedliwość? Jak się coś powie na ten temat, to jest to obojętne innym.

Panie **Bhakdi**, ostatnie pytanie. W Niemczech również wystosowano wezwanie, byśmy się wzajemnie o siebie troszczyli. Zostało to przedstawione jako dowód solidarności i doprowadziło do dużej fali denuncjacji. Na policji często dzwoni telefon, gdzie sąsiedzi oczerniają sąsiadów, mówiąc, że dwóch siedzi

I
A
*
n
h
i
u
s
I
D
R
M
E
D
P
R
O
F
4

na murku, jedząc kebab i siedząc za blisko. Co pozostanie z tego społeczeństwa i z Niemiec, gdy obostrzenia związane z **koronawirusem** zostaną zniesione? Czy będzie to jeszcze ten sam kraj?

Z mojego punktu widzenia ten kraj całkowicie się zmieni!. Dlatego musiałem nagrać to wideo. Miałem taką potrzebę. Nie mogłem spać. Czy Pan to rozumie? Widzieliśmy, jeszcze raz to powtórzę, w naszym środowisku, wśród znajomych i przyjaciół, jak ludzie cierpieli, tak bardzo cierpieli z tego powodu. A ludziom, którzy akceptują te obostrzenia, prowadzi się tak dobrze, że mogą je zaakceptować. Lecz ich liczba ciągle spada.

Codziennie coraz więcej ludzi plajtuję, coraz więcej firm upada. Nie tylko nic nie mają, ale także opłakują bliskich - opłakują, bo nie mogą się spotkać, gdy ktoś umrze. Czy to jest chrześcijaństwo? Nie można nawet pójść do kościoła, aby opłakiwać bliskich. Tak naprawdę jest to najbardziej ludzka cecha i największy boski dar. Jestem buddystą, a buddyści w zasadzie nie wierzą w Boga. Ale uważam, że to dar dla was od Boga - to, że możecie wspólnie opłakiwać bliskich, jest ważniejsze niż wspólne radowanie się.

Tego jeszcze nie było w społeczeństwie, nawet w czasach narodowego socjalizmu, żeby nie można było wyjść z domu. Tego nie było nawet w 1944 roku. Jest to więc historycznie unikalne, mówi się o tym również w wielu mediach. Jesteśmy w stanie wojny,

to są warunki podobne do wojennych. Uważam, że to wszystko jest szaleńczo przesadzone.

Czy sądzi Pan, że panująca obecnie sytuacja, której termin zakończenia nie został jeszcze określony, co sprawia, że żyjemy w pewnym zawieszeniu, i towarzyszące temu ograniczenia, są niebezpieczne? Czy też może jest Pan osobą, która się tą sytuacją za bardzo nie przejmuje?

Niebezpieczne... Powiem jeszcze raz: ilu ludzi zostało zrujnowanych i egzystencjalnie unicestwionych? Jak może Pan mówić, że to nic nie znaczy? Ilu lud/i umrze, bo szpitale nie pracują? Ilu? Proszę podać kilka liczb albo zacząć dochodzić. Jest Pan dziennikarzem i może uzyskać te informacje.

Jak już zostało to powiedziane, lekarze mają skrócony czas pracy, bo nie mają pacjentów. Jeśli ktoś dostaje udaru, to liczy się każda minuta. Jeśli ktoś jest krótko przed zawałem i musi dostać się do szpitala, liczy się każda minuta. Rozumie Pan? To tutaj to igranie z życiem. I mogę Panu powiedzieć, że już bardzo wielu ludzi zmarło. Kto temu zaprzecza, nie ma pojęcia o medycynie.

Panie profesorze, ostatnie pytanie, dla którego też tutaj jesteśmy: jak się z tego wydostaniemy? Przecież może być jeszcze gorzej. Mamy dużo do stracenia. Co Pan radzi albo co zaleca? Czego Pan żąda? Jak można zakończyć to, co się teraz dzieje?

Żądam, aby politycy zrobili to, co muszą i powinni zrobić, i to w krótkim czasie. To znaczy, nawet już w poniedziałek powinno dojść do spotkania dotyczącego tego, czy utrzymywanie tych obostrzeń jest jeszcze uzasadnione. Jeśli nie, muszą zostać poluzowane. Muszą. Tak jest napisane w konstytucji.

Gdyby to zrobili i byli uczciwi, powiedzieliby: „Ludzie, epidemia się skończyła. Bogu dzięki liczba zmarłych mówi o tym, że Covid-19 nic jest tym, czego się obawialiśmy. Możemy teraz poluzować obostrzenia, wycofać się z godnością, ponieważ wypełniliśmy nasz obowiązek. Początkowo chroniliśmy wszystkich tak dobrze, jak potrafiliśmy i tak bardzo, jak uważaliśmy za wymagane. Ale teraz, gdy wszystko jest oczywiste, luzujemy obostrzenia”. Tak - dużymi krokami, a nie drobnymi kroczkami.

Jak długo jeszcze ludzie będą to dobrowolnie znosić?

Jeśli nie zniosą obostrzeń, to mam nadzieję, że prawnicy bardzo szybko zaczną im dawać się we znaki.

Czy tego Pan oczekuje?

Nie wiem, czy mogę tego oczekiwać. Przybywszy do tego kraju, miałem nadzieję, że jego prawnicy będą rzeczywiście aktywniejsi, niż są obecnie. Dziś nie widzę nikogo - nie tylko spośród prawników.

Widzę też w tym kraju cholernie mało swoich kolegów lekarzy i o wiele za mało moich byłych studentów.

Wykształciłem dwanaście tysięcy lekarzy. Za mało (jest aktywnych - przyp. tłum.)! Wielu co prawda się do mnie zgłosiło, ale większość się nie odezwała. Jestem tym głęboko rozzaczarowany i zaniepokojony. Ta obojętność, to patrzanie na cierpienie innych - ludzie są trochę za bardzo skupieni na sobie: „dopóki mi się nic nie dzieje, jest mi to obojętne”.

Tak, ale myślę, że już coś się dzieje. Wierzę, że przez sposób, w jaki do tego dopuściliśmy, zobaczyliśmy u siebie, a także i u naszych sąsiadów, rzeczy, których wcale nie chcemy. I wierzę, że zaszкодziliśmy konstytucji, pokazując przyszłym pokoleniom polityków, że tak bardzo łatwo jest obalić ten kraj.

Tak.

Jest to z mojego punktu widzenia duże zagrożenie. Zadałem prowokacyjne pytanie: gdyby partia AFD (Alternatywa dla Niemiec - przyp. tłum.) utworzyła rząd i zrobiła dokładnie to samo, to czy byłby to faszyzm?

Ja jestem apolityczny. Nie należę do żadnej partii. Nie podoba mi się to, co robi AFD i nie chcę angażować się w dyskusję, co mogłoby być. Nie wiem. Uważam, że wykorzystywanie wypowiedzi naukowca, jestem tylko naukowcem, a nie politykiem, nie byłoby w porządku. I mam nadzieję, że to, co powiedziałem, nie zostanie przez nikogo wykorzystane w tym kierunku. Nikogo nie zaatakowałem. Wzywam do solidarności i jedności! „Jedność...”.

„...I prawo, i wolność”.

„...i prawo, i wolność”. Tę pieśń śpiewałem, przyjmując dwa i pół roku temu niemiecki paszport.

Panie profesorze, dziękuję za rozmowę. Sądzę, że zrozumieliśmy Pańskie przesłanie. Wierzę, że ten apel nie pozostanie bez echa w internecie. Mogę tylko skierować pytanie do ludzi, którzy traktują to tak samo poważnie jak Pan i nie są naukowcami, ale interesują się etyką: i moralnością, czy nie chcą powstać i udać się „na spacer” na rzecz demokracji z konstytucją w rękę, aby pokazać swoją postawą, że tak dalej być nie może.

W aspekcie zdrowia można wszystko sprzedać. Ale, jak powiedział Benjamin Franklin, jeden z amerykańskich prezydentów: *Kto rezygnuje z wolności na rzecz bezpieczeństwa, ten straci i jedno i drugie*. Myślę, że idziemy dokładnie w tym kierunku. Jestem niezmiernie zadziwiony, jak szybko kraj może stać się totalitarny, jak szybko może się zawalić, a przede wszystkim jak bardzo lewicowe media i świątli ludzie krytykują wszystkich tych, którzy zwracają na to uwagę.

Czy mogę jeszcze coś powiedzieć?

Proszę.

Przyszło mi teraz do głowy, że przed 30 laty w tym kraju przytrafił się największy moim zdaniem cud w historii świata.

W pokoju. Przed 30 laty. Miał on miejsce w Lipsku. Jakby to było, gdybyśmy zawołali w Lipsku: „Kościele św. Mikołaja, otwórz swoje wrota! Ludzie, udajcie się tam!“. Zaczniemy ten ruch jeszcze raz, wtedy Lipsk po raz drugi przeszedłby do historii - teraz nie tylko niemieckiej, ale i światowej. To byłoby coś.

Panie Bhakdi, fantastyczne zakończenie. Dziękuję za poświęcenie nam czasu.

Uczyniłem to z przyjemnością.



5. PROF. DR MED. KLAUSPÜSCHEL

5.1 W większości wypadków nieszkodliwa infekcja wirusowa

3, 8 i 9 kwietnia 2020

3 kwietnia br. w niemieckiej gazecie „Hamburger Morgenpost”¹¹ ukazał się artykuł pt. „Jeszcze nikt, kto by nie miał choroby współistniejącej, nie umarł na koronawirusa”. W tekście zostały przytoczone słowa profesora Klausa Püschela, szefa medycyny sądowej w Hamburgu, który wykonywał sekcje zwłok osób, u których wykryto koronawirusa.

Stwierdza on m.in., że *wirus wpływa w kompletnie przesadzony sposób na nasze tycie. To nie jest zupełnie proporcjonalne do rzeczywistego zagrożenia, które pochodzi od koronawirusa. Astronomiczne, gospodarcze szkody, które teraz,*

¹¹ *Hamburger Morgenpost*, Der Streit ums nchtige Mass, 3.04.2020.

powstają, nie są adekwatne do zagrożenia tym wirusem. Jestem przekonany, że umieralność z powodu koronawirusa nie będzie widoczna w umieralności rocznej nawet w postaci piku (wzrost zgonów odbiegający od średniej - przyp. tłum.).

Dalej wskazuje, że każdy, kto umarł na tzw. koronawirusa, miał choroby współistniejące. Ci, których badał do tej pory, mieli raka, chroniczną chorobę płuc, byli zagorzałymi palaczami, byli też mocno otyli, chorowali na cukrzycę albo na chorobę związaną z krążeniem. Wirus był jedynie ostatnią kroplą, która „przelata czarę”.

Mieliśmy - tego jeszcze niknie wie - pierwszego szpitala, który umarł na Covid-19. Czy tak też tutaj była to „ostatnia kropla”? Absolutnie ostatnia, odpowiada Klaus Piischel, dodając: wskutek silnego skupienia na raczej nielicznych przypadkach negatywnego przebiegu (choroby) wzbudzo strach, który jest bardzo obciążający. Nie ma żadnego powodu do obawy przed śmiercią w związku z rozprzestrzenianiem się tej choroby w regionie Hamburga.

Profesor uważa także, że koronawirus tylko na zasadzie wyjątku jest śmiertelny, a w większości wypadków jest w znacznej mierze nieszkodliwą infekcją wirusową. Konstatuje: w Niemczech nie mamy takiej sytuacji jak we Włoszech. Mamy dobry system zdrowotny i jestem przekonany, że możemy tę pandemię dobrze opanować.

Zapytany, czy polityczna reakcja na Covid-19 jest przesadzona, odrzekł: Cieszę się, że nie muszę podejmować żadnych decyzji politycznych. Powiem jednak, że jako lekarz podjąłbym inną decyzję.

Natomiast 8 kwietnia w „Frankfurter Allgemeine Zeitung” („FAZ”) ukazai się kolejny wywiad z prof. Klausem Piischelem^M. Napytanie, co do tej pory ustalił, odpowiedział:

Ustaliliśmy, że przyczyny śmierci są różne. Nie ma zmarłych na „tego” koronawirusa, jak sugerują statystyki. Zamiast tego jest bardzo dużo przyczyn związanych z koronawirusem. Nade wszystko trzeba stwierdzić, że bardzo istotną rolę w przebiegu choroby odgrywają choroby współistniejące. (...)

U nas w Hamburgu wszyscy zmarli mieli jednocześnie wiele chorób i wszyscy z reguły byli w starszym wieku. Do tej pory nie mieliśmy żadnych przypadków zgonów wśród ludzi młodych albo kogoś, kto był wcześniej zdrowy. Większość przypadków to formy mieszane, przy których dużą rolę odgrywała intensywna terapia i towarzyszące czynniki, jak inne infekcje.

Profesor Klaus Piischel wyjaśnia również bardziej szczegółowo, na co chorowały osoby, które badał: *Byli to ludzie, którzy już, wcześniej mieli poważne choroby płuc, poważne choroby serca, ale również choroby innych układów narządów, po części chorujący na raka. A zatem wszystkie choroby, które z jednej strony osłabiają siły obronne organizmu w odniesieniu do kompensacji przy dodatkowych obciążeniach, a z drugiej są związane ze słabym systemem immunologicznym.*

Warto dodać w tym miejscu, że 9 kwietnia w telewizji ZDF w programie Markusa Lanza Klaus Piischel stwierdził

^M Es gibt selir viele Todesursachen im Zusammenhang mit Corona, FAZ, 8.04.2020.

dobitnie: *Wyraziłem się mocno, ale to są starzy i chorzy ludzie, spośród których niektórzy i tak by umarli.*

Wracając do „FAZ” na pytanie o doniesienia, że chorują również ludzie młodzi, dyrektor instytutu odpowiedział: *W obecnej chwili nie pasuje to do naszych wyników badań. Oczekujemy jednak, że również w Hamburgu będziemy mieli takie nadzwyczajne, pojedyncze przypadki.*

Uczony na podstawie swoich badań wyciąga następujące wnioski:

Osobiście uważam, że zagrożenie niebezpiecznym przebiegiem choroby u młodych i zdrowych ludzi jest znikomo małe. To nie powinno nas niepokoić. Na zasadzie wyjątku marny poważne przebiegi choroby u młodych ludzi z chorobami współistniejącymi, jak również, być może, w ekstremalnych przypadkach u tych, u których infekcja wystąpiła szczególnie intensywnie. Ale tego nie możemy na razie potwierdzić, bazując na naszym doświadczeniu.

Duża większość populacji przejdzie tę chorobę ze stosunkowo znikomymi symptomami i, co trzeba podkreślić, wszyscy ją przejdziemy do momentu uzyskania odporności stałej.

Na pytanie, czy widzi jakieś różnice w danych zmarłych w porównaniu do innych chorób zakaźnych, odpowiada:

Nie. Obraz jest podobny do innych infekcji wirusowych dróg oddechowych i płuc. Myślę, że z czasem ustalimy coś szczególnie związanego z COVID-19, ale zasadniczo przebieg i obraz, organów wewnętrznych, jest taki sam.

6. PROF. DR MED. JOHN IOANNIDIS

6.1 Śmiertelność koronawirusa na poziomie grypy⁵²

17 kwietnia 2020

Panie doktorze, kiedy rozmawialiśmy z Panem 23 maja stwierdził Pan, że potrzebujemy więcej danych, zanim będziemy mogli ustalić, co się dzieje. Od tamtej pory skrzętnie zbiera! Pan informacje i opublikował trzy badania. Zaczniemy od ostatniego, które zatytułował Pan: *COVID-19 antibody seroprevalence in Santa Clara County California*⁵³. Jaki był cel tego badania i co Pan odkrył?

⁵² *Perspectnes on the Pandemie DrJohn Ioannidis Update'4 1720 Episode4*, www.youtube.com/watch?v=bc/cwPqmLoZA4s.

⁵³ Seroprevalencja przeciwciał COVID-19 w hrabstwie Santa Clara w Kalifornii.

Celem badania było oszacowanie, ilu ludzi w regionie Santa Clara zostało zainfekowanych wirusem. Sposobem ustalenia tego była próba pozwalająca zobaczyć, czy uzyskali oni przeciwciała na SARS-Cov-2. Tak więc sprawdziliśmy mieszkańców regionu Santa Clara na obecność przeciwciał. Próba liczyła 3300 osób. Oszacowaliśmy, że od 2,5% do 4,2% populacji tego regionu posiada przeciwciała, co wskazuje, że zostali zarażeni wirusem jakiś czas temu.

Jakie wnioski płyną z Pana badania?

Jeśli porówna się liczbę osób zakażonych, w przypadku której zakładamy, że waha się gdzieś między 48 000 a 81 000, do liczby udokumentowanych przypadków, które korespondowałyby z tym samym horyzontem czasowym około 1 kwietnia, kiedy mieliśmy 956 udokumentowanych przypadków w regionie Santa Clara, to zdaliśmy sobie sprawę z tego, że liczba zakażonych osób jest większa o 50 do 85 razy w porównaniu do tego, co myśleliśmy w oparciu o udokumentowane przypadki.

To oznacza, że śmiertelność, prawdopodobieństwo śmierci, jeśli zostało się zarażonym, maleje od 50 do 85 razy, ponieważ mianownik w obliczeniach staje się od 50 do 85 razy większy.

Jeśli weźmie się te liczby pod uwagę, to sugerują one, że śmiertelność z powodu tego nowego koronawirusa mieści się prawdopodobnie w granicach grypy sezonowej. Oczywiście ciągle jeszcze jest trochę niepewności co do dokładnej

"I
N
Z
£
Z
H
J
O
Q
?

£

*

liczby, ale jest oczywiste, że bardzo różni się ona w porównaniu do początkowych przemyśleń czy spekulacji i wstępnych danych, które sugerowały dużo większą śmiertelność.

Czy jest jakiś sposób, żeby ustalić liczbę zgonów będących efektem kwarantanny, której zostato poddane całe społeczeństwo (lockdown) - mam na myśli zgony z powodu rozpacz, utraty pracy i związanymi z tym samobójstwami? Czy istnieje jakiś epidemiologiczny sposób, żeby określić spustoszenie spowodowane masową kwarantanną?

Myślę, że to spustoszenie może być ekstremalnie wysokie i dużo gorsze niż cokolwiek, co mógł spowodować koronawirus. Muszę uściślić to stwierdzenie, dodając, że nigdy wcześniej czegoś takiego nie doświadczyliśmy. Zatem musimy szacować, bazując na wiedzy o przeszłych kryzysach ekonomicznych i krachach finansowych, które jednak były inne.

Nigdy wcześniej nie mieliśmy do czynienia z tak dotkliwą katastrofą finansową i gospodarczą. Nigdy wcześniej nie widzieliśmy też takiego zestawu okoliczności, które przyczyniłyby się do wywołania tak gwałtownego sztormu.

W pewnym sensie mogłoby to również oznaczać, że być może powinniśmy być nieco większymi optymistami, jeśli

- 7, tego czy innego powodu to samo przeminie na przykład z powodu sezonowości albo gdy wirus sam nagle zniknie.

Oczywiście to jest bardzo optymistyczny scenariusz. Wtedy każdy po prostu zapomni o tym i wróci do pracy lub

do tego, co robił wcześniej. Można by argumentować, że szkody nie będą tak dotkliwe.

Jednak zdajemy sobie sprawę, że to nie jest scenariusz, który można sobie łatwo wyobrazić. Nawet jeśli wszystkie dane zdają się optymistyczne, a liczba przypadków spada, to jednak całe społeczeństwo przeszło przez etap szoku. Bardzo trudno przekonać ludzi, żeby zaczęli robić to, co robili wcześniej. Nie bez powodu będą się teraz bać. Będą unikać wielu rzeczy i powrót do normalności, jeśli wirus "zniknie", zajmie trochę czasu.

Mamy dane z poprzednich kryzysów ekonomicznych, które mogą być jakąś wskazówką co do wielkości konsekwencji tej pandemii. Na przykład wiemy, że liczba samobójstw wzrasta o jeden procent wraz z każdym procentem wzrostu bezrobocia.

Jak Pan wie, aktualnie mówimy o 25 mln bezrobotnych w USA ubiegających się o zasiłek. Prawdopodobnie prawie 10 razy więcej ludzi na świecie stanie się bezrobotnymi. Liczba ta szybko rośnie.

Wiemy też, że istnieją ogromne problemy z powszechnymi chorobami, takimi jak nowotwory i zawały serca. Mogą one wzrosnąć. Trajektorie spadków, które obserwowaliśmy dla wielu z tych chorób, odwróciły się. One nie zmniejszają się w tym samym tempie, a nawet wzrastają w sytuacji krachu. Mniej ludzi umrze z powodu wypadków samochodowych, ale czy jest to rzeczywiście korzyść, z której powinniśmy być dumni?

Są jeszcze inne problemy będące skutkiem krachu. Zdrowie psychiczne, maltretowanie dzieci, przemoc domowa. Już widzimy oznaki eskalacji tych problemów. Ogólny wzrost przemocy. Zauważamy też eskalację sprzedaży broni.

Naprawdę martwię się o ludzi zamkniętych w swoich domach, zdesperowanych, tracących pracę, zagubionych w świecie, którego nie potrafią zrozumieć, jak i dlaczego się zmienia. Bardzo trudno pojąć konsekwencje tego, co się teraz dzieje i co robimy. Naprawdę się martwię, że jeśli nie będziemy mieć realnego planu na wyjście z tej społecznej kwarantanny i ponownie nie otworzymy naszego świata, to konsekwencje tego będą dużo gorsze od koronawirusa.

Nasze dane sugerują, że COVID-19 odznacza się śmiertelnością, która mieści się w granicach sezonowej grypy. To wskazuje na to, że pomimo tego że jest to bardzo poważny problem, nie powinniśmy się bać. Mamy solidne podstawy do optymizmu w kwestii możliwości, by w końcu otworzyć nasze społeczeństwo i odzyskać nasze dawne życie.

Mam nadzieję, że nastąpi to raczej wcześniej niż później.

Raczej wcześniej niż później z pełną kontrolą i podejściem bazującym na danych.

Ostatnie Pana badania mówią o zakażeniu szpitalnym. Mógłby nam Pan powiedzieć, co to jest i jak można tego uniknąć?

Zakażenie szpitalne jest zakażeniem, które ma miejsce w szpitalu. Prawdopodobnie jest jeden mechanizm, który przyczynił się do znacznej liczby zgonów z koronawirusem z **COVID-19**, które obserwowaliśmy w niektórych epicentrach pandemii, na przykład w niektórych miastach we Włoszech, Hiszpanii i w kilku miejscach w USA, a w szczególności w Nowym Jorku i aglomeracji Nowego Jorku.

Jeśli uważasz, że COVID-19 ma właściwie tę samą śmiertelność jak, powiedzmy, grypa, ktoś mógłby od razu zbić ten argument, pytając, czy rzeczywiście w przypadku sezonowej grypy mamy do czynienia z tego samego rodzaju katastrofą, jaką widzieliśmy w tych poszczególnych miastach.

Odpowiedź na nie jest taka, że nawet w przypadku sezonowej grypy obserwujemy czasami pewną nadwyżkę w określonych lokalizacjach. Nie jest tak, że wszystkie miejscowości są równo przeciążone.

Rzeczywiście widzimy czasem, jak okazjonalnie zatamują się szpitale, w szczególności szpitale, które na ogół funkcjonują na prawie pełnym obłożeniu i mają wysoki odsetek podatnej na zachorowanie populacji starszych ludzi, jak to miało miejsce w przypadku Wioch lub w przypadku osób będących w podobnej sytuacji w Queens (okręg Nowego Jorku - przyp. tłum.) bądź innych lokalizacjach w Nowym Jorku. Widzimy to, ale naprawdę nie dostrzegamy tak ekstremalnej koncentracji, jaka miała miejsce w przypadku **COVID-19**.

Jeśli weźmie się aktualne dane z USA, to więcej niż 50% zgonów w tym kraju skumulowało się w bardzo wąskim

paśmie. Nowy Jork, Long Island i New Jersey to lwią część zgonów. Tak samo jest w przypadku Włoch. Trzy miasta, trzy regiony, w których tak naprawdę nie ma dużej populacji, stanowią jedną czwartą wszystkich zgonów, które tam udokumentowaliśmy.

Prosty mechanizm tego zjawiska zdaje się polegać na tym, że we wszystkich tych lokalizacjach mieliśmy ogromne katastrofy spowodowane tym, że w przeciwieństwie do grypy nie mamy szczepionki na koronawirusa, którą mógłby zostać zaszczepiony personel medyczny. Dlatego nie widzimy tak dużej liczby zarażeń gripą z powodu zakażeń szpitalnych.

Nie mamy szczepionki na koronawirusa, dlatego szpitale, które pracują prawie z pełnym obłożeniem, jak np. Queens, są podatne na to, że nawet w okresie letnim staną się swego rodzaju „strefą wojny”. Jeśli bardzo duża liczba ludzi przychodzi do szpitala, mając objawy, to znajduje się na oddziale, gdzie przyjmowane są nagle przypadki i czeka na konsultacje.

Prawdopodobnie zarażają się wówczas wzajemnie. Mogą zarazić lekarzy, pielęgniarki i personel. Z dużym prawdopodobieństwem personel medyczny zaraża wówczas innych pacjentów przebywających w szpitalach, które są miejscami, gdzie znajduje się najwięcej osób podatnych na zachorowanie.

Są tam ludzie starsi i schorowani oraz chorzy z różnych powodów. Udokumentowaliśmy, że miało to miejsce we Włoszech i Hiszpanii i prawdopodobnie również

w USA. Miejsca, gdzie wystąpiły nadwyżkowe zgony, miały ogromnie dużo zarażeń wśród personelu medycznego. We Włoszech tydzień temu, skąd mam najnowsze, przeanalizowane dane, zaraziło się 14 000 osób personelu medycznego.

Wydaje się, że w USA w niektórych lokalizacjach również mamy bardzo wysokie liczby zarażonych, ponieważ, jak już powiedziałem, nie ma szczepionki na koronawirusa, jak to jest w przypadku grypy. To oznacza, że ta walka przeistacza się w pole bitwy. Szpitale są najgorszym miejscem na toczenie wojny z COVID-19. Powinniśmy byli zrobić wszystko, co w naszej mocy, żeby trzymać ludzi z dala od szpitala, jeśli mają objawy CCMD-19, chyba że są one bardzo poważne. Wtedy oczywiście potrzebują opieki lekarskiej.

Myślę, że niestety w wielu takich miejscach sporo osób poszło do szpitala, kierując się prawdopodobnie strachem, poczuciem zagrożenia i paniką. Otoczenie było mocno skażone, co wygenerowało szpitalny łańcuch zakażeń, zarażając w ten sposób wielu ludzi, którzy byli na to podatni. Bardzo niedobrze, jeśli ci ludzie oprócz swoich chorób dodatkowo zarazili się COVID-19.

Powinniśmy być bardzo ostrożni. Koronawirus nie jest tym samym, co grypa. To inny wirus. Ma inną skłonność do rozprzestrzeniania się, ale również inną zdolność zakażenia ludzi starszych i osłabionych, ludzi z chorobami współistniejącymi. Najlepszą lokalizacją dla wirusa, żeby znaleźć swoje ofiary, jest szpital - zarówno na oddziałach ratunkowych, jak i chorób przewlekłych, oraz domy starców. Są to

miejsca, gdzie mamy ogromną liczbę zakażeń i bardzo dużą liczbę zgonów, która przewyższa to, co widzieliśmy w znacznej większości miejsc na świecie.

W Pana ostatnich badaniach znajduje się przesłanie adresowane do pracowników służby zdrowia dotyczące śmiertelności. Mógłby Pan o tym opowiedzieć?

Główna obawa, jeśli chodzi o personel medyczny, była taka, że pierwsze dane sugerowały, że SARS-CoV-2 ma bardzo wysoką śmiertelność. Pamięta Pan wczesną wypowiedź WHO, że 3,4% zainfekowanych ludzi umrze oraz szacowania, które zostały wykorzystane przez Imperial College w początkowych modelach matematycznych sugerujące, że od 1% do 0,9% zakażonych osób umrze, prognozujące również wysoką liczbę hospitalizacji nawet wśród tych, którzy nie umrą?

Może Pan sobie wyobrazić, co to oznacza dla naszych bohaterów, którzy walczą na pierwszej linii frontu w szpitalach. Lekarze i pielęgniarki oraz inni pracownicy szpitali myśleli, że jeśli się zarażą, to ich szansa zgonu będzie wynosić 1 do 30. Bazując na tym, co teraz obserwujemy, wydaje się, że śmiertelność ta jest dużo mniejsza. I rzeczywiście dane z Włoch, które są najbardziej sprawdzone, sugerują, że śmiertelność ta wynosi ok. 0,3% w przypadku zainfekowanego personelu.

Jeśli weźmie się pod uwagę fakt, że Włochy mają najstarszy albo jeden z najstarszych personeli medycznych

na świecie oraz uwzględni fakt, że prawdopodobnie bardzo wiele osób spośród nich nie było testowanych, a musiały być zarażone, ponieważ obserwujemy, że większość infekcji jest bezobjawowa albo ekstremalnie lekko objawowa; jeśli weźmie się poprawkę na te czynniki, otrzyma się to sarno oszacowanie, które jest bardzo blisko śmiertelności na grypę dla personelu medycznego.

To oznacza, że prawdopodobnie możemy przekazać uspokajającą wiadomość tym, którzy dzień i noc walczą w szpitalach w skrajnych warunkach. Możemy im powiedzieć, że ich ryzyko śmierci nie jest takie, jak myśłano wcześniej.

Musimy również bardzo mocno podkreślić, że rygorystyczna kontrola nad rozprzestrzenianiem się zarażenia i nad higieną w warunkach szpitalnych, zarówno na ostrym dyżurze, jak i w oddziałach chorób przewlekłych, ma kapitalne znaczenie.

Musimy też poinformować, że pacjenci, którzy myślą, że mają symptomy CCMD-19, nie powinni iść do szpitala. To naprawdę nie jest miejsce, by tam chodzić. Niestety pacjenci z innymi, poważnymi problemami unikają pójścia do szpitala. A to właśnie ci ludzie powinni tam się udać. Jednak jeśli ktoś ma łagodne albo nawet umiarkowane objawy COVID-19, nie powinien iść do szpitala.

Uważam, że powinniśmy również myśleć o potrzebie wykrywania infekcji w przestrzeni szpitalnej. I tak na przykład powszechne badania przesiewowe personelu medycznego i kwarantanna dla osób, które mają pozytywny

wynik testu, mogą także pomóc wyeliminować zarażanie, które może rozprzestrzeniać się w warunkach szpitalnych, w szczególności w zatłoczonych i przeciążonych lokalizacjach.

Dobrze, przejdźmy do innych badań, które Pan przeprowadzi. Jedno z nich opublikowane przez Pana na początku miesiąca ma **tytuł: *Population COVID-19 mortality risk for non elderly individuals overall and for non elderly individuals without underlying conditions in pandemic centers***⁵⁴. Co Pan badał w tym przypadku i co odkrył?

Te badania stanowiły próbę przeanalizowania zmieniających się zbiorów danych z kilku krajów i kilku stanów w USA, by na ich podstawie zrozumieć, o ile większe jest ryzyko dla ludzi, którzy mają mniej niż 65 lat w stosunku do tych, którzy mają więcej oraz, żeby uzyskać oszacowanie ich absolutnego ryzyka śmierci podczas pandemii CCMD-19.

Próbowaliśmy również zobaczyć, czy ludzie, którzy nie mieli żadnych schorzeń, mogli umrzeć z tego powodu. W serwisach informacyjnych przytaczano wiele historii dotyczących młodych ludzi bez problemów zdrowotnych, którzy mieli ostry przebieg choroby i zmarli. Wiele takich

⁵⁴ Ryzyko śmiertelności / powodu COVID-19 dla wszystkich osób nie będących w podeszłym wieku i dla osób nie będących w podeszłym wieku bez chorób współistniejących przy wprowadzaniu w siedliskach pandemii.

przypadków odbija się głośnym echem, wywołując poczucie strachu i wzmacniając panikę. Chcieliśmy zobaczyć, jak często to występuje i jak duże jest dokładne ryzyko śmierci w różnych grupach wiekowych.

Pierwszym ważnym odkryciem było to, że istnieje ogromny gradient ryzyka między osobami w wieku poniżej 65 lat a osobami powyżej 65 roku życia. Jest ono około 70 razy większe w przypadku osób powyżej 65 roku życia lub równoważnie 70-krotnie niższe u osób poniżej 65 roku życia. Dotyczyło to ośmiu krajów europejskich, które przeanalizowaliśmy. Gradient ryzyka jest nieco mniejszy w USA; jest to około 15-krotna różnica. Jednak to wciąż bardzo duża różnica. Możesz sobie wyobrazić, co to znaczy mieć 15-krotnie niższe lub wyższe ryzyko śmierci.

Zauważyliśmy również, że odsetek osób poniżej 65 roku życia pod względem ogólnej puli zgonów stanowił od 5% do 9% wszystkich zgonów w krajach europejskich i nieco większy odsetek wynoszący od 20% do 30% w niektórych stanach w Stanach Zjednoczonych, które zaczęły gromadzić dane w miarę rozwoju pandemii.

Próbowaliśmy również oszacować, jakie jest absolutne ryzyko, jeśli ma się mniej niż 65 lat, i porównać je z ryzykiem śmierci przy prowadzeniu samochodu na określonej odległości. Robiąc to, staraliśmy się wziąć pod uwagę liczbę dni, w których trwa pandemia. Mogliśmy zatem użyć dzienne oszacowanie. W wielu lokalizacjach takich jak Niemcy ryzyko śmierci z powodu koronawirusa do czasu

naszej analizy, tj. do 4 kwietnia, mieściło się w przedziale ryzyka śmierci związanego z poruszaniem się autem w drodze z domu do pracy lub nawet mniejsze.

Jeśli ma się mniej niż 65 lat i posiada się lub nie jakieś choroby towarzyszące...

Tak, jeśli ma się 65 lat lub mniej z chorobami towarzyszącymi lub bez nich.

W Stanach Zjednoczonych, gdzie mamy większy udział nieco młodszych osób w porównaniu do krajów europejskich, ryzyko to jest wyższe. Jednak wciąż nie jest tak wysokie, by ktoś naprawdę musiał bać się śmierci. W przypadku Nowego Jorku jest ono oczywiście znacznie wyższe, gdyż wiąże się z ryzykiem, jakie podejmuje kierowca ciężarówki, który każdego dnia jeździ nią przez wiele godzin, Jednak ciągle jest to coś, co niektórzy robią na co dzień, zarabiając w ten sposób na życie.

Myślę więc, że jeśli uwzględni się tę perspektywę i przyjmie do wiadomości, że epidemia wciąż się rozwija i że nie możemy być pewni, czy w przyszłości osiągniemy jeszcze wyższe piki - chociaż wydaje się, że tak nie będzie przynajmniej w krajach europejskich; nawet w USA w większości stanów jesteśmy już bardzo blisko szczytu, jeśli nie po nim - powinniśmy dać sobie radę z takim ryzykiem w przeciwieństwie do paniki i strasznych historii, które krążą o tym niesamowitym i przekraczającym ludzką wyobraźnię ryzyku.

W omawianym przez nas badaniu był jeszcze jeden aspekt dotyczący ryzyka wśród osób w wieku poniżej 65 lat lub bez chorób towarzyszących. Mówi! Pan, że to nieistotne. Czy mógłby Pan o tym opowiedzieć?

Ryzyko wśród osób, które nie ukończyły 65 lat i nie mają współistniejących chorób, jest bardzo, bardzo niewielkie. Osoby te stanowią mniej niż 1%. W rzeczywistości w wielu krajach Europy to mniej niż 0,5% wszystkich zgonów. W Stanach Zjednoczonych dane / Nowego Jorku sugerują, że jest ich nieco ponad 1%, ale niewiele więcej. Tak więc dla osoby, która ma mniej niż 65 lat i nie ma żadnych innych chorób, ryzyko jest całkowicie znikome.

Myślę, że musimy jeszcze to sprawdzić, gdy uzyskamy dodatkowe dane i bardziej szczegółowy obraz niektórych osób, w przypadku których wciąż nie mamy jeszcze pełnej oceny ich dokumentacji medycznej. Jednak wydaje się, że te zgony są wyjątkowo rzadkie. Bardzo mało prawdopodobne.

A w takim miejscu jak Nowy Jork jest ich nieco powyżej 1%? Powiedział Pan, że dzieje się tak, ponieważ populacja ta jest młodsza. Dlaczego ryzyko w Nowym Jorku jest wyższe?

W Nowym Jorku ryzyko jest znacznie wyższe. Dlatego korzystam z analogii do kierowcy ciężarówki, który codziennie jeździ w długie trasy. Musimy jednak poczekać i zobaczyć, jakie będą dojrzałe dane z Nowego Jorku, ponieważ odstają one od innych miejsc w kraju, a nawet na świecie. Wyraźnie

mamy bardzo dużą liczbę zgonów w mieście Nowy Jork. Istnieje pewna sporna kwestia dotycząca tego, co dokładnie powinno się liczyć jako śmierć z powodu CCMD-19.

Dla przykładu w ciągu ostatnich kilku dni widzieliśmy bardzo dużą liczbę prawdopodobnych zgonów na COVID-19 dodawanych do statystyki. Są to zgony, w przypadku których nie udokumentowaliśmy badaniami laboratoryjnymi obecności wirusa. Więc są to tylko przypuszczenia, jeśli chodzi o to, czy to były zgony spowodowane przez COVID-19 czy też CCMD-19 był jedynie obecny, który jednak nic był kluczowym czynnikiem zgonu pacjenta.

Myślę więc, że musimy poczekać na pełne dane na temat tego, w jakim dokładnie stopniu wirus przyczynił się do zgonów, które zostały udokumentowane jako śmierć z powodu CCMD-19.

We Włoszech, gdzie mamy bardziej rzetelne dane, zauważyliśmy, że prawie 99% ludzi miało jakąś inną chorobę towarzyszącą. W większości przypadków było kilka przyczyn, które mogły doprowadzić do śmierci. Wydaje się, że w USA jest mniej takich przypadków, ale potrzebowalibyśmy dogłębnej analizy tego, co dokładnie zabija tych ludzi i w jaki sposób.

Chciałbym wrócić do kwestii dodania w Nowym Jorku 4000 zgonów i wytycznych CDC (*Center of Disease Control*) zakładających śmierć z powodu COVID-19. Opublikował Pan artykuł w „Journal of

the American Medical Association" dotyczący Włoch. O co w nim chodziło?

Dane z Włoch sugerują, że bardzo trudno jest odróżnić zgony spowodowane przez SARS Cov-2 od zgonów, którym towarzyszy obecność SARS Cov-2. Ze względu na to, że blisko 99% umierających ma również inne choroby, które mogły przyczynić się do ich śmierci, bardzo trudno jest to rozróżnić i powiedzieć, że ci ludzie zmarli akurat z powodu tej infekcji.

Jest bardzo prawdopodobne, że wielu z nich umarłoby tak czy inaczej, jeśli nawet nie natychmiast, to w bardzo krótkim czasie z powodu tych innych przyczyn śmierci. Myślę, że debata na ten temat trwa i że będziemy musieli rozwiązać tę kwestię nie tylko dla Włoch, ale także dla każdego innego kraju. Poszczególne kraje stosują bardzo różne systemy rejestrowania zgonów.

Wiemy nie tylko z czasu COVID-19, ale także z przeszłości, że wypełnianie aktów zgonu może być bardzo trudne i że często są one dość niedokładne. Jeśli do tego stworzy się atmosferę, w której ludzie uważają, że jest to obecnie najbardziej znacząca przyczyna śmierci, mogą podświadomie lub nieświadomie preferować umieszczanie w akcie zgonu COVID-19 jako głównej przyczyny śmierci, chociaż mógł on w znacznie mniejszym stopniu przyczynić się do zgonu, a nawet być jedynie niewinnym obecnym w niektórych przypadkach.

W tej chwili bardzo trudno jest to rozstrzygnąć, ponieważ, jak widać, bitwa wciąż trwa. Jednak w pewnym

momencie będziemy musieli wrócić do tego i sprawdzić bardzo rzetelnie oraz spróbować zrozumieć, co dokładnie wirus wyrządził wszystkim tym ludziom.

Jeśli to zrobimy, będziemy mogli oszacować, ile lat życia naprawdę utraciliśmy, ponieważ liczy się nie tylko liczba zgonów, ale również liczba lat życia utraconych przez daną osobę i to ma największe znaczenie.

Jeśli masz kogoś, kto jest młody i zdrowy, nie ma innego problemu zdrowotnego i nagle umiera w wieku 20 lat, jest to bardzo duża liczba utraconych lat życia człowieka w porównaniu z kimś, kto jest bardzo stary i ma wiele powodów, żeby umrzeć i już umiera z powodu czegoś innego. Akurat okazało się, że w jego przypadku test PCR na SARS CoV-2 w wymazie z nosa jest pozytywny. Liczba utraconych lat życia takiej osoby jest wówczas bardzo mała i nie jesteśmy nawet pewni, czy SARS CoV-2 naprawdę przyczynił się znacząco do jej śmierci.

Właśnie wspomniał Pan na marginesie o teście PCR. Ostatnio okazało się, że wynalazca testu PCR, który już nie żyje, powiedział, że nie powinien on nigdy być stosowany do testowania chorób zakaźnych.

Czy w ogóle zdaje Pan sobie sprawę, że to powiedział i jaka jest Pana opinia o teście PCR jako o dokładnym wyznaczniku, ponieważ wydaje się, że znajduje on bardzo małe kawałki materiału genetycznego w przeciwieństwie do testu na przeciwciała. Jakie są między nimi różnice?

Myślę, że wszystkie testy mają zalety i wady. PCR był przełomem w medycynie. Umożliwił nam wykrycie różnych rzeczy, w tym zakaźnych patogenów, jeśli były obecne i jeśli ich genom był obecny w śladowych ilościach. Należy jednak zdawać sobie sprawę z tego, że tworzy to również sytuację, w której można wykryć coś, co nie ma znaczenia klinicznego.

Test ten bardzo dobrze wykrywa różne rzeczy, ale trzeba zadać sobie pytanie: „Czy to naprawdę ma znaczenie dla tego, co widać w kwestii przebiegu klinicznego?”. W wielu przypadkach obraz jest bardzo jednoznaczny. Mamy wyraźny zespół niewydolności oddechowej i ktoś, kto dotąd nie miał problemu, uzyskuje pozytywny wynik PCR, a jednocześnie nie ma pozytywnych wyników testu na inne wirusy - myślę, że to bardzo klarowna sytuacja.

Ale w wielu innych przypadkach diagnoza staje się znacznie bardziej nieokreślona. Myślę, że PCR to świetne narzędzie, pod warunkiem że wiemy, co on oznacza i jak jest interpretowany. Kolejną jego wadą jest to, że wykrywamy fragmenty wirusa, niekoniecznie wirusa infekcyjnego, więc nie oznacza to, że ktoś, kto ma pozytywny PCR, może zarazem być zakaźny. Tak nie musi być.

Przeciwciała to zupełnie inna historia. Badanie przeciwciał zostało opracowane jako technika badawcza jeszcze wcześniej niż PCR. Od wielu dziesięcioleci mamy możliwość pomiaru przeciwciał. Dają nam one odpowiedź na inne pytanie brzmiące: „Czy posiadasz jakieś dowody na to, że masz wytworzoną reakcję immunologiczną na wirusa lub

na cokolwiek innego, czym mogłeś zostać zainfekowany?". Problemy z przeciwciałami obejmują fakt, że muszą one być bardzo dokładnie zwalidowane.

Trzeba więc bardzo dobrze wyczuć, jak są wrażliwe, czyli u jakiej liczby osób, która została zainfekowana, występują oraz czy są w stanie wykryć przeciwciała i określić ich specyfikę, co oznacza: czy to możliwe, że ktoś może mieć fałszywie dodatni test, podczas gdy ty uważasz, że ma przeciwciała, ale tak naprawdę ich nie posiada.

Jest wiele powodów, dla których tak się może stać. Jeśli test na przeciwciała nie jest bardzo starannie zaprojektowany, może wykazywać pewną reaktywność krzyżową z niektórymi innymi wirusami, na przykład z niektórymi starymi koronawirusami, które krążyły w przeszłości.

Właśnie dlatego zarówno PCR, a jeszcze bardziej testy na przeciwciała wymagają bardzo dokładnej walidacji. Musimy je porównać z próbkami, o których wiemy na pewno, że odpowiadają one osobom, które zostały zainfekowane, a także bardzo dokładnie je przetestować pod kątem próbek, o których wiemy z pewnością, że nie mają SARS Cov-2.

Przykładowo istnieją próbki, które zostały pobrane dwa lub trzy lata temu, a zatem SARS Cov-2 nie było w tym czasie. To jest w zasadzie to, co zrobiliśmy w naszym badaniu. Bardzo dokładnie zwalidowaliśmy zastosowany test na przeciwciała. Myślę, że inne testy na przeciwciała również są dość dokładnie walidowane. Trzeba wziąć pod

uwagę ich wydajność, co nazywamy ich czułością i specyficznością w generowaniu wiarygodnych szacunków.

Co sądzi Pan o tym, co obecnie postuluje się, iż możliwe jest, że osoby z przeciwciałami nie będą odporne w przyszłości.

Myślę, że to bardzo spekulatywne. Oczywiście jest to hipoteza, którą musimy rozpatrzyć. Istnieją dwie możliwości, które prowadzą do dwóch różnych wniosków. Jedną z nich jest posiadanie przeciwciał, które nie byłyby wystarczające do ochrony przed przyszłą infekcją.

Myślę, że nie jest to bardzo prawdopodobne, chociaż może stać się takie, jeśli mówimy o ochronie przed infekcją, powiedzmy w przyszłym roku lub dwa albo trzy lata później, ponieważ możliwe, że ten koronawirus zmieni się, jeśli w ogóle kiedykolwiek powróci. Po prostu nie wiemy, kiedy i czy wróci. Może to być wówczas inny jego wariant, podobnie jak to widzimy w przypadku pozostałych wirusów czy też nawet w przypadku grypy. I to jest powód, dla którego każdego roku staramy się przygotować nową szczepionkę na nowe typy wirusów.

Możliwe, że wytworzone teraz przez nas przeciwciała nie będą w stanie uwzględnić tego nowego wariantu lub że miana - poziomy przeciwciał - spadną po pewnym czasie; jest mało prawdopodobne, aby spadły bardzo szybko, ale jeśli mówimy o roku lub dwóch latach od teraz, to kto wie - może nie będą już wystarczająco wysokie.

Gdy zachoruje się na odrę, tę naturalną odrę, zyskuje się dożywotnią odporność. Kiedy jednak otrzyma się szczepionkę przeciw odrze, można zarazić się nią w ciągu dziesięciu lat, być może nawet wcześniej. Czy to wskazuje na to, że raczej powinniśmy próbować nabyć odporność na SARS Cov-2 w inny sposób niż przez szczepienie?

Jest zbyt wcześnie, aby to powiedzieć. Ale chciałbym przedstawić również przeciwną perspektywę. Rozmawialiśmy o możliwości, że nawet posiadanie przeciwciał nie musi chronić przed chorobą, co moim zdaniem jest mało prawdopodobne, chociaż na przestrzeni czasu może się takim stać. Istnieje alternatywna możliwość, że nie wykryto przeciwciał, ale mimo tego ktoś zetknął się z wirusem i wytworzył pewną odpowiedź immunologiczną i w jakiś sposób usunął wirusa z organizmu.

Są pewne wstępne dane, które sugerują, że szczególnie u młodych osób, u wielu spośród nich, być może nawet u większości, nie rozwijają się wystarczająco wysokie miana przeciwciał, ale mimo to ich organizm usuwa wirusa i całkowicie powracają do zdrowia bez żadnego problemu. Może to oznaczać, że nasza zdolność radzenia sobie z SARS Cov-2 niekoniecznie musi zależeć tylko od przeciwciał.

Nasz układ odpornościowy jest bardzo złożony. Istnieje wiele mechanizmów wrodzonej odporności i być może istnieją inne sposoby radzenia sobie z wirusem i nienarażania się na ryzyko. To wciąż coś, co musimy bardziej szczegółowo

zglebić. Musimy dokładnie dowiedzieć się, przeciwko czemu musimy być chronieni. W zależności od odpowiedzi perspektywa szczepionki może być bardziej lub mniej korzystna.

Na przykład klasyczna szczepionka zazwyczaj chce wygenerować odpowiedź przeciwciał i upewnić się, że będzie ona trwała. Jeśli zaś istnieją inne mechanizmy, które są równie dobre lub lepsze, to (klasyczna szczepionka - przyp. tłum.) staje się to mniej istotne. Jeśli odpowiedź przeciwciał utrzymuje się przez krótki czas po szczepieniu, to taka szczepionka staje się mniej istotna.

Jestem bardzo zainteresowany, słysząc to, co Pan mówi, ponieważ mamy na przykład fundację **Billa Gatesa**, która sugeruje, że zamierzają wyprodukować siedem miliardów dawek szczepionki na SARS Cov-2. Niektórzy z WHO, CDC i fundacji Gatesa zdają się sugerować, że nie damy rady, że nie powinniśmy wracać do naszego normalnego życia, dopóki nie będzie szczepionki. Pan mówi, że ta sprawa nie jest przesądzona.

Chciałbym być optymistą, mówiąc, że powinniśmy być w stanie odzyskać większość naszego normalnego życia, zanim szczepionka stanie się dostępna. Jeśli kiedykolwiek szczepionka stanie się dostępna, ponieważ, jak mówiliśmy, istnieją liczne zastrzeżenia dotyczące możliwości jej wykonania i masowej produkcji.

Przez całą swoją karierę byłem wielkim fanem szczepionek. Próbowałem rozpowszechniać przesłanie, że szczepionki

są jednym z największych wkładów nauki w dziejach ludzkości. Znane są historie wielkich ich sukcesów. Mamy kilka szczepionek, które okazały się wspaniałym sukcesem. Nie oznacza to jednak, że na pewno odniesiemy sukces w przypadku szczepionki przeciwko koronawirusowi.

Mamy pewne doświadczenia z przeszłości związane z opracowywaniem szczepionek dla innych znanych nam koronawirusów. Nie odniosły one spektakularnego sukcesu.

Jedna z obserwacji dotyczy tego, że w niektórych przypadkach opracowano szczepionki dla zwierzęcych modeli koronawirusów, ponieważ mamy koronawirusy, które zarażają koty i inne zwierzęta. Wyrządziły one więcej szkód niż gdyby wcale ich nie zastosowano, ponieważ doprowadziły do reakcji nadwrażliwości. Zatem kiedy zwierzę miało kontakt z koronawirusem, reagowało na niego nadmiernie, co mogło nawet doprowadzić do śmierci. A to gorsze w porównaniu z brakiem szczepienia.

Musimy zrozumieć, jaki jest dokładny mechanizm prowadzący do ciężkiego przebiegu choroby u ludzi i do śmierci oraz zrozumieć, czy to sam wirus czy odpowiedź immunologiczna na wirusa powoduje więcej szkód w poszczególnych przypadkach.

Jeśli jest to wirus, a problemem jest to, że nie mamy wystarczającej odpowiedzi immunologicznej, musimy mieć szczepionkę. Jeśli problemem jest to, że to nadmierna reakcja naszego układu odpornościowego prowadzi

ostatecznie do zniszczenia naszych komórek takich jak komórki płuc, to szczepionka może być złym pomysłem.

Podsumowując: szczepionka musi być bardzo dokładnie sprawdzona i bardzo dokładnie przetestowana. Musimy mieć solidne dowody na to, że ona działa, że poprawia stan zdrowia, że będzie ratować życie. Tego nie da się zrobić przez noc.

Życzyłbym sobie, abyśmy mogli to zrobić bardzo szybko i chcę, aby te badania zostały wykonane. Wiem, że wielu genialnych naukowców pracuje na froncie i chcę pozostać optymistą. Ale jest mało prawdopodobne, że będziemy w stanie czekać 12. 18 lub 24 miesiące na szczepionkę albo nawet dłużej, żyjąc w takiej niepewności.

Nie sądzę, że możemy aż tak długo pozostawać w stanie zamknięcia i nie zniszczyć samych siebie i naszych społeczności oraz nie stworzyć ogromnych problemów dla naszego zdrowia, naszej gospodarki i naszego społeczeństwa, a także nie wygenerować bezrobocia, co w konsekwencji będzie o wiele gorsze niż nawet najgorszy i najbardziej pesymistyczny scenariusz dotyczący tego, co może wyrządzić koronawirus.

Chcę wrócić do tego, czy zdarzyło się Panu natrafić na jakieś rządowe badanie, które wykazało, że ludzie, którzy przyjęli szczepionkę przeciw grypie, byli bardziej podatni na patogeny niegrypowe?

Pojawiają się pewne dane dotyczące tej kwestii. Sądzę, że musimy poczekać na bardziej sprawdzone dane z wielu krajów i spróbować zrozumieć, co to oznacza.

Widzieliśmy to w niektórych rejonach, na przykład we Włoszech. Zauważyliśmy, że te trzy miesiące poprzedzające wybuch COVID-19, podczas którego te masowe zgony zostały udokumentowane, były szczególnie dobre dla populacji włoskiej pod względem zgonów (ich małej ilości - przyp. tłum.), w szczególności zgonów z powodu grypy i powiązanych patogenów.

Może to jednak oznaczać, że istniała pewna nadwyżka podatnych na nie osób, które zazwyczaj każdej zimy umierają z powodu grypy, ludzi, którzy nie zmarli tej zimy. Ta pula ludzi była wtedy bardziej dostępna dla koronawirusa, który bardzo mocno atakował i zabijał wielu z nich.

Czy to dowód, że istnieje jakiś antagonizm między gripą a koronawirusem dotyczący zajmowania tej samej niszy? Myślę, że jest to coś, co musimy sprawdzić. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że te wirusy w jakiś sposób konkurują o tę samą pulę podatnych na nie osób. Więc nawet jeśli uratujesz ludzi przed jedną z tych chorób, nadal mogą umrzeć na tę drugą.

Jeśli chodzi o ogólną liczbę zgonów w USA, jakie jest Pana zdanie na ten temat? CDC mogło powiedzieć, że na gripę zginęło 60 000 osób. Jesteśmy oczywiście znacznie poniżej tej liczby pod względem zgonów z przypisanym COVID-19.

Czy, jak już wcześniej zasugerowałem Panu, gdyby nie poświęcono temu znacznej uwagi, odnotowalibyśmy

nadwyżkę oiar śmiertelnych spowodowanych przez koronawirusa w porównaniu do normalnego sezonu grypowego? Jaka jest Pana opinia dotycząca związku między tymi dwiema rzeczami?

Myślę, że w oparciu o to, co teraz widzimy, byłaby to wyraźnie wykrywalna fala. W większości miejsc na świecie, w tym w USA, jest ona dość ostra, dlatego zauważamy skupiska i nagromadzenie zarówno objawowych zachorowań, jak i zgonów. Byłoby to więc wykrywalne jako coś, co wykracza poza typowy poziom odniesienia dla tego konkretnego miesiąca, w tym wypadku dla okresu marca i kwietnia.

Jeśli chodzi o wielkość tej fali pod względem całkowitej liczby zgonów, to jest trochę za wcześnie, aby podać dokładną liczbę. Jednak najwyraźniej uniknęliśmy tych wszystkich apokaliptycznych scenariuszy, które były rozpowszechniane na początku pandemii, że około 40 lub 50 milionów ludzi umrze na całym świecie, w tym 2,5 miliona w Stanach Zjednoczonych.

Obecnie mamy zarejestrowanych ponad 30 000 zgonów, ale obejmują one również te prawdopodobne przypadki, o których już rozmawialiśmy. Dlatego trzeba wrócić i sprawdzić, jak wiele z nich było naprawdę spowodowanych przez COVID-19. To poważny problem, nikt temu nie zaprzeczy. Z pewnością jednak nie jest to apokaliptyczny problem, któremu, jak przypuszczaliśmy na początku, musimy stawić czoła.

Mamy teraz dane mówiące, że śmiertelność z powodu infekcji jest znacznie niższa w porównaniu z naszymi

pierwotnymi oczekiwaniami i obawami. Myślę, że nie ma powodu do obaw. Mamy dane, których liczba stale przyrasta. Obserwujemy epidemię i jej ewolucję. Powinniśmy unikać paniki i podjąć racjonalne kroki, aby poradzić sobie z sytuacją. Miejmy nadzieję, że ponownie małymi, stopniowymi krokami otworzymy nasze społeczeństwo.

Co według Pana wyjaśnia ogromną rozbieżność między początkowymi przewidywaniami a tym, co widzimy teraz. Chodzi mi w szczególności o badanie Neila Fergusona z Imperiał College, w którym prognozowano 500 000 zgonów w Wielkiej Brytanii.

Zaraz po tym, jak ukazały się badania z Oxfordu, które to zakwestionowały, zmienił on swoją prognozę na 20 000 lub nawet mniej, mówiąc, że byto to spowodowane wprowadzeniem obostrzeń, tj. dystansowania społecznego. Co sądzi Pan o tym twierdzeniu i ogólnie o ogromnych różnicach między początkową prognozą a tym, co faktycznie widzimy?

Problem z badaniem przeprowadzonym w Imperiał College i innymi podobnymi badaniami, na podstawie których próbowano wcześniej prognozować liczbę zgonów, polegał na tym, że w tych modelach użyto bardzo niedokładnych danych wejściowych.

Naukowcy, którzy wykonali te obliczenia, są naukowcami posiadającymi wiedzę, ale nawet najlepsi naukowcy na świecie, jeśli podasz im oszacowania parametrów, które

całkowicie odbiegają od rzeczywistości, a w tym przypadku faktycznie tak było, uzyskają astronomicznie błędne wyniki.

Myślę, że tak się stało w tym przypadku i nie mówię tego, aby obwiniać kogokolwiek. To zdumiewające, że mogli tak szybko przedstawić swoją pracę, lecz dane wejściowe użyte do ich obliczeń były całkowicie błędne w odniesieniu do tego, co widzimy teraz. Dlatego, ogłaszając kolejne informacje, starali się pomniejszyć niektóre z tych szacunków do bardziej sensownych liczb.

W tej sytuacji pojawia się pytanie, czy te olbrzymie spadki w porównaniu z pierwotnymi szacunkami wynikają z podjętych środków (obostrzeń - przyp. tłum.) czy z korekty niektórych z tych błędnych szacunków, które na początku zostały potraktowane jako dane wejściowe?

Oczywiście nieprawidłowe dane wejściowe to bardzo duża składowa, ponieważ w związku z tym musieli na przykład zmienić poziom śmiertelności uwzględnianej w obliczeniach, co natychmiast dramatycznie zmniejszyło liczbę szacowanych zgonów.

Jak duży jest **wkład** zastosowania społecznego dystansu?

Myślę, że pozostaje to pytaniem otwartym i musimy poczekać, aż będziemy mieli pełny obraz tego, co wydarzyło się w różnych krajach, zanim stwierdzimy, jaki dokładnie wpływ miało dystansowanie społeczne, a nawet jego poszczególne aspekty.

W „worku” dotyczącym dystansu społecznego znajduje się bardzo duża liczba różnych działań, takich jak na przykład zamykanie szkół czy sklepów, unikanie masowych i indywidualnych spotkań, podróży. Jaki jest próg tego unikania? Czy nie dopuszcza się do gromadzenia się więcej niż dwóch, trzech osób czy też większej ich liczby, np. pięćdziesięciu?

Każdy z tych środków może mieć w praktyce różne konotacje i różną skuteczność. Myślę, że samo stwierdzenie, że środki zadziałały, jest bardzo złym stwierdzeniem. To jest nadmierne uogólnianie. Sądzę, że musimy bardzo dokładnie zbadać, który z tych środków zadziałał, który nie zadziałał, a który rzeczywiście wyrządził jakąś szkodę.

Zasadniczo uważam, że nie powinniśmy winić nikogo za to, że działał brutalnie czy agresywnie i mówił: „Pozostań w domu, bo nie wiemy, co się dzieje”. To było bardzo rozsądne podejście. Ale teraz możemy być bardziej staranni, nieco bardziej precyzyjni.

Na przykład zamknięcia szkół. Dowody, które mamy, sugerują, że zamykanie szkół zmniejsza liczbę zgonów o 1/50, tj. o dwa procent w ujęciu względnym, co jest bardzo małą liczbą. Jak mówiłem, jest to wiedza wstępna, którą należy zweryfikować dokładniej.

Jeśli jednak korzyści z zamknięcia szkół, a zwłaszcza przedszkoli czy szkół podstawowych, a nawet gimnazjów są tak małe, zaś negatywne konsekwencje tego znacznie wyższe pod względem wielu innych skutków ubocznych, które mogą również przełożyć się na ekwiwalent zgonów,

jeśli przy tym zniszczy się społeczeństwo i gospodarkę, to najprawdopodobniej zapłaci się za to zgonami obywateli.

Czy zamknięcie szkół mogłoby przynieść efekt przeciwny do zamierzonego? Czy koncepcja odporności stadnej nie polega na rozprzestrzenianiu się tego wirusa wśród tych, którzy tak naprawdę nie mają z tym problemu? Tak buduje się odporność stadną i w ten sposób można chronić ludzi zagrożonych. Jeśli wirus rozprzestrzeni się szybko wśród osób nie będących w grupie ryzyka, to może to znacznie skrócić czas, przez jaki starsze osoby muszą być chronione.

Jest oczywiście taka możliwość i musimy zobaczyć pełny obraz, zanim będziemy mogli wydać werdykt, ale rzeczywiście możliwe jest, że skoro małe dzieci i dzieci w ogóle nie chorują poważnie - większość z nich przechodzi to całkowicie bezobjawowo lub łagodnie objawowo - to mogą przyczynić się do zwiększenia odporności stadnej bez popadania w kłopoty.

Gdyby można było uchronić osoby starsze i słabe przed narażeniem na kontakt z dziećmi, to może byłoby to lepsze niż zamykanie szkół i pozostawienie ich zamkniętych w mieszkaniach z dziadkami i krewnymi z problemami zdrowotnymi, a następnie zarażanie ich.

To także kwestia czasu. Na przykład różne środki związane z zamykaniem ludzi mogą przynieść różne korzyści i różne szkody w zależności od tego, na jakim etapie

zakaźności lub fali epidemicznej są stosowane. Myślę, że mogą mieć różną zdolność do ograniczania liczby infekcji lub też zwiększania jej w zależności od tego, czy stosuje się je na wczesnym etapie czy na późnym.

Jeśli zrobi się lockdown w sytuacji, gdy wirus jest już szeroko rozpowszechniony w społeczności i 30% ludzi, którzy są aktywnie zarażeni, i powiesz: „Zostańcie w domu ze swoimi krewnymi oraz z dziadkami, którzy cierpią na poważne choroby”, a następnie zmusicie ich do przebywania blisko siebie w dzień i w nocy z tymi wrażliwymi osobami, to nie wydaje się to dobrym pomysłem.

Różni się to także w zależności od miejsca. Możliwość schronienia się w domu może być w moim przypadku inna, bo mam ładny dom i tyle przestrzeni, ile potrzebuję. Jeśli chcę, mogę być daleko od mojej córki. Ale w większości miejsc na świecie większość ludzi nie może się skutecznie schronić.

Wielu z nich musi wyjść do pracy, ponieważ wykonują niezbędne prace, od których wszyscy jesteśmy zależni. Wielu innych nie ma w ogóle gdzie się schronić.

Mamy bardzo dużą liczbę bezdomnych, którzy mogą iść do schroniska. Widzieliśmy dane, które sugerują, że jest to najgorsze miejsce do schronienia, ponieważ 35% osób bezdomnych w schronisku w Bostonie miało pozytywny wynik na obecność koronawirusa. W pewien sposób zmuszamy ich do zarażenia, co jest okropne. Pogarszamy ich sytuację, zamiast starać się pomagać ludziom pokrzywdzonym przez los.

Czynimy ich przez to jeszcze bardziej pokrzywdzonymi i jeszcze bardziej nierównie traktowanymi przez podejmowanie przez nas środków, które chronią niektórych z nas znajdujących się w lepszej sytuacji, ale pozostawiają duże grupy ludności, zarówno w tym kraju, jak i w innych krajach - myślę tu o Trzecim Świecie - całkowicie bez ochrony.

Czy w przypadku schroniska dla bezdomnych większość z tych osób lub w zasadzie wszystkie nie były w rzeczywistości bezobjawowe?

Jak dotąd żaden z nich nie miał objawów. Oczywiście musimy to obserwować i sprawdzać, czy u któregośkolwiek z nich mogą wystąpić objawy, ale, jak Pan sobie zdaje sprawę, wiemy bardzo dobrze, że szansę wystąpienia objawów są znacznie większe u osób starszych i z poważnymi chorobami towarzyszącymi. Tak więc młodzi bezdomni mogą być zarażeni i po prostu nie zdają sobie z tego sprawy, i mają się dobrze.

Jednak jest też wielu ludzi, którzy są bezdomni i znajdują się w niekorzystnej sytuacji. Jeśli spowodujemy, że przez nasze działania się zarażą, to byłoby to katastrofą.

Naprawdę martwię się także tym, że poprzez wiele z podejmowanych przez nas działań, możemy stworzyć armie bezrobotnych bez ubezpieczenia zdrowotnego, zwiększyć liczbę bezdomnych i pokrzywdzonych, którzy w czasie pandemii staną się łatwymi ofiarami, podczas gdy my w tym czasie będziemy siedzieć w naszych ładnych domach.

Doktorze, wiem, że jest Pan dyplomatyczny aż do bólu i bardzo uprzejmy dla swoich kolegów, ale poproszono mnie, bym Pana zapytał: jak tak bardzo mądrzy ludzie w WHO, Imperiał College itp. mogą popełniać tak duże błędy? Czy jest jakaś możliwość, że to nie tylko głupi błąd? Czy aż tak mogli się pomylić?

Niestety tak i myślę, że nie powinniśmy postrzegać tego jako dowodu, że nauka zawodzi lub nawet, że ci naukowcy zawiedli. Ci naukowcy, którzy pracowali na tych modelach, wykonywali swoją pracę w skrajnie stresujących warunkach ze skrajnie ograniczonymi danymi. A kiedy ma się stresujące warunki i bardzo ograniczone dowody, standardową opcją jest zakładanie najgorszego i próba ochrony ludzi przed najgorszym. Myślę więc, że tak właśnie zrobili.

Nie sądzę, że powinniśmy mówić, że są złymi naukowcami. Zrobili to astronomicznie źle, tak jest w istocie, lecz ostatecznie nauka postąpiła dobrze i powiedziałbym, że zrobiła to całkiem szybko w tych okolicznościach i w tej sytuacji paniki i chaosu.

Sądzę więc, że powinniśmy być świadomi siły nauki, jej samokorygowania się, doprowadzenia w końcu do prawidłowego obrazu rzeczywistości i to, mam nadzieję, dość szybko. Nauka jest naprawdę najlepszą rzeczą, jaka przytrafiła się ludzkości i może nam przewodzić. Potrzebujemy po prostu lepszej i dokładniejszej nauki.

Ja w to wierzę, jestem z Panem, doktorze, ale chodzi o to, że wraz z wieloma innymi epidemiologami

i lekarzami był Pan siłą korygującą. Tymczasem do dziś administracja Donalda Trampa - nie będę tu rozróżnia! między administracją Trampa, Anthony'ego Fauci i dr Deborah Birx - sugeruje, podobnie zresztą jak Neil Ferguson, że gdyby nie było społecznego dystansowania, byłibyśmy świadkami dwóch milionów zgonów. Czy Pana praca sugeruje, że śmiertelność z zastosowaniem społecznego dystansu lub bez niego, nie byłaby tak wysoka w USA? Czy tego dowiadujemy się z Pana badań serologicznych przeprowadzonych w Kalifornii?

Zarówno nasze badania serologiczne prowadzone w Kalifornii, jak i kilka innych badań ujawniających informacje o odsetkach zarażonych osób, które są również bardzo wysokie w różnych lokalizacjach na całym świecie, sugerują, że wskaźnik śmiertelności jest bardzo niski.

Te scenariusze mówiące o 40 milionów zgonów na świecie i ponad dwóch milionach w Stanach Zjednoczonych, w sytuacji gdyby się nic nie robiło (nie wprowadzało obostrzeń - przyp. tłum.), przynależą obecnie do sfery fantastyki naukowej. Nie mogę tego nazwać inaczej.

Nie oznacza to, że dystans społeczny nie przyniósł żadnych korzyści. Myślę, że musimy być bardzo ostrożni i ponownie sprawdzić każdy z rodzajów dystansu społecznego, aby zobaczyć, który z nich zadziałał, a który rzeczywiście wyrządził jakąś szkodę. Musimy tylko zachować spokój. Nie czas teraz na wzajemne obwinianie się, na mówienie: „Ja miałem rację, a ty się myliłeś”.

Jestem pewien, że codziennie popełniam błędy. Jestem naukowcem, popełniam błędy i próbuję je poprawić, uzyskując lepsze dane, by następnym razem, kiedy będziemy rozmawiać, jeśli będę mieć lepsze dane, a one będą sugerować, że się myliłem w którymkolwiek z moich stwierdzeń, z radością to potwierdzić. Musimy tylko być otwarci, transparentni, ufać nauce i iść naprzód, ostrożnie i uważnie otwierając nasz świat w oparciu o dostępne dane.

Czy to oznacza konieczność śledzenia kontaktów? Czy jest ono naukowo wykonalnym pomysłem w takim mieście jak Nowy Jork, jeśli codziennie podróżuję przez Times Square lub dworzec Grand Central i mam kontakt z setkami tysięcy ludzi, zwłaszcza jeśli ten wirus rzeczywiście żyje na powierzchni przez trzy dni? Mówi się, że będziemy musieli to zainstalować. Czy to naukowy i wykonalny pomysł, szczególnie w przypadku zakażenia przez drogi oddechowe?

Śledzenie kontaktów ma sens w sytuacji, gdy ma się do czynienia z bardzo ograniczonym rozprzestrzenianiem się wirusa i bardzo małą liczbą osób, które zostały zainfekowane. Wiadomo, kto jest „pacjentem zero” i można śledzić 10, 20, 30, 40 osób, które zostały narażone, a następnie zidentyfikować tych, którzy zostali zakażeni, poddać ich wszystkich kwarantannie i spróbować wygasić epidemię.

W pewnym sensie dość dobrze to zadziałało w krajach takich jak Tajwan, Singapur, Korea Południowa, które były

bardzo agresywne w testowaniu i identyfikowaniu osób zarażonych, a następnie próbowały zidentyfikować ich kontakty. Jednak nie jest to coś, co można łatwo zastosować w zdecydowanej większości miejsc. Oczywiście nie jest to łatwe w kraju takim jak USA.

Trzeba zdać sobie sprawę, że jedno rozwiązanie nie pasuje do wszystkich. Ja zawsze opowiadałem się za większą liczbą testów, ponieważ daje to nam lepszy wgląd w epidemię. Popierałem również testowanie na losowej, reprezentatywnej próbie, gdyż dokładniej mówi nam to, jaki jest etap obecnej fali infekcji, ile osób zostało zainfekowanych i ile jest aktywnie zarażonych.

W miejscach, w których mamy 10%, być może 20% już zainfekowanej populacji, zakłada to śledzenie kontaktów w sytuacji, gdy prawie wszyscy w tej lokalizacji zostali narażeni. Na przykład w tym momencie w Nowym Jorku wkrótce rozpoczniemy badanie seroprewalencji. Jeśli, powiedzmy, otrzymamy współczynnik infekcji wynoszący 30%, znaczy to, że 30% nowojorczyków zostało zarażonych, co jest bardzo prawdopodobne. Wówczas prawie co drugi nowojorczyk również został przez nich zarażony.

Przepraszam, czy może Pan to powtórzyć: jeśli 30% nowojorczyków zostało zainfekowanych...

Jest to bardzo spekulatywne, ale jeśli 30% nowojorczyków zostało zainfekowanych, wówczas pozostałe 70% musiało spotkać prawie wszystkich z nich. Część z tych 30% całkiem

niedawno. Dlatego śledzenie kontaktów oznacza w tym przypadku śledzenie całej populacji, nawet jeśli będzie to niższy odsetek (te 30% było całkowicie spekulatywne).

Proszę nie mówić, że mam dar przewidywania, ale nawet wówczas jeśli masz tylko 5% zarażonej populacji, to znaczy to, że 1 na 20 osób, praktycznie każdy z nas, spotyka w swoim codziennym życiu wielu ludzi, w tym nawet w warunkach pozostawia w domach, bo wiele osób musi pracować, iść na zakupy. Naprawdę byłoby bardzo trudne, jeśli nie niemożliwe, wytropienie wszystkich, których naraziło te 5% populacji.

Proszę wyjaśnić strategię przyjętą przez Szwecję. Co ona nam mówi?

Szwecja była jednym z krajów, które wybrały mniej restrykcyjne podejście. Miała otwartą większą część społeczeństwa i gospodarki, pozwoliła, by znaczna część szkół, przedszkoli, szkół podstawowych i gimnazjów była otwarta. Większość sklepów, barów i restauracji pozostało otwartych, choć z pewnymi niewielkimi ograniczeniami. Pozwalano również ludziom się spotykać, ale bez przekraczania limitu 50 osób. Jest to więc na swój sposób podejście bardzo różne w porównaniu do drakońskich środków, które zostały wdrożone w innych krajach Europy i w wielu miejscach w USA.

Radzili sobie całkiem dobrze. Oczywiście bardzo trudno jest porównywać jeden kraj z drugim, ponieważ oczekuje się dużej różnorodności pod względem liczby zakażeń i zgonów. Na przykład kraj taki jak Norwegia, w którym

przeciętny Norweg może spotkać bardzo niewiele innych osób, kraj, który jest bardzo słabo zaludniony w porównaniu do Sztokholmu, nie jest czymś, co można porównać. Być może można na przykład porównać Szwecję ze Szwajcarią, która bardzo wcześnie zastosowała bardzo drakońskie środki. Jak do tej pory śmiertelność w przeliczeniu na milion mieszkańców jest tam nieco wyższa niż w Szwecji.

Są to bardzo trudne porównania, które należy przeprowadzać z dużą ostrożnością, ponieważ są to dane pochodzące z obserwacji. Nie możesz stworzyć Szwecji w Szwajcarii ani Szwajcarii w Szwecji. Musimy być bardzo ostrożni wobec wszystkich tych twierdzeń mówiących, że „jest to ostateczny dowód, że blokada zadziałała” lub wręcz przeciwnie, że wcale nie było to potrzebne.

Jak dotąd brak dowodów na to, że Szwecja zrobiła coś złego. Myślę, że poradzili sobie całkiem nieźle. Mieli pewną liczbę zgonów, jednak liczba utraconych lat życia była dość niewielka, ponieważ prawie wszystkie te zmarłe osoby były bardzo słabe, stare i znajdowały się już u schyłku życia.

Szwecja nigdy nie miała katastroficznego poziomu systemu opieki zdrowotnej, zawsze mieli mnóstwo rezerw. Przy najmniej dotąd. To może się zmienić w przyszłości. Obserwuję to bardzo uważnie, ale nie sądzę, że możemy winić Szwedów za to, co zrobili. Może powinniśmy im pogratulować.

A co sądzi Pan o niemieckim ministrze zdrowia, który proponuje, aby od razu otworzyć przedszkola?

Myślę, że jest to interesująca propozycja. Zarówno Niemcy, jak i inne kraje w Europie, takie jak Dania, Austria, a nawet Włochy, podejmują obecnie kroki w celu otwarcia różnych segmentów społeczeństwa i gospodarki. Myślę, że musimy zobaczyć, co się stanie.

Jestem zwolennikiem takich kroków, jeśli osiągnięto już szczyt zakażeń i infekcje zaczynają się zmniejszać. Jeżeli uważnie monitoruje się epidemię i wiadomo, że nie jest to poza kontrolą, jeśli wiemy, że system opieki zdrowotnej nadal ma duże rezerwy, że bez względu na to, co się wydarzyło, nadal ma dużo rezerw łóżek szpitalnych i łóżek do intensywnej terapii (wszystkie te kraje takie jak Niemcy, Dania i Austria mają w tej chwili mnóstwo rezerw, nawet Włochy podejmują kroki w celu otwarcia sklepów i niektórych firm) to w obszarach, w których to się dzieje, mają możliwość śledzenia tego, jaki może być rozwój epidemii, gdy to zrobią.

Chcę pozostać optymistą. Uważam, że więcej krajów powinno podjąć te kroki, jeśli spełnią te wstępne warunki i zobaczą, co się wówczas stanie. Nie sądzę, że będziemy zabijać ludzi. Musimy to zrobić i zobaczyć, co się stanie, ponieważ w przeciwnym razie będziemy masowo zabijać ludzi z powodu wprowadzonych obostrzeń (lockdownu).

Mówiąc o środkach związanych z Izolacją społeczeństwa i zamknięciem gospodarki (lockdown), chciałbym zadać Panu trzy pytania. Prosiłbym

0 odpowiedź, szczególnie w świetle Szwecji: czy dystans społeczny był pomocny w spłaszczaniu krzywej? Czy spłaszczenie krzywej pomogło zmniejszyć obciążenie szpitali? Czy spłaszczenie krzywej ostatecznie skutkuje mniejszą liczbą zgonów, czy tylko rozłożeniem ich w czasie? Czy nieuchronnie musimy podążać za krzywą „**podatni-odporni**” na infekcję, czyli krzywą epidemiologiczną, bez względu na wszystko, a to, co robimy to tak naprawdę odsuwanie tego w czasie?

Ponieważ nigdy wcześniej tego nie robiliśmy, myślę, że powinien Pan powiedzieć o znaczeniu dystansowania społecznego. Przede wszystkim jednak chciałbym usłyszeć od Pana, czy koncepcja spłaszczenia krzywej rzeczywiście pomogła?

Jeśli spojrzysz się na to, co zaproponowali zwolennicy teorii spłaszczenia krzywej, która jest bardzo interesująca i może być słuszna, to nie stosuje się jej po to, by ocalić życie, ale opóźnić falę epidemii, spłaszczając krzywą i pozwalając zyskać na czasie, by być lepiej przygotowanym, na przykład pozyskać więcej łóżek na miejscu, więcej respiratorów, by przygotować szpital przed tą wielką bitwą do stoczenia, zdobyć wystarczającą ilość sprzętu ochronnego, przygotować siebie - w ten sposób kupujesz czas.

Ostatecznie prędzej czy później, kiedy zapadnie decyzja zdjęcia zakazu pozostawania w domu, wraca się do wirusa, który musi się rozprzestrzeniać i rozprzestrzenia się, zarażając ludzi, których wcześniej nie zaraził, ale zarazi ich

później. Jest się po prostu lepiej przygotowanym i ma się większą zdolność radzenia sobie z tym.

Jeśli system opieki zdrowotnej się zafamie, będzie również nadwyżka zgonów. Myślę, że to właśnie obserwowaliśmy. Ponieważ w takim przypadku nie możesz zaoferować chorym opieki. Niektórzy ludzie, którzy mogliby zostać uratowani, gdyby mieli dostęp do respiratora, umierają, ponieważ go brakuje.

Aczkolwiek stosując masową izolację społeczeństwa, obserwowaliśmy szkody będące skutkiem ubocznym na zdrowiu, ponieważ wiele osób cierpiących na inne poważne choroby, takie jak zawał serca lub udar mózgu bądź wymagające natychmiastowego udania się do szpitala, nie udawało się do niego. Panikują, boją się, oglądają wiadomości o tym, jak bardzo jest to niebezpieczne i nie chcą nawet zbliżyć się do szpitala.

Wiemy, że w przypadku powszechnych czynników, które powodują olbrzymią większość zgonów, współczesna medycyna jest skuteczna. Może uratować życie. Jeśli jednak ci ludzie pozostaną w domu, ponieważ przesadzają z izolacją i nadinterpretują to, co się dzieje, możemy zabić więcej ludzi od tych, których być może byśmy uratowali przez zastosowanie obostrzeń związanych z **koronawirusem**.

Musimy więc być bardzo ostrożni. Myślę, że to bardzo niefortunne, że mieliśmy tak gigantycznie błędne liczby na początku, na podstawie których musieliśmy wszcząć alarm. Niestety ludzie wpadli w panikę, bali się. Teraz większość

naszych szpitali, jeśli chodzi o oddziały inne niż dla (pacjentów - przyp. tłum.) COVID-19, jest pusta lub całkowicie niewykorzystana w porównaniu z typowym wykorzystaniem. Myślę, że to może być ogromny problem.

Wiem, że musi Pan powtórzyć swoje badanie, że inni naukowcy muszą to też sprawdzić, że to stosunkowo wcześniej, ale Pana badanie wykazało, że śmiertelność (koronawirusa - przyp. tłum.) jest taka sama jak grypy sezonowej. Czy zatem główna rekomendacja nie powinna być teraz taka, by otwierać się tak szybko, jak to możliwe, być może nadal chroniąc grupy ryzyka? Czy nie powinniśmy „krzyczeć z dachów”, że czas nas wypuścić z domów?

Myślę, że nadszedł czas, aby otworzyć wiele lokalizacji. Nadchodzi też już czas dla pozostałych. Sądzę, że jeśli będziemy ostrożni w gromadzeniu informacji na temat przebiegu epidemii, aby upewnić się co do niej i zaoferować gwarancje, przywrócimy wszystkim ludziom w naszej społeczności pewność, że nie straciliśmy kontroli nad epidemią.

Mamy świadomość, że wiele osób nadal będzie bardzo przerażonych. Powiedzą: „Nie chcę wychodzić, nie chcę nic robić, ludzie wciąż umierają”. Jeśli to zrobimy, jeżeli proponujemy im naukowe podejście i przedstawimy wiarygodne dane, zapewniając, że ta dana rzecz ich nie zabije, że prawdopodobnie nie ma większej szansy na zabicie niż grypa sezonowa w przypadku zarażonej osoby (choć

wiemy, że są ludzie, którzy są znacznie bardziej narażeni na ryzyko, i tych, oczywiście, musimy bardzo, bardzo starannie chronić), to myślę, że jeśli wdrożymy ten program, to możemy się otwierać.

Uważam, że musi to być stopniowe, że należy wzmacniać zaufanie w społeczeństwie, przekonując, że podejmowane są właściwe działania i że jest to korzystne dla naszego społeczeństwa, naszych obywateli i wszystkich ludzi. Myślę, że wówczas zrobimy to dobrze. Będziemy musieli uważnie to obserwować. Musimy to zrobić, nie widzę alternatywy.

W poprzednim wywiadzie powiedział Pan, że jest Pan **zwykłym** naukowcem, a nie politykiem. Chciałbym, żeby Pan to powtórzył. Widzimy, że bitwa o otwarcie lub pozostanie zamkniętymi wydaje się przebiegać wzdłuż linii partyjnej nie tylko w USA, ale na całym świecie. Jakby właśnie toczyła się walka między lewicą a prawicą lub między biurokracją w CDC a prezydentem lub kimkolwiek innym.

Czy jest Pan ponad tym? Czy jest Pan zwolennikiem Donalda Trampa albo zwolennikiem anti-Trumpa? Czy jest Pan w jakiś sposób motywowany politycznie? Czy

stawia Pan wyżej światową gospodarkę niż życie ludzi?

Muszę powtórzyć, że jestem zwykłym naukowcem, który próbuje korygować własne błędy. Próbuję tylko po-

prawić swoje błędy, naprawiać je i ratować życie. Nie mam absolutnie żadnego programu politycznego, który leżałby

u podstaw mojego myślenia i moich wyliczeń. Obliczenia w nauce są takie same bez względu na to, do której partii politycznej się należy. Powinny być takie same.

Myślę, że wielką kompromitacją jest zamienienie tego w bitwę polityczną. Stawką jest życie naszych współobywateli, życie ludzi pokrzywdzonych przez los, naszych krewnych, wszystkich. Oni są stawką i myślę, że bezduszne jest zamienianie tego w walkę polityczną w tym lub jakimkolwiek innym kraju.

Powinniśmy pozostać zjednoczeni. Jesteśmy *homo sapiens sapiens*, ludzie mądrzy. To jest właśnie to, kim powinniśmy być. Nie tylko stronnikami, którzy chcą wybrać tego czy innego prezydenta lub promować program jednej partii politycznej. Jesteśmy *homo sapiens sapiens*.



7.DRMED. MATTHIAS THÓNS

7.1 Pacjenci z CCWID-19
są posyłani na pewną, anonimową i samotną śmierć

11 i 12 kwietnia 2020

Na stronie niemieckiego radia" ukazał się bardzo interesujący wywiad z dr. Matthiasem Thónsem, który w związku z koronawirusem mówi o katastrofie etycznej dotyczącej traktowania pacjentów:

Polityka jest teraz bardzo jednostronnie nakierowana na intensywne leczenie, zakupy nowych respiratorów i wyznaczenie łóżek do intensywnej terapii. Musimy pamiętać, że w przypadku osób poważnie chorych na COVID-19, jak się określa to schorzenie, chodzi głównie o ludzi w podeszłym wieku, mających choroby towarzyszące.

" Sehr falsdie Pnontaten gesetzt und alle ethischen Prmzipien verlet;t,
www.dcutschlandfunk.de, 11.04 2020

40 procent z nich wymaga bardzo gruntownej opieki w domach opieki. Jak dołąd we Włoszech mamy 2003 śmiertelne przypadki, spośród których tylko trzech pacjentów nie miało ciężkich chorób towarzyszących. Jest to więc grupa ludzi, która dotychczas zazwyczaj otrzymywała większą pomoc pałiatywną niż związaną z intensywną terapią. Teraz zaś u nich jest diagnozowane nowe schorzenie i robi się z nich pacjentów oddziału intensywnej terapii.

Matthias Thóns twierdzi, że przyjęto niewłaściwe priorytety w stosunku do starszych pacjentów:

Uważam, że są to bardzo fałszywe priorytety. Zanegowano też wszystkie zasady etyczne, jakie znamy. Jako lekarze powinniśmy więcej pomagać niż szkodzić. Według chińskich badań w przypadku schorzenia, które ma ciężki przebieg, a więc prowadzi do niewydolności oddechowej, możemy uratować tylko trzy procent pacjentów. 97 procent z nich umrze mimo zastosowania wszelkiej możliwej terapii.

Intensywna terapia jest bolesna - w takiej sytuacji stosunek między korzyścią a szkodą nie jest prawidłowy. Korzyść polega na tym, że możemy uratować tylko bardzo małą liczbę pacjentów, spośród których jedynie nieliczni wrócą do swoich poprzednich obowiązków.

Duża ilość tych, których uratowano, po dwóch lub trzech tygodniach sztucznego oddychania będzie w stanie ciężkiego upośledzenia. Taki jest stan rzeczy, którego większość starszych ludzi nie akceptuje. Stąd zarzuty, które towarzyszą wysokiemu

ryzyku pozostania w stanie poważnego upośledzenia, którego starsi ludzie nie chcą. Dlatego w przypadku tych pacjentów w zasadzie nie osiąga się celów terapii, to znaczy że wskazania lecznicze są wątpliwe. Jednak teraz już wiemy, że, jak wspominałem wcześniej, bardzo wielu starszych ludzi, odmawia leczenia, a zatem jest ono kontynuowane wbrew ich woli.

Jako uzasadnienie, że starsi pacjenci nie chcą intensywnej terapii, Matthias Thóns przytacza badania przeprowadzone w Aachen:

Zrobiono kiedyś badanie, w którym 91% pytanych odpowiedziało, że odrzucają środki, po których zastosowaniu istniałoby wysokie ryzyko znacznego upośledzenia. Szpital uniwersytecki w Aachen opublikował teraz pierwsze dane, z których wynika, że główną przyczyną śmierci w tym naszym badaniu rzeczywiście było to, że pacjenci sami odrzucili sztuczne oddychanie, dobrze wiedząc, że może to stać się powodem ich śmierci. Cóż, ci pacjenci rzeczywiście zmarli. Wola jest ważniejsza niż wskazania lecznicze.

Niestety ustalanie woli pacjenta nie ma praktycznie miejsca: Z innych badań wynika, że ustalenie woli miało miejsce tylko w przypadku czterech procent osób z niewydolnością oddechową.

Matthias Thóns odpowiada również na pytanie, czy zbędne środki intensywnej terapii zastosowano z powodu żądzy pieniądza: *Me chcę teraz tak zdecydowanie formułować tego wniosku, ale w przeszłości już, się okazywało, że w tego typu sytuacjach były wydatkowane bardzo drogie środki*

medyczne, mimo iż większość ludzi tego nie chciała. Wiemy też na podstawie ankiet, że dyspozycje pacjentów, które często były wyraźnie przeciwne, nie zostały wzięte pod uwagę. Tak więc wynika stąd jednoznaczny wniosek, że pieniądze grają rolę, a - jak wszyscy wiemy - leczenie problemów z oddychaniem jest bardzo drogie. Przykładowo dzień leczenia niewydolności oddechowej (24 godziny) kosztuje około 20 000 euro.

Ekspert wskazuje, że pacjentom należy wyjaśnić, co wiąże się z intensywną terapią:

Trzeba im uczciwie wyjaśniać, że intensywna opieka daje tylko minimalne szansę na ratunek w sytuacji dużego cierpienia. „Czy chce Pan/Pani być odizolowana od rodziny, nie widzieć swoich bliskich, a pod koniec życia leżeć pod aparatem na oddziale intensywnej terapii, czy też chce Pan/Pani raczej, ryzykując śmierć, pozostać w domu wolny/a od cierpienia?”. Jestem przekonany, że większość starszych ludzi wybierze tę drugą drogę, jeśli uczciwie się im to przedstawi.

Na koniec Matthias Thóns ponownie podkreśla znaczenie woli pacjenta: *Oczywiście byłoby lepiej, jeśli od samego początku do kliniki byliby przywożeni przez służby ratownicze tylko ci pacjenci, którzy chcą intensywnej terapii. Gdyby ta decyzja była podejmowana znacznie wcześniej, byłoby to o wiele korzystniejsze.*

Natomiast w wywiadzie udzielonym „Berliner Morgenpost”¹⁶ Matthias Thóns krytykuje politykę stawiania wyłącznie na intensywną terapię i respiratory:

¹⁶ PallialivarztAlteCoroiiaPatienteihundkauniiiiretteiLV/ww.morgcnposi.t/c, 12.04.2020.

Samo tylko koncentrowanie się na intensywnej terapii i rozbudowie miejsc do wentylacji jest błędem w rozumowaniu. (...) Pacjenci mają najczęściej ciężkie uszkodzenia płuc, co oznacza, że jakość ich życia nawet po uratowaniu będzie niska. Po dwóch, trzech tygodniach wentylacji ci ludzie często będą wymagali intensywnej opieki.

Zmarli (z przypisanym koronawirusem - przyp. tłum.) w Niemczech i we Włoszech byli średnio w wieku powyżej 80 lat i mieli kilka chorób współistniejących. Myślenie, że musimy jedynie kupować więcej urządzeń, nie uratuje ludzkiego życia. Większość, trzeba to powiedzieć, umrze mimo tego. (...) W tym przypadku wiemy, że szansę uratowania pomimo bardzo bolesnej terapii są minimalne i że w jej następstwie większość pacjentów dozna uszczerbku, z którym ponad 90% powyżej 75 roku życia nie będzie chciało żyć.

*Nie spotkałem jeszcze żadnego bardzo starego pacjenta, który przeżyłby wentylację przyniosłą dostateczną obronę ze strony układu odpornościowego. To oznacza, że pacjenci z COVID-19 są posyłani na pewną, anonimową i bez towarzyszenia (bli-
t skich - przyp. tłum.) śmierć. To jest etyczna katastrofa!*

Opracowanie i tłumaczenie dr Mariusz Błochowiak



8. PROF. DR KNUT WITTKOWSKI

8.1 Nie wiem, gdzie rząd znajduje tych tak zwanych ekspertów

24 kwietnia

Nasz pierwszy wywiad obejrzało ponad 1,2 miliona osób. Zebrał on ponad tysiąc komentarzy, w większości pozytywnych, ale również wzbudził kontrowersje na wielu polach u nas i za granicą, poczynając od zarzutu, że wprowadził Pan w błąd odbiorców, nie-dokładnie się przedstawiając. A zatem czy może Pan przedstawić się jeszcze raz i powiedzieć, czym Pan się zajmuje w swojej dziedzinie?

Swoją karierę akademicką rozpocząłem w Niemczech, gdzie pracowałem przez piętnaście lat z Klausem Dietzem, jednym z wiodących epidemiologów na Uniwersytecie Tübingen. Następnie wyjechałem do Nowego Jorku, do Uniwersytetu

Rockfellera, gdzie kierowałem Wydziałem Biostatystyki, Epidemiologii i Projektowania Badawczego w Centrum Nauk Klinicznych i Translacyjnych w tamtejszym szpitalu.

Przepraszam, że wcześniej nie bytem precyzyjny, ale ponieważ w tej chwili wylewa się na mnie „pomyje”. to staram się być bardzo dokładny. Nigdy nie twierdziłem, że jestem profesorem Uniwersytetu Rockefellera, natomiast, tak jak mówię, mam stopień profesorski. Ludzie sami z siebie poprawili to, co powiedziałem, nie rozumiejąc mnie, przez co podawali błędne informacje na mój temat.

Tak też było z Tagesschau w Niemczech z telewizją finansowaną ze środków rządowych. Podobna sytuacja miała miejsce w przypadku czasopisma „USA Today” z tak zwanymi poszukiwaczami faktów, którzy zaczęli obrzucać mnie błotem, a przede wszystkim powiedzieli, że sam przedstawiłem siebie jako profesora pracującego na Uniwersytecie Rockefellera, co nigdy nie miało miejsca.

Jak Pan myśli, co kryje się za taką reakcją tych ludzi?

Tak dzieje się w sytuacji, gdy ktoś powie coś, z czym się nie zgadzasz, ponieważ masz inną opinię, gdyż przywykłeś do wychwalania rządu i nie możesz zaatakować kogoś za to, co powiedział, przynajmniej jeśli chodzi o fakty. Wtedy próbujesz stworzyć zasłonę dymną z zarzutów, które nie mają pokrycia i używasz tego, by zdyskredytować czyjąś wiarygodność.

Jednak teraz już wiemy, przynajmniej od wczoraj w Nowym Jorku, że, jak doniósł „New York Times”,

co najmniej 21% społeczeństwa jest już odporne. W tym kontekście myślę, że teraz moje zdanie zostanie ponownie wzięte pod uwagę i że zostanie jeszcze raz zrewidowane to, co trzy tygodnie temu mówiłem na ten temat podczas naszego pierwszego wywiadu, a co okazało się prawdą.

To jest 21% populacji Nowego Jorku?

Tak, to jest 21% miejskiej populacji Nowego Jorku z tej próby, którą uwzględniono w badaniu i która wyklucza znane nam przypadki. To jest też próba, która została wypaczona, żeby uzyskać raczej fałszywie negatywne niż fałszywie pozytywne wyniki, więc pewnie faktyczna liczba była prawdopodobnie wyższa niż 21% uodpornionych. Ponadto to są wyniki sprzed kilku dni, więc na tym poziomie epidemii liczba odpornych osób stale się zwiększa, tak że teraz powinna być już dużo wyższa niż wówczas.

Tym, co mnie najbardziej uderza, jest stronniczy charakter tej dyskusji, w której każdy głos odmienny od oficjalnego podejścia do wirusa jest szufladkowany jako „trampowy” lub jego analogiczny odpowiednik w innych krajach, gdzie jedynym akceptowalnym podejściem do tego tematu jest pogląd zbudowany na tak zwanym „naukowym konsensusie”.

Czy nauka nie powinna być zawsze otwartą kwestią, przedmiotem dociekań? Czy nie powinna dopuszczać do debaty nowych dowodów niezależnie od partii

politycznej? Tu muszę Pana zapytać, czy jest Pan zwolennikiem Donalda Trampa, jak zarzucają Panu niektórzy? Czy to dlatego postrzega Pan ten kryzys w taki właśnie sposób?

Nie, nie jestem jego zwolennikiem. Nigdy też nie wydałem żadnego oświadczenia politycznego, nie faworyzowałem jakiejś jednej partii i nie dostosowałem się do jej linii programowej. Jestem naukowcem, patrzę na dane i interpretuję je jak najlepiej, na ile pozwala mi na to moje doświadczenie, a mam trzydzieści pięć lat doświadczenia, więc to czasami pomaga.

Dobrze, przejdźmy teraz do ważnych spraw. Już Pan do tego nawiązywał, ale proszę jeszcze raz powiedzieć, co wpłynęło na to, że akurat w taki sposób ocenia Pan tę epidemię? Czy byli jacyś inni eksperci, którzy popierali Pana i Pana stanowisko?

Jest wiele osób, które popierają moje stanowisko. Jedna wypowiadała się tutaj na tym samym kanale. Został z nią przeprowadzany wywiad. Mówię tutaj o Johnie Ioannidisie. Są też inni, np. Wolfgang Wodarg w Niemczech i inne liczne osoby. Nie są jednak lubiani przez media, ponieważ jeżeli w mediach nie mówisz o złych rzeczach, nie są to dla nich dobre wiadomości. Dla mediów tylko zła wiadomość jest dobrą wiadomością.

Zatem gdy trzy tygodnie temu siedziałem tutaj, miałem już opublikowany manuskrypt pokazujący, że epidemia

niedługo się skończy, że jest to tylko typowa grypa i że nie byio jakichkolwiek powodów do tego, by pozamykać szkoty, a szczególnie postawić całą gospodarkę pod ścianą.

Zniszczenia, jakie dotknęły gospodarkę, są ogromne. Nawet gdyby było więcej zgonów, tylko niewiele więcej niż podczas typowej grypy, a tak nie było, to nawet wtedy te zniszczenia wyrządzone gospodarce nie mogłyby być usprawiedliwione czymkolwiek z tego, co wiedzieliśmy.

Proszę nam teraz powiedzieć coś o liczbach. Co takiego Pan w nich zobaczy!, co utwierdziło Pana w tym przekonaniu?

Chodzi tu zwyczajnie o liczbę przypadków. Nawet jeżeli przyjmujemy bardzo liberalną definicję tego, co znaczy „przypadek”, widzimy, że ich liczba teraz spada na całym świecie, w tym w Europie. W Chinach już mamy koniec pandemii, która zakończyła się też w Korei i w przeważającej większości krajów w Europie, a w innych jej poziom się wyrównuje i niedługo również będzie spadał. Spada też w Stanach Zjednoczonych. Zatem nic ma nigdzie żadnych wskazań do tego, że będzie to coś poważniejszego niż zwyczajna sezonowa grypa. Zdarza się, że grypy mają miejsce w sezonie grypowym.

Jedno z Pańskich najbardziej intrygujących naszych odbiorców stwierdzeń, które Pan przedstawi! podczas naszego poprzedniego wywiadu, dotyczyło tego,

że szczyt infekcji już nastąpi!, zanim w wielu krajach zaczęto wprowadzać obostrzenia.

Czy może Pan jeszcze raz przedstawić dowody na potwierdzenie tej tezy? I czy moglibyśmy zobaczyć wykres CDC wtaśnie teraz?

Dobrze. 17 kwietnia dyrektor CDC przedstawił ten wykres na prezydenckim briefingu. To są dane z systemu sprawozdawczości odnoszącego się do chorób grypopodobnych albo inaczej ILINet (*influenza-Uke illness reporting system*).

W ramach tego systemu szpitale zaznaczają albo liczą, ilu pojawiło się u nich pacjentów z gorączką, bólem gardła, katarem i innego tego typu chorobami ze wskazaniem, że mogą to być przypadki grypy lub chorób podobnych.

To, co tutaj widzimy na tym wykresie, dyrektor CDC tłumaczył, mówiąc, że mamy tutaj trzy piki, z których jeden miał miejsce w grudniu 2019 roku, drugi był w okolicach stycznia i lutego 2020, a trzeci szczyt przypadł w okolicach 18 marca 2020 i był to COYID-19.

Zatem jeśli liczba przyjęć albo ludzi przychodzących do szpitala osiąga maksimum osiemnastego marca, to oznacza, że ta (szczytowa - przyp. tłum.) liczba infekcji musiała nastąpić 8 marca.

Czyli szczyt zakażeń?

Tak. Ponieważ na objawy trzeba czekać tydzień, nie idziesz do szpitala przy pierwszych objawach, bo myślisz sobie: „O, mam grypę, przeziębilem się, ale niedługo się to

skończy". Potem, po trzech lub czterech dniach, jeśli nie minie, myślisz sobie: „Ok, może to coś bardziej poważnego” i wtedy idziesz do szpitala.

Zatem to, co widzimy w okolicach 18 marca, to musiały być te przypadki albo infekcje, które miały miejsce około 8 marca. Jeżeli szczyt infekcji nastąpił około 8 marca, to zamknięcie szkół, restauracji i całej gospodarki dziesięć dni później jest totalnym absurdem. Zwłaszcza gdy wiesz, że tydzień później, tylko tydzień, a nie dziesięć dni lub dwa tygodnie, krzywa wyraźnie idzie w dół, wskazując, że najgorsze mamy już za sobą. Jeśli w przypadku epidemii najgorsze mamy już za sobą, to powiedzenie: „Ok, zamknijmy całą gospodarkę i sprawmy, że dwadzieścia sześć milionów ludzi straci pracę”, ponieważ to takie fajne, jak ludzie tracą pracę, to dla mnie jest to przejaw okrucieństwa.

Czy może Pan to powtórzyć? W jakiej kondycji były szpitale w Nowym Jorku?

Nie były przepełnione. Szpitale w Nowym Jorku nie były przepełnione. Pozbywali się ludzi.

A co się stało z Javits Center?

Nic.

Ilu ludzi?

Trzysta osób. Trzysta w Javits Center. Podawano różne liczby: 64, 65, 186 osób na statku marynarki wojennej, który tutaj przyplłynął. Zatem jeżeli za całkowitą liczbę uznamy

500 pacjentów, to jest to kropla w morzu, jeżeli chodzi o nowojorską służbę zdrowia.

Więc ten statek był niepotrzebny?

Nie. I mieliśmy wystarczającą liczbę respiratorów.

A respiratory mogły i tak nie być odpowiednim rozwiązaniem?

Tak, to mogło być niekorzystne dla pacjentów, że było tak dużo respiratorów, ale to już inna historia.

To na wykresie to szczyt ludzi poddanych hospitalizacji?

To były przyjęcia do szpitala. Ludzie, którzy pojawili się w szpitalach.

Zatem przyjmujemy, że to, co się stało 18 marca, to średnia dla całej populacji?

Tak.

Lockdown w Nowym Jorku miał miejsce 18 marca. Zatem czy istnieje jakiś rozsądny powód, dla którego oficjalni doradcy medyczni, tacy jak Robert Redfield albo Anthony Fauci lub inni nie potrafili zrozumieć, że już byliśmy w czasie szczytu zachorowań, tym bardziej że następnego dnia widzieli, że liczba przyjęć malała? Co Pan o tym sądzi?

Nie mam zielonego pojęcia. Ponadto inne państwa odgrywały tutaj ważniejszą rolę, ponieważ Stany Zjednoczone były jeden tydzień za Europą. Wirusowi zajęło około tygodnia przedostanie się z Europy do Stanów Zjednoczonych, więc mogliśmy od razu zobaczyć, jak wyglądała epidemia w Europie i że w niektórych europejskich krajach już nastąpił jej szczyt, a sam wirus nie zachowuje się inaczej w Stanach Zjednoczonych niż w Europie.

Było zatem mnóstwo dowodów na to, że wirus zachowa się w USA dokładnie tak samo, jak w Chinach i w Korei Południowej, czyli że najpierw będzie szczyt zachorowań, a następnie ich spadek i koniec - zakończy się bez jakiegokolwiek interwencji, ponieważ interwencja w Chinach nastąpiła za późno. Oni nie wiedzieli jeszcze, co się święci, a rząd Korei Południowej był bardzo dumny z tego, że traktuje ludzi w taki sposób, jak powinien traktować rząd demokratyczny, nie nakładając na nich żadnych restrykcji, które nie są absolutnie potrzebne.

Zatem Korea Południowa - podobnie jak Szwecja, Islandia, Białoruś i inne kraje, nie zrobiła tego, co Stany Zjednoczone, czyli nie zamknęła całego państwa i nie powiedziała ludziom, żeby zostali w domu, izolując całe społeczeństwo.

Ale Korea Południowa wprowadziła w dużym stopniu coś na wzór orwellowskiego śledzenia kontaktów międzyludzkich, czyż nie?

To nie jest orwellowskie śledzenie kontaktów. Podążanie za osobami, potwierdzonymi przypadkami, by zobaczyć, z kim

się kontaktują, to coś, co zawsze było wprowadzane, by kontrolować epidemię. To również odniosło sukces w przypadku ospy i jest to bardzo rozsądne podejście. Ale mówienie, że dzieci powinny zostać w domu i że nie mogą iść do szkoły, że ludzie nie mogą wyjść na zewnątrz i zjeść posiłku, że nie powinni się spotykać - te wszystkie rzeczy nie są rozsądne.

Doktor John Ioannidis uważa, że Neil Ferguson i inni ludzie, którzy tak jak on zajmowali się modelowaniem, popełnili wielki błąd, rodzaj matematycznej katastrofy, ale że to była „uczciwa pomyłka”. Czy Pan też tak uważa, że to był niezamierzony błąd?

Nie.

Obliczenia Neila Fergusona zostały zakwestionowane dopiero przez badania z Oxfordu. Następnego dnia Ferguson oświadczył: „Zredukowałem swoje szacunki z pięciuset tysięcy w Anglii do dwudziestu tysięcy. Ale jest to efektem zachowywania społecznego dystansu”. Musiał przecież wiedzieć, że nie powinien tak mówić.

Nie znam jego charakteru. Mądrzy ludzie kwestionują sami siebie. A niektórzy nie są do tego zdolni. I to jest niebezpieczne.

To zdaje się niewiarygodnie i w sposób oczywisty nieszczerze. Nawet dla laika powiedzenie: „Och, mój model się zmienił, ale to dlatego, że byliśmy tacy

dobrzy przez ten jeden dzień", bo przecież dystansowanie społeczne trwato dopiero jeden dzień, a on już mówi!: „To skutek tego, że byliśmy tacy dobrzy". To przecież nie ma zupełnie sensu.

Tak, to nie ma sensu.

Co mogto zainspirować Neila Fergusona do dokonania takich oszacowań?

Nie mam pojęcia i nie lubię angażować się w teorie spiskowe. Jeżeli masz model, który daje sprzeczne rezultaty zaprzeczające wszystkiemu innemu, to wtedy kontaktujesz się z kolegami po fachu i mówisz: „Prześlij mi swój model i pozwól porównać z tym, co tutaj mamy, by zobaczyć, czy się zgadzamy i ustalić, co takiego sprawia, że mój model odbiega od Twojego".

Tak właśnie działa nauka. Wszyscy popełniamy błędy. Ale nie prezentujemy wyników bez dwukrotnego sprawdzenia z tym, co myślą o tym inni i co mówią ich modele, ponieważ jako naukowcy jesteśmy ludźmi i zawsze popełniamy błędy. Ale sprawdzamy to i wiemy, jak to sprawdzić,

Wydawałoby się, że zwłaszcza tutaj mamy do czynienia z przełomowym momentem, który wymaga bardzo dokładnego sprawdzenia i bardzo ostrożnej oceny ze strony innych naukowców. WHO wyszło 3,4% (śmiertelności z powodu koronawirusa - przyp. tłum.). Wtedy Neil Ferguson ogłosił swoje liczby... Nie wiem,

jaki procent **miał** on tutaj na myśli, ale oznaczało to dwa miliony zgonów w USA oraz pięćset tysięcy w Anglii.

Neil Ferguson wyszedł z obliczeniami, które byłyby totalnie poza skalą. Jeżeli Twoje wyniki są totalnie poza skalą, to sprawdzasz je jeszcze raz. Ale to dwukrotne sprawdzenie nigdy nie miało miejsca w przypadku tych modeli, ponieważ nie powinienes pomylić się o kilka rzędów wielkości. Można pomylić się o 10%, 20%, 30% lub 50%, ale...

Tak.

To są dwa rzędy, więcej niż dwa rzędy wielkości. Nawet najlepsze dystansowanie społeczne nie może zmienić czegoś o dwa rzędy wielkości. To oznaczałoby, że musiałbyś umieścić każdą osobę w pokoju z podciśnieniem i izolować ją tam. Jeśli zrobisz tak z dziesięcioma milionami Nowojorczyków, jeżeli umieścisz ich w pokojach z podciśnieniem, to wtedy możesz osiągnąć tak znaczną różnicę w wynikach. W innym przypadku nie ma takiej możliwości.

Wszystko, co możesz uzyskać, to stopniowa zmiana. Potwierdzają to dane, które zostały teraz opublikowane przez „New York Timesa” - wirus w dalszym ciągu się rozprzestrzenia, może trochę mniej, ale nie jest to zmiana dwóch rzędów wielkości w wynikach.

Czy, bazując na poprzednich doświadczeniach z kryzysami gospodarczymi, urzędnicy od spraw zdrowia nie powinni stosunkowo łatwo przewidzieć,

że lockdown spowoduje więcej dodatkowych zgonów niż wirus - na przykład w kwestii samobójstw?

Było wiadome każdemu, że zamknięcie spowoduje katastrofę. To w ogóle nie ulega wątpliwości. Jeżeli zamkniesz gospodarkę Stanów Zjednoczonych i innych krajów zachodniego świata, to sprawi to ogromne trudności na taką skalę, że ciężko to sobie wyobrazić. My tego jeszcze nie dostrzegamy. Przykładowo nie mamy jeszcze danych dotyczących samobójstw. Zatem nie widzimy jeszcze tych dwudziestu sześciu milionów ludzi w Stanach Zjednoczonych, którzy stracili pracę i biznesów, które upadły.

Mamy znaczne rozprzestrzenianie się wirusa, pomimo tego całego dystansowania się. Być może niektórzy ludzie zaczną wreszcie myśleć. Jeżeli wirus nadal się rozprzestrzenia mimo tego społecznego dystansowania się, to na ile jest ono efektywne? Nie jest skuteczne. Nie przynosi rezultatów. Zwalnia rozprzestrzenianie się, ale nie zapobiega mu.

Ale wtedy Pan usłyszysz: "Czy to nie pomaga w odciążaniu naszej służby zdrowia? Przecież **chodziło** o to, by spowolnić jego rozprzestrzenianie się".

Ale gdzie jest to obciążenie w naszej służbie zdrowia?

No więc Pan usłyszysz, że wprowadziliśmy dystansowanie się i dlatego nie było obciążenia.

Niebo nie zawaliło się nam na głowy.

A tak poważnie, jak by Pan na to odpowiedział?

Isolacja domów starców bytaby czymś, co zapobiegłoby zgonom i przeciążeniu szpitali. Natomiast niepozwolenie dzieciom i młodym dorosłym na zarażenie się, dzięki czemu uzyskaliby odporność, nie redukuje ryzyka zarażenia czy przeciążenia szpitali.

Wracając do epidemiologii, profesor Isaac Ben-Israel z Uniwersytetu w Tel Avivie niedawno stwierdził, że wirus się samoogranicza, osiągając szczyt po czterdziestu dniach, a następnie szybko spada, w dużej mierze znikając po siedemdziesięciu dniach i to bez względu na to, jakie zostały zastosowane interwencje. Czy to jest prawda? Dlaczego tak się dzieje?

Każdy wirus powodujący chorobę układu oddechowego tak się zachowuje. Czyli rozprzestrzenia się, ludzie się nim zarażają bądź są narażeni na zarażenie, co w większości przypadków przebiega bezobjawowo. Następnie zarażeni stają się odporni, w końcu więcej jest odpornych niż podatnych na zarażenie. W tym momencie epidemia wygasa i kończy się po kilku tygodniach.

Ale czy to się zdarza, nawet jeśli nie zarazisz osiemdziesięciu procent populacji?

Właśnie w ten sposób rodzaj ludzki przetrwał ostatnie sto tysięcy lat.

Wracając do pierwszej potowy marca albo uwzględniając tę datę, którą Pan uznał za szczyt przyjęć w szpitalach, który przypadł na 18 marca - co świadczy o tym, że musiał nastąpić wcześniej - czy w czasie szczytu infekcji i potem, kiedy zaczyna już opadać, to jest ten czas, w którym nabywamy odporność stadną? Czy to znaczy, że odporność stadna się zbliża?

Tak, zbliża się. O odporności stadnej mówimy wtedy, kiedy żadna zaimportowana infekcja nie powoduje już wtórnych infekcji. Na tym polega odporność stadna. Natomiast to, co widzimy tutaj, to budowanie odporności stadnej albo zbliżanie się do niej, o czym świadczy to, że proporcja ludzi, którzy są odporni, wzrasta.

Co jest tak naprawdę potrzebne do tego? Trzy tygodnie temu powiedziałem, że to 80% populacji. To zależy od podstawowej liczby odtwarzania R_0 , której my nie znamy. Równie dobrze może być tak, że R_0 jest trochę niższe niż 2,2, które przyjąłem w tamtym czasie. Może wynosi tylko 1,8. Wtedy potrzebowalibyśmy tylko 60% albo 70%.

Najważniejsze jednak jest to, że proces ten zaczął się bardzo wcześnie. I to jest wiedza powszechna. Tak właśnie się dzieje ze wszystkimi chorobami układu oddechowego. Zatem nawet gdyby to była grypa, na którą nie mamy szczepionki, to ona przychodzi, zostaje przez dwa, trzy lub cztery tygodnie i znika. Zatem myślę, że on jest dużym pesymistą, mówiąc, że epidemia trwa siedemdziesiąt dni. To obejmuje skrajne końce przebiegu epidemii, gdzie tak naprawdę nic nie widać.

Jeśli wziąć pod uwagę okres, w którym rejestrujemy takie przypadki, to wydaje mi się, że trwa on raczej połowę tego czasu. Ale to i tak nie ma znaczenia, bo najważniejsze jest to, że wszyscy epidemiolodzy się z tym zgadzają. Nie znam nikogo, kto mógłby się nie zgodzić z tym, że właśnie tak wygląda przebieg wszystkich chorób układu oddechowego - dostają się do populacji, rozprzestrzeniają i znikają.

Skoro wspomniał Pan o wielkości R_0 , mam informację od nauczyciela nauk ścisłych z Anglii. Czy ma on rację, mówiąc, że R_0 o wartości 2,2 potrzebuje około 50% osób z odpornością, żebyśmy uzyskali odporność stadną? Czyli, innymi słowy, czy potrzebujemy mniej ludzi z R_0 równym 2,2?

Nie chcę wchodzić tutaj w tę dyskusję, ponieważ jednym z problemów jest to, że zakłada się, że mamy do czynienia z jednorodną populacją, a populacja nie jest jednorodna. Jeżeli chcesz coś zrobić, bazując na niejednorodnej populacji, wtedy niektóre rzeczy ulegają nieznacznej zmianie, ale nie fundamentalnie. Najważniejsze jest to, że nie trzeba nic robić, żeby zapobiec rozprzestrzenianiu się choroby układu oddechowego.

Natomiast to, co powinniśmy robić, a co nie zostało zrobione w Stanach Zjednoczonych, to chronienie osób starszych. Bazując na tym, co działo się we Włoszech, wiedzieliśmy już, że ogromna większość ludzi, którzy umierają, to osoby siedemdziesięcioletnie, osiemdziesięcioletnie

i dziewięćdziesięcioletnie, które miały choroby współistniejące. Zatem nie było niczym zaskakującym, kiedy zdarzyło się to również w Seattle. Bardzo wcześnie doświadczyliśmy w Seattle tego, że kilka osób starszych z chorobami współistniejącymi zmarło w domu opieki. W tamtym czasie powinniśmy przynajmniej odizolować te domy opieki oraz zapłacić pielęgniarcom i innym osobom tam pracującym za nadgodziny, by zostali tam na trzy czy cztery tygodnie. Przepraszam, łamie mi się głos, ponieważ uważam, że to jest tragedia. Zmarnowaliśmy tę szansę.

Zamiast tego ludzie zaczęli izolować dzieci, które w ogóle nie były w grupie ryzyka. Dalej nie wiemy, czy dzieci się zarażają czy nie, a jeżeli tak, to nigdy, praktycznie nigdy fenotyp u nich się nie rozwija. Izolować kogoś, kto nie jest w grupie ryzyka i narażać na ryzyko tych, którzy są w tej grupie, to katastrofa. To ludzka tragedia, która nigdy, przenigdy nie powinna była się wydarzyć. Jeśli ludzie mówią, że nie mają pieniędzy na to - za dwa biliony dolarów można opłacić wiele nadgodzin. Można było zrobić milionerów z tych wszystkich ludzi. I jeszcze dużo pieniędzy by zostało. Wtedy rzeczywiście byśmy zapobiegli dostaniu się wirusa do domów opieki i zabiciu tych, którzy byli na to najbardziej narażeni.

Jak Pan sugeruje, nawiązując do faktu, że niewystarczająco ochroniliśmy starsze osoby, jedyne, co zrobiliśmy, to spowolniliśmy rozprzestrzenianie się odporności stadnej.

Tak. To oznacza, że w ten sposób zwiększyliśmy ryzyko, że osoby starsze zostaną zarażone, ponieważ nie możesz się izolować przez dłuższy czas. Izolacja na krótki czas jest prosta, ale na dłuższą metę... Jesteśmy tylko ludźmi, dziadkowie chcą widzieć swoje wnuki.

Zatem oni teraz znajdują się w takiej trudnej sytuacji, ponieważ odporność zbiorowa jeszcze całkowicie się nie **wykształciła**. Osoby te wrócą teraz do normalności, a wirus ciągle będzie.

Wirus jest wciąż obecny, więc nadal musimy izolować osoby starsze. Nie jest tera/ wcale lepiej. Także czas, który minął, został zmarnowany. Ciągłe musimy zrobić więcej, ponieważ epidemia, która teraz nadchodzi, nie będzie tak wysoka, ale szersza. Zatem czas, w którym starsze osoby przebywające w domach opieki będą musiały być izolowane, będzie dłuższy, niż mogłby być.

Czy nie można tego jakoś obejść?

Nie. Jediną rzeczą, którą musimy zrobić, jest to, co powinniśmy byli zrobić w pierwszej kolejności, czyli pozostawić otwarte szkoły i biznesy oraz izolować starsze osoby.

I osoby z obniżoną odpornością?

Tak, i osoby z obniżoną odpornością. To jest po prostu czas stracony, straciliśmy mnóstwo czasu, pieniędzy, istnień - mnóstwo wszystkiego.

A co z ludźmi, którzy mają poniżej sześćdziesięciu pięciu lat i mają choroby współistniejące, których nawet nie są świadomi? Jakby Pan rozwiązał tę kwestię na przykład w przypadku profesorów uniwersyteckich, jeżeli szkoty pozostaną otwarte, a profesorowie to często ludzie starsi? Jakby Pan poradził sobie z taką sytuacją?

Zdrowi starsi ludzie, włączając w to księcia Karola, poradzili sobie całkiem nieźle. Tak naprawdę to choroby towarzyszące w połączeniu z zaawansowanym wiekiem stwarzają problem. Na przykład ja mam astmę, która jest bardzo dobrze kontrolowana, więc się za bardzo nie boję. Ale jeżeli ktoś ma cięższy przypadek astmy, to może to stanowić zagrożenie. Jednak ci ludzie, którzy mają tego typu poważne choroby, są tego świadomi. To nie jest tak, że ma Pan jakiś poważny problem zdrowotny, a zarazem nie ma o nim pojęcia. To jest niezmiernie rzadkie zjawisko.

A czy dla matych dzieci wirus atakujący drogi oddechowe może być niebezpieczny?

Niespecjalnie. Czasami zdarza się wirus, który atakuje również młodsze osoby. Po pierwsze dzieci mają wrodzoną odporność, ponieważ nie miały jeszcze czasu czy okazji, żeby rozwinąć odporność adaptacyjną tam, gdzie my mamy antyciała przeciw konkretnym chorobom. Ale posiadają za to system odpornościowy, który jest przygotowany

na choroby i wirusy, na które nie mają odporności i zwykle sobie z tym dobrze radzą. Zatem choroby wieku dziecięcego nie stwarzają tak wielu problemów.

Nie szczepimy dzieci przeciwko różyczce, dlatego że różyczka jest taką straszną chorobą dla dzieci, ale szczepimy je przeciwko różyczce, dlatego że nie chcemy, żeby kobiety, które są w ciąży, się zaraziły, a nie mając odporności na tę chorobę, doświadczyłyby jej skutków ubocznych albo tych, które Agatha Christie opisała w swojej książce „Zwierciadło pęka w odłamków stos”.

Zdaje się, że na wczorajszej konferencji prasowej jedna z Pana sugestii została pozytywnie przyjęta przez doradców prezydenckich. Dotyczyła ona tego, że stonce, upał i przebywanie na zewnątrz może w cudzysłowie zabić wirusa.

Ale Bili Gates w swoich ostatnich notkach na temat pandemii pisze, że prawie wszystkie wirusy wywołujące choroby układu oddechowego, czyli grupa, do której należy COVID-19, są sezonowe, co znaczy, że jest mniej zakażeń podczas lata, co może uśpić naszą czujność, kiedy nadejdzie jesień. To jest kwestia stopnia, ponieważ widzimy, jak ten nowy koronawirus rozprzestrzenia się w Australii i innych miejscach południowej półkuli, gdzie pory roku są odwrotne do naszych. My już wiemy, że ten wirus nie jest sezonowy tak jak grypa. Co Pan na to?

Tak naprawdę nie ma znaczenia, czy jest sezonowy czy nie. Wygląda na to, że jest sezonowy na półkuli północnej. Ja również nie podejrzewałem tego, co teraz dzieje się w Australii. Tam też była epidemia, ale również nie trwała długo i się zakończyła. Ważną rzeczą jest to, jak powiedział mój kolega Isaac Ben-Israel, że bez względu na to, gdzie rozprzestrzeniają się choroby układu oddechowego, to i tak nie trwa to bardzo długo. Znikają po stosunkowo krótkim, dającym się przewidzieć czasie.

To nie ma nic wspólnego z pogodą. Prawdą jest to, że większość epidemii zaczyna się w zimie, gdy jest zimno, ale to nie znaczy, że nie mogą się zdarzyć, pod pewnymi warunkami, również latem. Nie wiemy tego.

Bili Gates nie jest lekarzem ani epidemiologiem i, nawiasem mówiąc, myślę, że powinniśmy w tym miejscu zrobić wzmiankę na temat jego komputerowego systemu operacyjnego.

Myślę, że na pewno zna się na rozprzestrzenianiu się systemów operacyjnych.

Które są notorycznie narażone na codzienne ataki wirusów. Czy ma Pan jakieś przemyślenia, dlaczego świat zdaje się podążać za nim podczas tego kryzysu?

Nigdy nie słyszałem o nim jako epidemiologu ani nie czytałem jego publikacji w dziedzinie epidemiologii, ale być może przeoczyłem jego kwalifikacje w tym zakresie.

Dlaczego zatem każdego wieczora widzimy go w wiadomościach, gdzie mówi nam, co powinniśmy robić i jak. Powiem Panu, co jeszcze **mówił** - powiedział min., że: „Każdy dodatkowy miesiąc oczekiwania na szczepionkę to miesiąc, w którym gospodarka nie może wrócić na dotychczasowe tory". Zgadza się Pan z tym stwierdzeniem?

Nie. To jest absurd, to nie ma nic wspólnego z rzeczywistością. Żaden epidemiolog nigdy by nie powiedział czegoś takiego, to znaczy z jednym wyjątkiem. Mamy jedną osobę, która nazywa siebie epidemiologiem i jest tak postrzegana w Wielkiej Brytanii, która też wygłasza takie stwierdzenia.

Mówi Pan o Neiiu Fergusonie?

Tak, mówię o Neilu Fergusonie. Wirusa już nie ma. Po co nam szczepionka?

I Pan jest **proszczepionkowy**? Nie jest Pan przeciwno szczepieniom?

Nie jestem przeciwno szczepieniom. Szczepię się każdego roku i jak będzie szczepionka na koronawirusa, to ją też przyjmę, jeżeli będzie przetestowana i bezpieczna. Nie widzę żadnych przeciwwskazań, żeby jej nie przyjąć. Ale tutaj mamy szczególny rodzaj wirusa, który rozprzestrzenia się wśród ludzi, jak wszystkie wirusy powodujące choroby układu oddechowego przez kilka tygodni i następnie znika. Dlaczego mielibyśmy zmienić nasze zachowania na zawsze? To nie ma sensu.

I nie potrzebujemy koniecznie szczepionki, żeby wrócić do normalności?

Nie potrzebujemy szczepionki, żeby wrócić do normalnego życia. Szkoda mi Billa Gatesa, ale nie potrzebujemy szczepionki. Miło ją mieć na wypadek, gdyby ten wirus ponownie powrócił. Ale czy potrzebujemy jej teraz? Nie. Nie potrzebujemy szczepionki, ponieważ widzimy już rozwój odporności stadnej. W ciągu dwóch albo trzech tygodni, a być może to już się dzieje, osiągniemy odporność stadną i to się skończy.

Bili Gates, Donald Tramp oraz doktorzy: Anthony Fauci, Maison Birks i Neil Ferguson z Imperiał College wierzą, że lockdown był niezbędny. Tramp powtórzył w tym tygodniu, że w USA zmarłoby od jednego do dwóch miliona osób, gdyby nie lockdown.

Z drugiej strony są tacy ludzie, jak doktor Sucharit **Bhakdi**, stawny niemiecki ekspert chorób zakaźnych, który nazwał środki wprowadzone w Niemczech, mające zapobiec rozprzestrzenianiu się **COVID-19**, groteskowymi, absurdalnymi i bardzo niebezpiecznymi.

W ich efekcie poziom życia milionów ludzi został zrujnowany. Wptyw, jaki wywarło to na gospodarkę, nazwał przerażającym i powiedział, że: „Wszystkie te działania prowadzące do autodestrukcji i zbiorowego samobójstwa są oparte na niczym więcej jak na spekulacjach”. Wiem, że już o tym mówiliśmy, ale powinienem Pana spytać, z którym **stanowiskiem** się Pan zgadza i dlaczego?

Zgadzam się z całego serca z doktorem Sucharitem Bhakdim. Zgadzam się ze szwedzkim rządem, z Johnem Ioannidesem oraz z większością ludzi, o których czytałem, w tym z Isaacem Ben-Israelem. Nie wiem, gdzie rząd znajduje tych tak zwanych ekspertów, którzy wyraźnie zupełnie nie rozumieją podstawowych zasad epidemiologii.

Już rozmawialiśmy o Nowym Jorku. Są kolejne dwa ważne badania, które ostatnio się pojawiły - pierwsze w hrabstwie Santa Clara w Kalifornii, a drugie w hrabstwie LA. Badania z Santa Clara dotyczące serologicznych testów na przeciwciała wskazują na to, że było prawdopodobnie okolo pięćdziesięciu do osiemdziesięciu pięciu razy więcej zainfekowanych osób niż zgłoszonych przypadków, zazwyczaj bezobjawowych. Czy mógłby Pan skomentować ich testy i powiedzieć, co to oznacza dla reszty kraju?

Jak widzimy teraz pierwszym, jednym z najbardziej dotkniętych wirusem miast był chyba Heinsberg w Niemczech, gdzie około trzech tygodni temu, jeżeli dobrze pamiętam, robiono badania, w czasie których uzyskano piętnaście procent seropozytywnych.

Tydzień później otrzymaliśmy dane z Kalifornii, gdzie było ich pięć procent, a teraz te z Nowego Jorku, gdzie jest dwadzieścia jeden procent osób seropozytywnych. Tym samym mamy dowody na to, wszędzie na świecie, gdzie były robione testy, ludzie wytwarzają przeciwciała.

Co to oznacza? To oznacza, że ludzie zarażają się, w efekcie czego wirus dostaje się do niektórych komórek, które produkują część DNA wirusa na swojej powierzchni, a następnie odczytuje to system immunologiczny.

Systemowi odpornościowemu zajmuje około tygodnia wytworzenie przeciwciał, które następnie wiążą się z komórkami produkującymi DNA tego wirusa albo RNA. Wtedy wszystkie te komórki zostają zabite przez system odpornościowy, co powoduje rozwój fenotypu, którego doświadczamy bezpośrednio, gdyż właśnie to powoduje ból gardła, kasztanie i wszystkie inne skutki, które widzimy.

To nie wirus sam w sobie, lecz system odpornościowy, burza cytokin, jakkolwiek by tego nie nazwać, atakuje komórki, a to zbyt intensywne zaatakowanie komórek, które są zarażone, powoduje te problemy.

Dlaczego rząd federalny nie przeprowadzi! zrandomizowanych testów serologicznych znacznie wcześniej?

To byłoby rozsądne.

A czy przychodzi Panu na myśl jakiś rozsądny powód, dlaczego tak nie zrobili?

Nie mam pewności, czy właśnie ten test na przeciwciała był dostępny w tamtym czasie. Jednak myślę, że gdyby wyśiłki w celu przeprowadzania testów PCR na aktywnego wirusa spożytkować na testy na przeciwciała, to byłibyśmy

w stanie o wiele wcześniej podejmować trafne polityczne decyzje. Mielibyśmy dane.

To jeden z przykładów, który wspomniałem podczas naszej poprzedniej rozmowy. Różnica w sposobie myślenia lekarzy i epidemiologów jest fundamentalna. Lekarze widzą indywidualnego pacjenta i chcą zrobić wszystko, co najlepsze dla niego. I myślą, że byłoby dobrze, gdyby dokładnie wiedzieli, czy ten pacjent jest zainfekowany przez konkretnego wirusa. Nie żeby to robiło jakąś dużą różnicę, ale byłoby miło wiedzieć. I ja to rozumiem.

Natomiast epidemiolog powie: „Chcemy wiedzieć, jaki procent populacji już wytworzył przeciwciała, a więc jest odporny na wirusa, tak byśmy wiedzieli, jakie decyzje strategiczne powinny być podjęte. Czy konieczne jest zamknięcie państwa? Czy w ogóle jest to niepotrzebne?”. Do tego potrzebujemy testów na przeciwciała. Tym samym testy na wirusa i na przeciwciała służą różnym celom. Potrzebujemy ludzi różnych zawodów i z różnym doświadczeniem, żeby mieć pewność, że obie strony zostaną wysłuchane. Ta grypa nie różniła się niczym od innych gryp. Dlaczego mielibyśmy nagle stwierdzić: „Och nie! Musimy zmienić swoje dotychczasowe życie na zawsze!”?

Ale co z ludźmi, którzy twierdzą, że ta choroba jest o wiele bardziej intensywna? Są dwie kwestie, po pierwsze wygląda na to, że dotyka ona nagle z dużym nasileniem takich miejscach jak Nowy Jork, po drugie

jej objawy są w niektórych wypadkach na swój sposób bardziej przerażające niż zwykłej grypy, na przykład patrząc na procent ludzi, którzy wyzdrowieli. Jak Pan odpowie na zarzut, że pod tymi dwoma względami ta choroba jest inna?

Nic nie wskazuje na to, że jest fundamentalnie inna od każdej innej grypy. Szpitale w Nowym Jorku były gotowe sobie z tym poradzić. Statek szpitalny, Javits Center - wszystko to było niepotrzebne. Mieliśmy wystarczająco dużo respiratorów. Ludzie się bali, że coś się wydarzy, ale to się nie stało.

Jednak słyszy się od lekarzy, którzy byli bezpośrednio w to zaangażowani, oraz od pielęgniarek różne tragiczne, smutne historie o tym, co się dzieje.

Zawsze będą gdzieś na świecie jakieś pojedyncze miejsca, gdzie niektóre osoby będą doświadczały czegoś dramatycznego. To się zdarza. Natomiast według mnie złe jest to, że dla mediów tylko zła wiadomość jest dobrą wiadomością. Dlatego wybrali te pojedyncze przypadki związane z czymś osobistymi, bardzo emocjonalnymi przeżyciami.

Nie mówię, że to się nie wydarzało, ale że nie jest reprezentatywne, nietypowe. Wciąż zdarzają się jakieś tragiczne historie, jedne tu, drugie tam. To się zdarza. Ale nie przedstawiamy życia swoim życiem, dlatego że w tym albo innym miejscu na świecie wydarzyło się coś złego. Wyciągamy z tego wnioski, staramy się zapobiec, żeby nie powtórzyło

się znowu, ale nie mówimy: „Och nie, teraz musimy zmienić całe nasze życie, ponieważ podczas sezonu grypowego zdarzyła się grypa”.

Bardzo to zagmatwane.

Dlaczego? Dla mnie nie.

Nie, to bardzo zagmatwane. Mam na myśli to, że trudno zrozumieć, dlaczego coś, co powinno być sezonowym zdarzeniem, wywołuje taką reakcję.

Myślę, że to skutek uboczny internetu, plotek rozprzestrzeniających się w sieci z niesłychaną prędkością. Normalne mechanizmy kontroli oparte na faktach nie zadziałały, przynajmniej nie z tą prędkością. Dlatego jest o wiele więcej lęku wśród ludzi, a lęk jest niebezpieczną rzeczą.

Jak przygnębiająca nie byłaby interpretacja tych zdarzeń, to z drugiej strony przynosi to wiele korzyści niektórym grupom, jak na przykład ludziom, którzy są dofinansowywani na Wall Street.

Jestem pewny, że pewni ludzie na tym zyskali. Niektórzy wiedzieli z wyprzedzeniem, co się będzie działo. Mam na myśli ten krytyczny okres w marcu, kiedy prezydent otrzymywał rady od różnych ludzi. Niektórzy spośród tych, którzy mu doradzali, mogli mieć jakąś wiedzę na ten temat, której nie mieli inni i dlatego mogli działać w oparciu o nią.

Ale kto może skorzystać na idei, że być może życie już nigdy nie będzie takie samo jak dawniej? Kto na tym korzysta?

Nie wiem. Mogę zrozumieć ludzi, którzy na tym korzystają i mówią: „Właśnie przekonaliśmy prezydenta, że rynek i giełda idą w górę i jeżeli zamknie się gospodarkę, a my w tym samym czasie zagramy krótkoterminowo, to wtedy na tym skorzystamy”. Potrafię to zrozumieć, natomiast nie wyobrażam sobie, żeby ktoś zyskał na mówieniu: „Teraz musimy zmienić całe nasze życie”.

A co z Anthonym Faucim, który mówi, że nigdy już nie będziemy podawać sobie ręki. Co Pan o tym myśli?

To gówno prawda. Także w tym przypadku nie widzę nikogo, kto mógłby skorzystać na tym, że ludzie przestali by podawać sobie ręce. Być może kilka wirusów nie będzie się wówczas rozprzestrzeniało, więc ostatecznie będziemy mieć trochę mniej zakażeń grypą, jeśli nie będziemy podawać sobie ręki... Wielkie rzeczy! Do tej pory wszyscy jakoś przeżyliśmy, podając sobie ręce i prawdopodobnie tak by się działo przez następnych kilka tysięcy lat.

To bardzo smutne, jak się pomyśli, że pewne rytualne formy ludzkiego kontaktu, mam na myśli gesty, które w Europie są symbolem bliskości i życzliwości, takie jak całowanie w policzek i temu podobne, są teraz atakowane w myśl tej nowej normalności!

Nawet doktor Strangelove martwił się wymianą płynów fizjologicznych. Widzę, że to zaczyna stanowić problem. Może powinniśmy całkowicie tego zakazać, a tym samym położyć kres istnieniu ludzkiej rasy, tylko dlatego że mamy tutaj grype.

Pomówmy o przypadku Szwecji. Większość mainstreamowych mediów przychyła się do opinii, że to lekkomyślne podejście prowadzące do katastrofy. Tymczasem właśnie otrzymaliśmy raport od szwedzko-**-amerykańskiego** reportera, który ujawnił, że na ich ostatniej konferencji prasowej główny lekarz rządowy powiedział, że krzywa jest bardzo ptaska, zwłaszcza od początku kwietnia. I to jest bardzo dobra wiadomość, gdyż w Sztokholmie nie ma w ogóle wzrostu liczby przypadków. Jak Pan skomentuje podejście Szwedów? Co ono nam mówi?

Podjście Szwedów mówi nam, że ta epidemia choroby układu oddechowego zachowuje się jak każda inna epidemia chorób układu oddechowego i nie wymaga drakońskich środków, które zostały wprowadzone w wielu krajach na świecie.

To, co się dzieje w Szwecji, nie różni się fundamentalnie od tego, co ma miejsce w Stanach Zjednoczonych. Bez względu na to, czy liczby są trochę większe czy trochę mniejsze, to nic robi to wielkiej różnicy. A w Szwecji przynajmniej ludzie nie zostali bez pracy, nie postawiono gospodarki pod ścianą. Tak też nie zrobiły Chiny, Myślę,

że Chiny zyskają wiele na tym, że Stany Zjednoczone zablokowały swoją gospodarkę, ponieważ mają teraz szansę na to, by na tym zyskać.

Ostatnim razem wspomniał Pan o tym, że lockdown niemal gwarantuje drugą falę. W czasie szwedzkiej konferencji, którą przetłumaczyliśmy dzięki Pani Cecylii Faber, minister zdrowia powiedział coś, co Pan mówił wcześniej na temat krajów, w których ogłoszono lockdown: „Kiedy się wprowadza totalny lockdown, zawsze istnieje obawa, że nastąpi nagły skok wielu przypadków, w efekcie którego wielu ludzi, którzy nie zostali wcześniej zainfekowani, stanie się nimi. W Szwecji przez cały czas wirus rozprzestrzenia się powoli, prawdopodobnie tak samo jest w tamtejszych szkołach, co znaczy, że nie musimy się martwić nagłymi skokami”.

Zatem co to znaczy dla nas, którzy mieliśmy ten totalny rodzaj lockdownu w kwestii wychodzenia z niego? Czy będziemy obserwować te nagłe skoki? Czy będziemy widzieć te dodatkowe fale z powodu lockdownu?

Trzy tygodnie temu obawiałem się tego, przypuszczając, że może się to zdarzyć. Natomiast teraz widzimy, że ludzie zarażają się pomimo wszystko, więc mamy obecnie przynajmniej dwadzieścia pięć procent osób w Nowym Jorku, które już są odporne.

Zatem nawet gdybyśmy teraz przerwali lockdown, to posiadanie w populacji dwudziestu pięciu procent odpornych

jest bardzo skuteczną barierą przeciwko szybkiemu rozprzestrzenianiu się wirusa. Zatem możliwe, że nastąpi ponowny wzrost, ale będzie on bardzo niski i potrwa trochę czasu. Tym samym będziemy mieć płaską krzywą tego wzrostu, która nie będzie miała większego wpływu na zdrowie oraz inne wskaźniki.

Mówi nam się, że nie wiadomo, czy nawet po wytworzeniu się przeciwciał będziemy odporni. Czy to nie stoi w jawnej sprzeczności do Immunologii I istoty samych szczepień?

Nie wiem. Czy jeśli wyskoczę przez okno, to zginę od razu, gdy tylko uderzę w ulicę? Nie wiem, ponieważ jeszcze nigdy tego nie robiłem. Ale doświadczenie mi podpowiada, że większość ludzi, którzy wyskakują przez okno z czwartego, piątego czy szóstego piętra, ginie. Taką samą sytuację mamy tutaj. Wiemy, jak dotychczas zachowywały się wszystkie inne wirusy wywołujące choroby układu oddechowego i nie ma powodu, by wierzyć, że ten wirus, będzie fundamentalnie inny od innych wirusów wywołujących chorobę układu oddechowego, wliczając w to koronawirusy, które bardzo dobrze znamy.

To, co dla mnie jest dziwne i zupełnie nielogiczne, to to, że teraz ciągle słyszymy jak mantrę słowa, że już nigdy nie wrócimy do tego, co było wcześniej. A ja myślę o tym i mówię: „Dlaczego nie?”. Jeśli wirusa nie ma, to możemy wracać, tak jak w „Dżumie” Alberta Camusa. Skończyło się

i wracamy do normalności. Dlaczego ludzie mówią: „Nigdy nie będzie tak jak było wcześniej”? Nie widzę żadnego powodu. Była dżuma, to było straszne, ale się skończyła. Wracajmy i żyjmy normalnie.

Dlaczego, jak Pan myśli, tak mówią?

Nie mam pojęcia. Wiem tylko, że to nie ma sensu. Jeżeli myślisz, że społeczne dystansowanie się jest uzasadnione, podczas gdy wirus krąży wokół nas, to nie zgadzam się z tym. Jeżeli tak myślisz, to w porządku, dystansuj się społecznie. Ale gdy wirusa nie będzie, to po co to kontynuować? Dlaczego nie wrócić do normalnego życia?

Ostatnim razem nawiązał Pan do rzekomych zgonów przypisanych **COVID-19**, które wyjęto jak królika z kapelusza we Francji i w Niemczech, a które przyczyniły się do wzrostu przekonania, że nastąpi nagły skok przypadków. Niedawno nam w Nowym Jorku powiedziano, że dodano do rejestrów cztery tysiące, nazwijmy je, pozornych przypadków zgonów na COVID.

Po pierwsze, co Pan myśli o tym postępowaniu? Po drugie, jak oni to robili? Zostaliśmy zapewnieni, że liczenie było bardzo dokładne, ale wydaje mi się, że to jest arbitralne. Co Pan o tym myśli?

Nie widziałem innego miejsca, w którym dane są tak chaotycznej jak w Nowym Jorku, być może z wyjątkiem Niemiec, które także dużo spieprzyły.

A co Pan myśli o CDC I wskazaniach WHO, by *a priori* zakładać COVID-19 podczas określania przyczyny zgonu?

To jest jeden ze sposobów, by sztucznie zawyżyć liczby, by chronić *glutem mwcimus* polityków. Nie widzę żadnego powodu, by wpisywać w karcie zgonu coś, co nie byk) przyczyną śmierci.

Albo coś, czego nie wiesz, jeśli rzeczywiście nie wiesz, co to jest.

Tak, kiedy nie wiesz.

To nas prowadzi do pytania, czy pojawienie się pandemii nie zostato wykreowane przez błędne, a może nawet sfałszowane testy oraz niestandardowe procedury przy opisie przyczyn zgonu? Czy to możliwe, że to miało miejsce w przypadku COYID-19?

Nie jestem, muszę przyznać, pewny, jaka aktualnie obowiązuje definicja pandemii, ponieważ to również się ostatnio zmieniło. Jednak jest to choroba, która rozprzestrzenienia się na całym świecie. Zatem można powiedzieć, że to jest pandemia. Pytanie nie brzmi, czy mamy pandemię, lecz co z tym zrobimy? Albo czego nie zrobimy.

Czyli zgadzamy się co do tego, że mamy tu do czynienia z czymś nowym, że rozprzestrzenienia się jakiś nowy rodzaj koronawirusa, ale, biorąc pod uwagę

procedury opisywania przyczyn zgonu oraz problemy z testami PCR i włączając w to skażone testy, wygląda na to, że liczby powiązane z tą pandemią znacznie się różnią od tych realnych.

Po pierwsze proszę pozwolić mi skomentować kwestię „nowego wirusa”. Każdy wirus, który się rozprzestrzenia, jest nowy. Gdyby nie był nowy, to by się nie rozprzestrzeniał, ponieważ wtedy mielibyśmy przeciwciała przeciw niemu. Zatem to, że jest to nowy wirus, nie jest niczym nowym. Taki jest ustalony porządek, to zdarza się każdego roku.

W tym roku mieliśmy trzy fale różnych typów wirusów, ale gdy przyjrzymy się temu dokładnie, to zobaczymy, że epidemie grypy B i grypy A, które mieliśmy przed epidemią CCWIDU, także były zapewne spowodowane nowymi wariantami tych wirusów.

Czy ten wirus jest bardziej zaraźliwy niż grypa?

Nie mamy dowodów na to, że są jakieś fundamentalne różnice związane z jego zaraźliwością poza tym, że jedynym dowodem, a właściwie jedynym odkryciem, jest to, że w przypadku niektórych krajów ten wirus jest bardziej zabójczy dla osób starszych, niż zazwyczaj są wirusy grypy i tak może rzeczywiście być.

Czy za zachowywaniem odległości wprowadzonym w ramach społecznego dystansowania się stoi jakkolwiek nauka? Czy to ma być sześć stóp? Czy może

siedem lub pięć? Albo kwestia noszenia maseczek oraz nieużywania gotówki. Czy jest to naukowo uzasadnione? Co Pan wie na ten temat?

Każde twierdzenie dotyczące zbioru pustego jest prawdziwe.

To musi być żart epidemiologiczny!

Nie, to jest żart matematyczny! Nie stoi za tym żadna nauka. Nie ma żadnej nauki, która mówiłaby nam, że dystans społeczny jest skuteczny. Nie mamy żadnego porównania. Możemy jedynie porównać naszą sytuację z krajami takimi jak Szwecja, Islandia, Korea Południowa czy Białoruś. Nie wydaje się, żeby była duża różnica między nimi. Zatem jakikolwiek jest skutek tego dystansowania się, to jest bardzo mało prawdopodobne, by miało ono duży wpływ.

Jeżeli ludzie byliby bardziej aktywni, jeżeli braliby udział w decyzjach politycznych oraz byliby bardziej świadomi i walczyliby o swoje demokratyczne prawa, to to nigdy by się nie wydarzyło. To porażka ludzi kontrolowanych przez rząd, którzy pozwolili na to, by on ich kontrolował.

Zadam teraz ostatnie pytanie. Co według Pana powinniśmy teraz robić? Wygląda na to, że im bardziej **płaska** staje się krzywa I im mniej jest zgonów, tym więcej jest wdrażanych obostrzeń. Właśnie zostaliśmy poproszeni przez naszego burmistrza, by donosić na obywateli, którzy nie przestrzegają zasad społecznego

dystansowania się. Nakazuje się nam noszenie masek na ulicach. Nieważne, gdzie jesteśmy i co robimy. Co Pan o tym wszystkim myśli? Jak powinniśmy na to reagować?

To jest głupie. To, co powinniśmy zrobić natychmiast, kiedy już wiemy, że przynajmniej do pewnego stopnia rozwinęliśmy odporność stadną pomimo społecznego dystansowania się znacznej części społeczeństwa, to najpóźniej na wczoraj otworzyć szkoły i biznesy. Nie ma zupełnie żadnego powodu, by czekać.

Najgorsze, co mogłoby się wydarzyć, to to, że będziemy mieć mały wzrost przypadków, który nie będzie katastrofalny i nie przeciąży szpitali, tak że będzie ich mniej niż do tej pory. Natomiast wszystko to, co robimy, jest o wiele gorsze niż to, co mogłoby się wydarzyć, jeśli, powiedzmy, będziemy mieli następne dziesięć lub dwadzieścia tysięcy przypadków. Tak może być! To nie jest koniec świata.

Powinniśmy wrócić do bycia silną gospodarką, do pracy, do życia towarzyskiego, pozwolić dzieciom się uczyć, czyli robić to wszystko, co nasze społeczeństwo powinno robić. Lockdown nie przynosi żadnego pożytku, ma tylko negatywne konsekwencje.

Dziękuję.



9. PAWEŁ KLIMCZEWSKI

9.1 „Epidemia” w Polsce statystycznie niewidoczna

7 czerwca 2020

Matematyczne modelowanie przebiegu sezonowych zakażeń wirusowych

Zakażenia wirusowe przenoszone drogą kropelkową są stałym zjawiskiem w populacji ludzkiej i mają cykliczny, sezonowy charakter z uwzględnieniem szczytów w miesiącach zimowych. Zazwyczaj ich przebieg można opisać za pomocą matematycznego modelu SEIR, w którym większość populacji przechodzi przez wszystkie cztery fazy cyklu: S, E, I, R (*susceptible, exposed, infectious, recovered*), przyczym:

- S to część osób podatnych (zdolnych do zarażenia się chorobą),

- * E to część osób narażonych (tych, którzy zostali zarażeni, ale jeszcze nie są zakaźni),
- * I to część osób zakaźnych (zdolnych do przenoszenia choroby),
- * R to część odzyskanych osobników (tych, którzy stali się odporni).

Mimo że praktycznie nienotowane są zarażenia COVID-19 wywołujące stany chorobowe u dzieci, w tym opracowaniu za populację przyjęto wszystkich mieszkańców Polski, umownie ustalając ich liczbę na 36 mln osób, a nie na 38 mln z uwagi na brak szczegółowych danych o migracjach mających miejsce w tym okresie. Dlatego za właściwą liczbę przyjęto stosowaną w praktyce rynkowej liczbę konsumentów zamieszkujących Polskę.

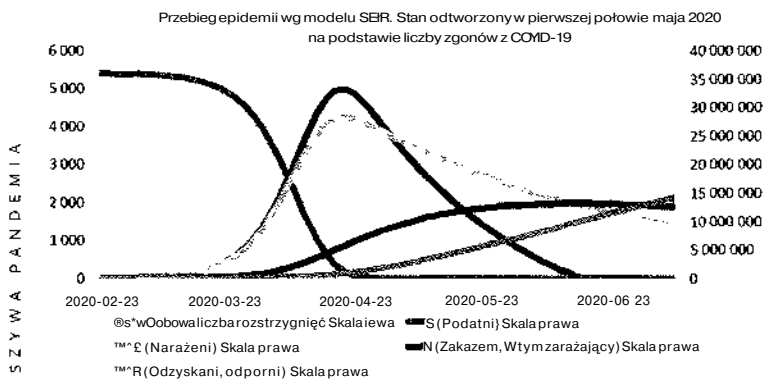
W Polsce oficjalnie jest 38,4 mln obywateli. Wielomilionowe grupy naszych rodaków przebywają na stałej lub okresowej emigracji. Na ich miejsce przybywają coraz to większe grupy imigrantów, których obecność ma oczywisty wpływ na zjawiska rynkowe i epidemiologiczne. Zjawiska te nie są dobrze opisane w oficjalnych statystykach, dlatego też na podstawie danych rynkowych przyjmujemy 36 mln jako wielkość populacji mieszkającej obecnie w Polsce.

We współczesnym codziennym życiu nie ma możliwości uniknięcia kontaktu i zarażenia wirusami, które są w stałym obiegu. Zdrowy, normalny organizm neutralizuje je na wielu poziomach systemu odpornościowego. Każdego dnia przez nasze organizmy „przewija” się potężna liczba wirusów

wszelkich rodzajów i szczepów. Infekcja rozwija się, gdy wirus w odpowiednio dużym stężeniu trafi do organizmu osłabionego np. przez inne schorzenia lub do organizmu czasowo wyziebionego bądź pozbawionego odpowiednich stężeń witamin, jak ma to często miejsce w okresie zimowo-wiosennym.

Wirusy wraz z powietrzem przemierzają dowolne odległości podobnie jak najdrobniejsze cząsteczki state i „gina” w świetle słonecznym, które przyspiesza naturalny proces rozkładu substancji organicznej, którą w istocie są wirusy. Odizolowanie się od wirusów jest możliwe jedynie przy użyciu wysokowydajnych filtrów aktywnych, w warunkach laboratoryjnych lub z użyciem wysoce specjalistycznego sprzętu wojskowego.

Przebieg procesu rozprzestrzeniania się wirusów w populacji ilustruje poniższy wykres nr 1:



Wykres nr 1. Przebieg epidemii wg modelu SEIR. Stan odtworzony w pierwszej połowie maja 2020 na podstawie liczby zgonów z COVID-19

Cała populacja została podzielona na cztery grupy. Suma tych grup jest stała i w naszym modelu wynosi 36 min. Osoby zdrowe, mogące się zarazić, to osoby Podatne (S). Po kontakcie z wirusem są jego biernymi nosicielami i stają się wtedy Narażeni na infekcję (E). Potem przechodzą okres infekcji, gdzie stają się zarazem Zarażonymi (I) i zarażającymi.

W większości przypadków jest to przechodzone bezobjawowo. Po tym okresie następuje przejście do grupy Odzyskanych (R), którzy są już odporni i nie zarażają. Z punktu widzenia modelu matematycznego w tej grupie są też osoby zmarłe (które *de facto* też już nie zarażają).

Punktem krytycznym dla społeczności i systemu opieki zdrowotnej jest dobową liczbą rozstrzygnięć, czyli przejść z fazy „czerwonej” do „zielonej” (z grupy zakażonych do odzyskanych). Większość tych rozstrzygnięć odbywa się bezobjawowo. Faktyczne ciężkie zapalenia dróg oddechowych i konieczne hospitalizacje stanowią niewielki procent, a nawet promil, liczby rozstrzygnięć.

Na wykresie nr 1 tę wielkość obrazuje fioletowa linia. Tylko do niej odnoszą się wartości po lewej stronie wykresu. W przypadku pozostałych krzywych należy patrzeć na wartości po prawej stronie wykresu. W zależności od zjadliwości danego wirusa oraz średniej odporności populacji otrzymujemy średni poziom śmiertelności będący odsetkiem osób zmarłych podczas wychodzenia z okresu zakażenia. Należy tu podkreślić, że przeważająca większość

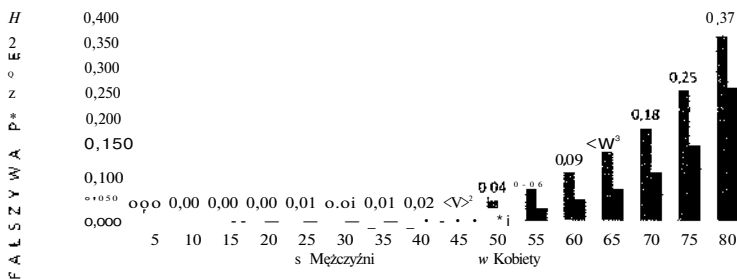
osób zainfekowanych wirusem COVID-19 przechodzi okres I (Zakażenia) bezobjawowo. Różne źródła podają wielkość tej grupy w przedziale 60-80%.

Liczba zgonów jest proporcjonalna do liczby rozstrzygnięć i jej szczyt notowany był w Polsce około 22 kwietnia z około 25 zgonami na dobę. Przebieg i zmiany parametrów zakażeń COVID-19 w Polsce będą opisane szerzej w dalszej części.

Polska - kraj z demograficzną bliźną na twarzy

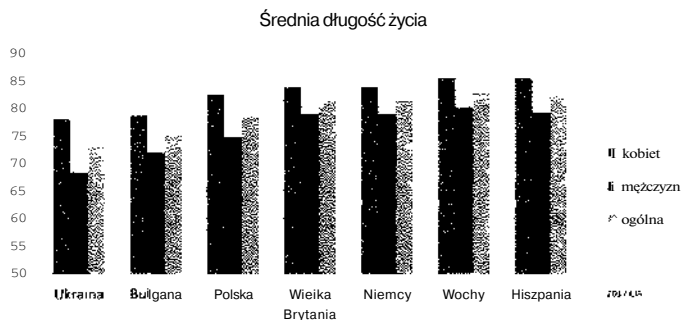
W roku 2020 obchodzimy 75. rocznicę zakończenia II wojny światowej. Jest to istotne w poniższej analizie zgonów sezonowych w Polsce, ale też miało wpływ na wydarzenia epidemiologiczne na całym świecie. Po 1945 roku w większości krajów obserwujemy wyże demograficzne, które właśnie dożywają wieku 75 lat, w którym to śmiertelność zaczyna szybko rosnąć. Ilustruje to wykres nr 2:

Prawdopodobieństwo zgonu w ciągu 5 lat osoby w danym wieku.



Wykres nr 2. Prawdopodobieństwo zgonu w ciągu 5 lat osób w danym wieku. GUS 2018

Z tego powodu w najbliższych latach będziemy obserwować dużą dynamikę w naturalnym przyroście zgonów w rozwiniętych krajach europejskich. Polska na tym tle wyróżnia się stosunkowo niskim wskaźnikiem długości życia, co ilustruje wykres nr 3:



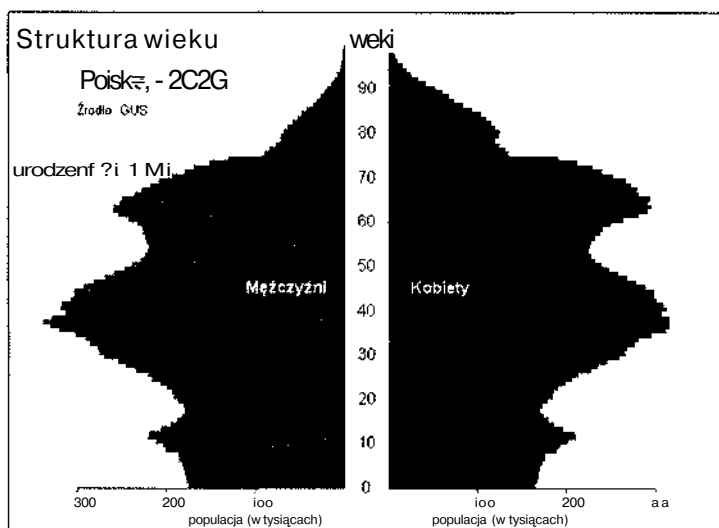
Wykres nr 3. Średnia długość życia w podziale na płeć. Źródło: CIA est. 2020

Państwo	kobiet	mężczyzn	ogólna
Ukraina	77,9	68,2	72,9
Bułgaria	78,5	71,8	75,0
Polska	82,3	74,5	78,3
Wielka Brytania	83,5	78,8	81,1
Niemcy	83,6	78,7	81,1
Wochy	85,3	79,8	82,5
Hiszpania	85,2	79,0	82,0

Tabela nr 1. Średnia długość życia w latach w podziale na płeć. Źródło: CIA Est. 2020

Należy tu zaznaczyć, że w Polsce mamy regiony, gdzie średnia długość życia jest niższa niż 78 lat, np. w woj. warmińsko-mazurskim, podczas gdy w wielu regionach we Włoszech czy Hiszpanii przekracza istotnie 84 lata, np. w Trydencie czy Madrycie.

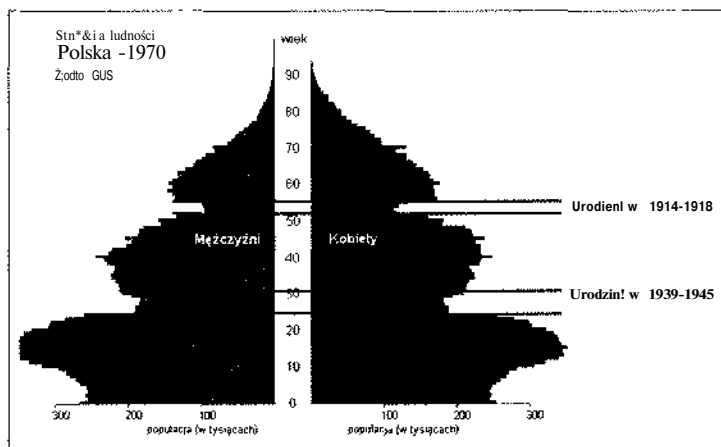
Istotny wpływ na przebieg zjawisk epidemiologicznych z udziałem wirusa COVID-19 w Polsce ma bardzo niski udział w populacji osób w wieku 75 lat i więcej. Ilustruje to wykres nr 4 „piramidy demograficznej”:



Wykres nr 4. Struktura wieku ludności Polski z podziałem na płeć. GUS 2020 r. Da się zauważyć bardzo niską liczbę ludzi powyżej 75 roku życia

Wyłom, jaki w populacji polskiej uczyniła II wojna światowa, jest lepiej widoczny na analogicznym wykresie

(wykres nr 5) dla stanu populacji w 1970 roku, gdy osoby mające dziś 75 lat i więcej miały wtedy 25 lat i więcej. Był to bardzo wyraźny niż demograficzny. Na tym samym wykresie widać spustoszenie w strukturze Polaków poczynione zarówno w czasie I, jak i w efekcie II wojny światowej.



Wykres nr 5. Struktura wieku i płci ludności Polski. GUS 2020, stan na 1970 rok

„Epidemia”, podczas której umiera mniej ludzi niż w latach poprzednich

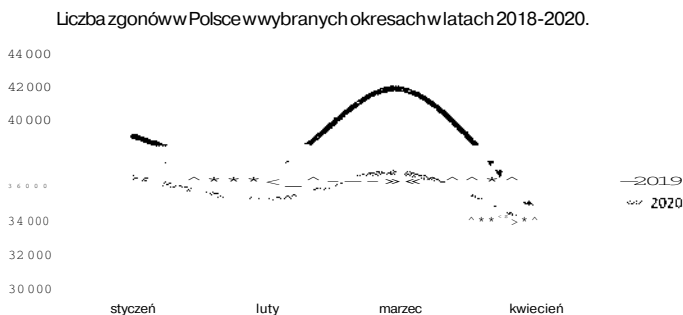
Dodatkową istotną informacją jest liczba zgonów w okresie zimowo-wiosennym w ostatnich latach. W sezonie zimowym 2019/2020, czyli w czasie o podwyższonej umieralności, liczba zgonów w Polsce spadła w stosunku do lat poprzednich zgodnie z tabelą nr 2 i wykresem nr 6.

Okres/mk	2018	2019	2020	Zmiana % 2019/2018	Zmiana % 2020/2019	Zmiana % 2020/2018
styczeń	37 822	39 019	36 533	3,20%	-6,40%	-3,41%
luty	37 080	36 382	35 207	4,90%	-3,20%	-5,05%
marzec	41 787	36 117	36 782	-13,60%	1,80%	-11,98%
kwiecień	34 639	33 613	33 675	-3,00%	0,20%	-2,78%
1 kwartał	116 689	101 518	108 522	-4,40%	-2,70%	-7,00%
Ra/em	151 328	145 131	142 197	-4,10%	-2,02%	-6,03%

Tabela nr 2. Liczba zgonów w Polsce od 2018 do 2020 roku dla pierwszych czterech miesięcy. Trzy ostatnie kolumny przedstawiają procentową zmianę liczby zgonów dla wybranych okresów. Widać wyraźnie, że w czasie „epidemii” mamy mniej zgonów niż w 2018 roku. Źródło: Ministerstwo Cyfryzacji. Dane opublikowane 12 maja 2020 roku w „Dzienniku Mazowieckim”

Liczba zgonów w Polsce w pierwszych czterech miesiącach 2020 była mniejsza o 2,02% niż rok wcześniej i o 6,03% niż w tym okresie w roku 2018. Podobnie przebiegało to w całej Europie, co raportuje Europejski Instytut Monitorowania Zgonów w Kopenhadze Euro Momo (euromomo.eu).

Taki trend sezonowy przypisuje się zwykle warunkom klimatycznym, które w zimie 2019/2020 były bardzo łagodne. W kilku krajach zanotowano gwałtowne spiętrzenia liczby zgonów w marcu i kwietniu po ich wyjątkowo niskiej liczbie w styczniu i w lutym. Jednocześnie dotyczyło to takich Państw jak Włochy i Hiszpania, w których udział osób w wieku ponad 80 lat jest większy niż w innych, dużych krajach europejskich.



Wykres nr 8. Liczba zgonów w Polsce w pierwszych czterech miesiącach w roku 2018, 2019 i 2020. Źródło: Ministerstwo Cyfryzacji. Dane opublikowane 12 maja 2020 w „Dzienniku Mazowieckim”

Po tych wstępnych informacjach możemy bliżej przyjrzeć się zjawiskom epidemiologicznym, jakie w Polsce miały miejsce w 2020 roku i jakie będą miały miejsce w latach późniejszych.

Odtwarzanie przebiegu zarażeń wirusowych modelem epidemiologicznym SEIR

Wraz z pojawieniem się w Polsce 4 marca 2020 roku pierwszego, oficjalnie zarejestrowanego przypadku zarażenia wirusem COVID-19, zaczęto publikować dzienne statystyki o przyrostach zarażeń i użytej do ich zdiagnozowania liczbie testów. Jednak nigdzie nie podawano pełnej metodologii zbierania tych danych.

Elementarna wiedza z zakresu metodologii nauk mówi, że jeśli nie mamy informacji o wszystkich członkach populacji, to tylko poprzez systematyczny pomiar na próbach reprezentatywnych (najlepiej losowych) można oszacować zasięg zjawiska, w tym przypadku: zasięg i fazę zakażeń wirusem.

Szacunki na podstawie danych spływających z ośrodków opieki medycznej nie dają żadnej pewności ich poprawności w oszacowaniu zjawiska dla całej populacji. Należy przypuszczać, że większość osób przechodzących zarażenie w sposób mało dolegliwy nie zgłosi się do żadnego zakładu opieki zdrowotnej w obawie przed kwarantanną rodziny i innych osób ze swojego otoczenia. Poza tym większość zainfekowanych nie jest świadoma zakażenia, ponieważ nie ma żadnych objawów choroby.

Jednocześnie w tym samym okresie napływało mnóstwo informacji na temat złej jakości testów, a nawet ich nieprzydatności do wykrywania wirusa COYID-19. W tej sytuacji pozostała jedyna metoda oszacowania skali zjawiska, jego parametrów i przebiegu oparta na raportowanej przez Ministerstwo Zdrowia (MZ) liczbie zgonów przypisanych C0VID-19.

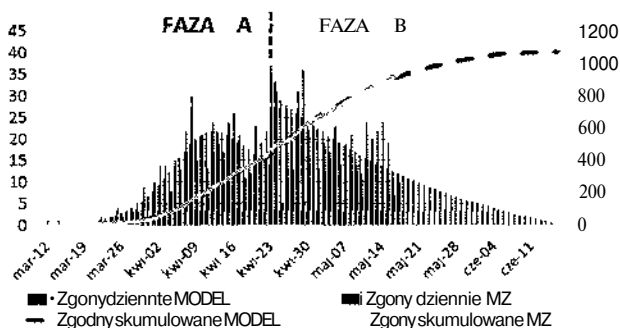
Na podstawie rozwoju krzywej zgonów zapoczątkowanej 12 marca 2020 roku przy pomocy algorytmów genetycznych i uczenia maszynowego opracowałem oprogramowanie poszukujące prawidłowych rozwiązań trzech równań różniczkowych oraz ich parametrów stałych modelu SEIR. Modele tego typu są dobrze opisane, począwszy od 1927 r. przez Williama Ogilvy'ego Kermacka oraz Andersena Grey'a McKendricka. Współczesne techniki komputerowe pozwalają z wielką precyzją odtwarzać przebiegi epidemii na podstawie niepełnych danych, np. samych zgonów.

Na podstawie danych z okresu od 12 marca do 15 kwietnia br. przez cztery tygodnie udawało się dość

dokładnie przewidywać rozwój przebiegów (krzywych) epidemiologicznych oraz, co najważniejsze, trafnie przewidywać liczbę zgonów w perspektywie wielu dni, co potwierdzało właściwy dobór współczynników równań.

W połowie kwietnia wyniki modelu pokazały spadek tempa przyrostu (skumulowanych) zgonów z przypisanym COVID-19 w Polsce, co oznaczało zbliżanie się do chwili, gdy dzienna liczba zgonów osiągnie swe maksimum i zacznie później spadać. Ilustruje to grzbiet modelu (czarne słupki) fazy A na wykresie nr 7.

Niestety po 23 kwietnia parametry przebiegu zakażeń **COVID-19**, a szczególnie śmiertelność zmieniły się na tyle istotnie, że konieczne było skonstruowanie nowego modelu oznaczonego jako faza B. Szerzej zostanie to opisane w dalszej części.



Wykres nr 7. Model epidemiologiczny SEIR i prognoza zgonów dla Polski w 2020 r. utworzony na podstawie zgonów do dnia 17 maja 2020 roku. MZ - zgoni wg Ministerstwa Zdrowia. Na lewej osi są wartości dla zgonów dziennych wyrażone przez czarne i czerwone słupki. Na prawej osi wartości dla sumarycznej liczby zgonów od początku „epidemii” przedstawia żółta i fioletowa linia.

Masowa społeczna kwarantanna z powodu 10 zgonów

W Polsce pierwsze ograniczenia zbiegły się w czasie z pierwszym zarejestrowanym oficjalnie zgonem. 12 marca wprowadzono obostrzenia, zamykając szkoły, a 24 marca przy trzech (!) zgonach na dobę i dziesięciu (!) łącznie wprowadzono stan epidemii z rygiem izolacji społecznej, zakazem odwiedzin, spotkań itp.

Przestały funkcjonować wszelkie usługi, praktycznie zawieszono liturgię, a wszędzie tam, gdzie to tylko było możliwe, zamieniono pracę na zdalną. Radykalnie ograniczyło to funkcjonowanie gospodarki i znacząco zmniejszyło liczbę bezpośrednich kontaktów członków populacji.

Cykl chorobowy towarzyszący zarażeniu COVID-19, jak przy wielu innych wirusach, obejmuje okres inkubacji oraz okres zakażenia z ewentualnymi objawami w postaci zapalenia górnych dróg oddechowych lub płuc, które w nie-licznych przypadkach kończą się śmiertelnie.

W okresie inkubacji wirusy są obecne w ludzkim organizmie, ale nie uczestniczą aktywnie w procesach biologicznych, przemieszczają się w organizmie, lecz nie wpływają na funkcjonowanie nosiciela. W praktyce w naszych organizmach nieustannie znajduje się duża ilość wirusów, podobnie jak i innych zanieczyszczeń, które w małych stężeniach nie są szkodliwe i są usuwane przez układ odpornościowy.

Jeśli stężenie danych wirusów jest duże, a osłabiony organizm nie potrafi ich wyeliminować, następuje zakażenie organizmu, tj. wirusy jako nieożywione cząsteczki

organiczne zaczynają brać udział w procesie podziału komórek organizmu nosiciela, co powoduje reakcję obronną organizmu, a wraz z nią stan chorobowy.

Wirusy, uczestnicząc w procesie podziału zakażonych komórek, są wraz z nimi lawinowo namnażane. W przypadku zapalenia dróg oddechowych zostają wydalone wraz z wydzielinami, np. podczas kichania i w ten sposób, drogą kropelkową, rozprzestrzeniają się na inne organizmy. W przypadku wirusa COVID-19 w większości przypadków okres infekcji jest bezobjawowy, tzn. zakażeni nie odczuwają żadnych dolegliwości.

Polska zajmuje 28. miejsce na świecie na liście śmiertelności z 10,6 zgonami rocznie na 1000 mieszkańców, co daje sumaryczną liczbę ok. 400 000 zgonów rocznie. W okresie marca i kwietnia 2020 r. zmarło łącznie 70 457 osób, co daje 1155 zgonów dziennie.

Statystyki przyczyn zgonów w Polsce są poważnie krytykowane na forum międzynarodowym, gdyż bardzo duża ich część (krytycy mówią nawet 1/4) nie jest opisana zgodnie z klasyfikacją⁵⁷. Powszechną praktyką lekarską jest np. wpisywanie w akcie zgonu jako przyczyny śmierci takich pojęć jak „starość” albo „ustanie funkcji życiowych”, co jest w istocie skutkiem choroby, a nie przyczyną zgonu.

Dokładniejsze informacje niż z oficjalnych statystyk można uzyskać od firm zajmujących się np. sprzętem

⁵⁷ *Zmiana w opisach kodów zgonów, bo 77proc. Polaków umiera na serce*, <https://www.prawo.pl/zdrowie/zmiana-w-opisach-kodow-7gonow-bo-77-proc-polakow-umiera-na-serce,261974.html>, 3.06 2020.

medycznym czy farmaceutykami. Z ich badań wynika, że na choroby układu oddechowego umiera w Polsce ok. 20% osób, co daje nam dziennie liczbę ok. 220 zgonów z tego powodu.

*Wielka „epidemia” w swoim szczycie
zbiera żniwo w postaci 30 zgonów dziennie*

W trakcie „epidemii” COVID-19 w Polsce dzienna liczba zgonów sporadycznie dochodziła do 30 dziennie, ze średnią 21 zgonów w okresie szczytowym pomiędzy 15 kwietnia a 15 maja. Przy średniej dziennej 1155 zgonów w Polsce w tym okresie zgony z COVID-19 stanowiły 1,8% zgonów.

Był to zarazem tzw. szczyt „pandemii” w Polsce. W okresie od pierwszego zgonu, tj. od 12 marca do 17 maja, w ciągu 67 dni zmarło łącznie 929 osób z przypisanym COVID-19, co daje średnio 13,8 zgonów dziennie. Przy średniej dziennej wynoszącej ok. 1155 zmarłych, daje to 1,2% zgonów z COVID-19 wśród wszystkich zgonów w Polsce.

Przywcześniejszym założeniu, że 20% zgonów następuje wskutek chorób układu oddechowego, ok. 220 zgonów dziennie przypada w Polsce na takie właśnie choroby, zgony z przypisanym COVID-19 stanowiły w szczycie okresu polskiej „pandemii” niecałe 10% tego typu zgonów.

Brakuje informacji o śmiertelności z innymi typami wirusów w tym okresie. Nie wiadomo nawet, czy robione są testy na obecność innych wirusów (najprawdopodobniej nie), które mogą być związane z większą liczbą zgonów w tym okresie.

Model jest matematycznym odtworzeniem przebiegu zakażeń w populacji. Jego weryfikacją są obserwowane skutki, które uznaliśmy za wiarygodne, czyli dobową liczebność zgonów z przypisanym COVID-19 raportowaną przez Ministerstwo Zdrowia dla Polski w okresie od 12 marca do 17 maja 2020 roku.

Przebieg zgonów widoczny jest na wykresie nr 7 w postaci czerwonych słupków. Czarne słupki to wartości oczekiwane wyliczane przez model. Jest to zarazem prognoza. Jak widać, cały proces jest podzielony na dwie fazy: fazę A do 22 kwietnia i fazę B po 22 kwietnia. Jak wcześniej przedstawiono, podział ten był niezbędny ze względu na dużą zmianę parametrów modelu pod koniec kwietnia.

W tym okresie, czyli w fazie B, umierały osoby zarażone ok. cztery tygodnie wcześniej i chorujące, przebywające w warunkach izolacji i poddane dużemu stresowi wywołanemu powszechną atmosferą paniki. Uprawdopodobnieniem tego stwierdzenia jest to, że po 22 kwietnia wskaźnik śmiertelności podwoił się. Przy założeniu, że zjadliwość wirusa pozostała taka sama, nie ma innego wytłumaczenia tej zmiany, jak poprzez spadek odporności chorych z tego okresu.

65% wolnych miejsc w szpitalach w szczycie „epidemii”

W polskich szpitalach ze względu na małą liczbę chorych nie było w tym okresie żadnych problemów z dostępnością do respiratorów i łóżek specjalistycznych. Minister Łukasz

Szumowski na łamach „Gazety Prawnej” z dn. 11.04.2020 oświadczył, że: „Mamy 10 000 łóżek w gotowości, mamy 1600 respiratorów, które czekają na pacjentów”.

W szczytowym momencie, tj. 22 kwietnia było hospitalizowanych 3505 osób przy średniej na poziomie 2030 osób w całym analizowanym okresie od 12 marca do 15 kwietnia. Szczyt hospitalizacji pokrywa się idealnie ze szczytem zgonów według przedstawionego powyżej modelu, mimo że nie zostały w nim uwzględniane żadne dane o zachorowaniach ani zakażeniach, a jedynie informacje o zgonach. Jest to pośrednim dowodem na to, że zastosowany model bardzo dobrze odzwierciedla rzeczywistość.

Prognoza modelu do 22 kwietnia przewidywała zakończenie fali zgonów sezonowych w połowie maja. Gwałtowny wzrost liczby zgonów po 23 kwietnia przypisanych koronawirusowi przesunął zakończenie całego procesu na połowę lub koniec czerwca w zależności od rozwoju wypadków.

Rozciągnięcie procesu było skutkiem izolacji społecznej i w rezultacie spowolnienia rozprzestrzeniania się zakażenia. Przy danej odporności populacji spowolnienie procesu nie obniża łącznej śmiertelności, tylko rozciągają w czasie. Jest to konieczne w sytuacji, gdy nagły szczyt może przekroczyć możliwości służby zdrowia. W Polsce, w całym okresie „pandemii”, zasoby (respiratory, łóżka specjalistyczne) wielokrotnie przekraczały potrzeby, a zatem nie było ani potrzeby, ani sensu wprowadzania obostrzeń dla całej populacji, w tym szczególnie ludzi poniżej 65 roku życia.

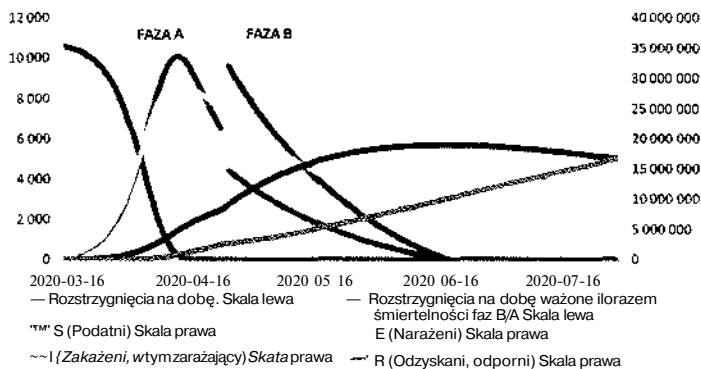
Zestaw krzywych modelu SEIR dla powyższego rozwiązania pokazuje proces przechodzenia członków populacji przez cztery fazy opisane wyżej. Krytyczna dla chorych jest chwila przechodzenia z fazy czerwonej do zielonej. Mata część z nich, zaledwie kilka promili, umiera, pozostali wracają do zdrowia z nabytą odpornością.

Krytyczne w każdym procesie epidemiologicznym jest tempo przyrostu potrzebujących opieki medycznej, czyli dzienna liczba osób wymagających hospitalizacji. Z punktu widzenia służby zdrowia nie jest więc najważniejsza liczba zarażonych czy nosicieli, lecz liczba osób, które w ciągu doby przechodzą ze stanu czerwonego do zielonego, czyli „liczba rozstrzygnięć na dobę” oznaczona na wykresie nr 8 kolorami: brązowym dla fazy A. Natomiast linia fioletowa pokazuje, jaka musiałaby być liczba rozstrzygnięć, aby przy śmiertelności z fazy A notować śmiertelność w fazie B.

Fakt, że liczba rozstrzygnięć nie jest skorelowana w danej chwili z liczbą zarażonych, wynika z tego, że do rozstrzygnięcia dochodzi (lub nie - stan bczobjawowy) kilka tygodni po zarażeniu dla różnych osób z różnym opóźnieniem. Mimo że nadal jeszcze rosła liczba zarażonych, nie było żadnych przesłanek, aby spodziewać się ponownego wzrostu liczby zgonów na dobę, ponieważ ta jest wynikiem prędkości procesu przechodzenia z fazy czerwonej (zarażeni) do fazy zielonej (odporni), a jego szczyt mamy za sobą (w drugiej połowie kwietnia (linie brązowa i fioletowa).

W obecnej sytuacji zakończenie fali sezonowych zgonów przewidywane jest na potowe czerwca. Po tym okresie, tak jak w przypadku każdej fali sezonowych zakażeń wirusowych, jej wysokość opadnie poniżej średniego poziomu w danym roku i rozpocznie się okres „zgonów ujemnych”, czyli tych, które nie następują w okresie letnim, bo miały miejsce w okresie zimowo-wiosennym. Dotyczy to sumy zgonów sezonowych z powodów nieraportowanych w tym okresie.

Najstarsze i schorowane osoby, które nie umarły na skutek zakażeń wirusowych w okresie zimowo-wiosennym, potencjalnie mogą umrzeć kilka miesięcy później. Dlatego model statystyczny notuje wartości ujemne jako stan poniżej średniej rocznej zgonów dobowych. W potocznej interpretacji to druga, obniżona poniżej lustra wody, połowa fali (niepokazana na wykresie).



Wykres nr 8. Przebieg krzywych epidemiologicznych SEIR i prognoza dla Polski 2020 odtworzone na podstawie zgonów do dnia 17 maja 2020 roku. Na lewej osi wartości krzywych wyrażono; „Rozstrzygnięcia na dobę” i „Rozstrzygnięcia na dobę wyrażone ilorazem śmiertelności faz B/A”. Wartości po prawej stronie wykresu dotyczą pozostałych krzywych.

Wiek ofiar COVID-19

Średnia wieku zmarłych z przypisanym COVID-19 nie odbiega w zbyt dużym stopniu od wieku zmarłych w populacji. Dla mężczyzn z przypisanym COVID-19 jest to wiek o 1,79 roku niższy niż w populacji, a dla kobiet o 4,05 roku niższy. Biorąc pod uwagę, że w populacji jest znacznie więcej kobiet w wieku 75 + oraz 80 + niż mężczyzn, jest to naturalne.

A	B	C	D	E	F
Zmarli z COVID-19 w okresie 12.03-17.05	Liczba zgonów	Udział %	Średni wiek zmarłych z COVID-19	Średni wiek zgonów w Polsce	Różnica wieku (D-E)
kobiety	463	48,7%	78,25	82,3	-4,05
mężczyźni	488	51,3%	72,71	74,5	-1,79
Suma	951*	100,0%	75,40	78,3	-2,90
<i>"Suma różni się od liczby podanej w tym artykule z powodu braku informacji o wieku płci dla wszystkich zmarłych z COVID-19 w tym czasie"</i>					

Tabela nr 3. Płeć i wiek zmarłych z COVID-19. Dane zebrane na podstawie raportów Ministerstwa Zdrowia opracowane przez Michała Rogalskiego⁵⁸

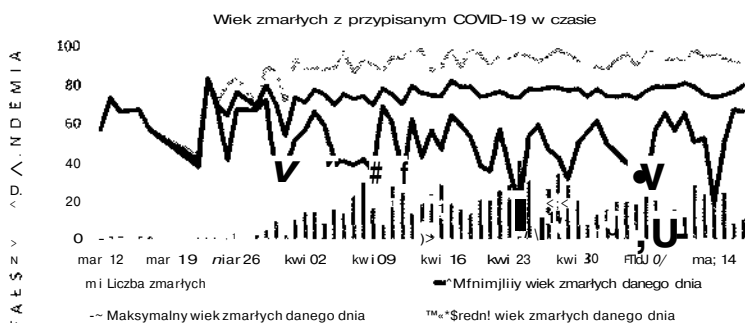
Interesująca jest korelacja między liczbą zmarłych danego dnia a ich minimalnym wiekiem, czyli wiekiem najmłodszego zmarłego tego dnia. Współczynnik Pearsona wyrażający

⁵⁸ COVID-19 w Polsce, <https://docs.google.com/spreadsheets/d/herEhD-6gcq51HAm433knjnVwey4ZE5DCnubW7PRG3E/htmlview?usp=sharing&fbclid=IwAR05xql-ChonMjgkCimoiOh4yN2WIGeBTpJ-0n85X7NAuIELhcQV5c0Himl8,3.06.2020.>"

korelację tych zmiennych wynosi $-0,57$, co oznacza, że za dobowe „piki”, czyli nagłe przyrosty (czerwone słupki odbiegające od trendu - czarnych słupków - na wykresie nr 7) w dużej mierze odpowiadają nieliczne (10% wszystkich zgonów z COVID-19) zgony osób poniżej 60 roku życia.

W całym analizowanym okresie (12 marca-17 maja) było 95 takich przypadków. Jeśliby analizować średni wiek zmarłych z wykluczeniem tych przypadków, to okaże się, że wynosi on 78,3 roku, co oznacza, że jest równy typowej średniej wieku zgonów w Polsce.

Na podstawie tych danych możemy przedstawić prawdziwy obraz zakażeń wirusem COVID-19, który tylko w nieznacznym stopniu, co pokazuje kolumna Index A/B tabeli nr 4, przyczynia się do śmierci osób w wieku 70-90 lat - inaczej niż w innych grupach. Zgony osób w wieku poniżej 60 roku życia odpowiadają za anomalie w obserwowanym przebiegu zgonów z COVID-19 w Polsce.



Wykres nr 9. Wiek zmarłych z przypisanym COVID-19 w czasie

Z tabeli nr 4 wynika, że dwóch nastolatków zmarłych z COVID-19 stanowi identyczny udział (0,2%) w analizowanej grupie, jak ma to miejsce w naturalnej strukturze zgonów w Polsce. Innymi słowy, śmierć dwóch nastolatków w grupie blisko 1000 zmarłych osób nie jest zaskakująca i powinna wystąpić także bez wirusa COVID-19 z powodu wypadku, innego wirusa lub innego dowolnego czynnika.

Wiek i płeć zmarłych z COVID-19				Udział %			Udział %	
Przedział wieku	Kobiety	mężczyźni	Razem	Kobiety	mężczyźni	Razem	Razem w Polsce w 2019	Index A/B
0-9	0	0	0	0 0%	0 0%	0 0%	0 4%	0 00
10-19	1	1	2	0 2%	0 2%	0 2%	0 2%	1 01
20-29	0	0	0	0 0%	0 0%	0 0%	0 7%	0 00
30-39	7	6	13	1 6%	1 2%	1 4%	1 7%	0 78
40-49	11	15	26	2 4%	3 1%	2 7%	3 1%	0 78
50-59	20	14	34	4 3%	7 0%	5 7%	8 1%	0 70
60-69	54	129	181	11 7%	26 4%	19 2%	20 7%	0 93
70-79	114	150	264	24 6%	30 7%	27 8%	21 5%	1 29
80-89	184	129	313	39 7%	26 4%	32 9%	29 6%	1 11
90 lat i więcej	72	24	96	16 6%	4 9%	10 1%	13 4%	0 71
Suma	463	488	951	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	1,00

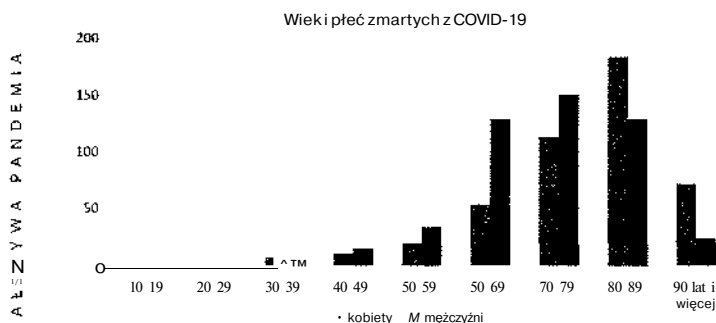
Tabela nr 4, Wiek i płeć zmarłych z przypisanym COVID-19 w Polsce. Kolumna index A/B pokazuje, ile razy częściej w danej grupie wiekowej umierają osoby z przypisanym COVID-19 w porównaniu do liczby zgonów wśród tej samej grupy wiekowej w roku 2019

„Spustoszenie” spowodowane koronawirusem zupełnie niewidoczne

Udział zgonów osób w wieku powyżej 60 lat nie jest skorelowany z wiekiem liniowo, co oznacza, że osoby z najstarszej (90 + lat) oraz z najmłodszej grupy (60-96 lat), którym przypisano zgon z powodu CCMD-19, umierały rzadziej w porównaniu do powszechnego rozkładu zgonów w populacji (zgony w roku 2019), co ilustruje tabela nr 4.

Niższy odsetek osób najstarszych 90+ (10,1%), którym przypisano zgon z powodu COVID-19 w stosunku do udziału zgonów w tej grupie w Polsce (13,4% w roku 2019), może świadczyć o wyższej odporności tych osób w stosunku do żyjących obecnie 70- i 80-latków.

Wniosek generalny, jaki się tu nasuwa, to brak związku wieku i obecności wirusa COVID-19 u zmarłych. Wirus był stwierdzany u zmarłych, których struktura wiekowa nie odbiegała od struktury zmarłych w Polsce przed stosowaniem testu na COVID-19.



Wykres nr 10. Wiek i płeć zmarłych z COVID-19. Po lewej stronie wykresu przedstawiono liczbę zgonów

Widoczna na wykresie nr 10 nadreprezentatywność wśród zmarłych kobiet w wieku ponad 80 lat jest skutkiem większej liczby kobiet w tym wieku w populacji.

Liczba koronawirusowych zgonów na poziomie szumu statystycznego

W Polsce w 2020 roku fala okresowych zgonów przypadających na sezon zimowy była mniejsza niż w latach 2018-2019 (wykres nr 6), co jest zgodne z obserwacjami w wielu krajach w Europie raportowanymi przez Europejski Instytut Monitorowania Zgonów w Kopenhadze Euro Momo (euromomo.eu). Rok 2018 przyniósł znacznie więcej zgonów niż lata następne. Łączna liczba zgonów w okresie styczeń - kwiecień 2020 roku była w Polsce mniejsza o blisko 3000 niż w ubiegłym roku (2019), co daje spadek o ponad 2% (tabela nr 2).

W analizowanym okresie od 12 marca do 17 maja 2020 roku zgony z COVID-19 stanowiły 1,2% wszystkich zgonów w Polsce i można je opisać typowym dla infekcji sezonowych epidemiologicznym modelem **SEIR**.

Wnioski, jakie płyną z przeprowadzonej analizy, sugerują wpływ wprowadzonej izolacji społecznej na przedłużenie okresu zakażeń wirusowych i zgonów sezonowych. Spadek odporności wśród chorych z powodu stresu i izolacji społecznej prawdopodobnie przełożył się na większą liczbę zgonów z przypisanym COVID-19 w drugiej fazie trwania fali, tj. po ok. 22 kwietnia.

Wiek zmarłych z przypisanym COVID-19 nie odbiega od struktury wieku zmarłych w Polsce przed zastosowaniem testu na obecność tego wirusa. Innymi słowy, obecność COVID-19 u umierających nie ma praktycznego związku z ich wiekiem.

W obliczu powyższych danych zasadna wydaje się teza, że jeśli nie byłoby możliwości wykrywania wirusa COVID-19 (brak testu), „epidemia” ogłoszona w Polsce w marcu 2020 roku nie mogłaby być statystycznie zauważona. Coroczne miesięczne fluktuacje zgonów w okresie sezonowym w Polsce sięgają kilku tysięcy przy poziomie ok. 35 000 zgonów na miesiąc (tabela nr 2).

W tej sytuacji 950 zgonów w ciągu dwóch miesięcy jest wielkością ginącą w naturalnej zmienności statystyki zgonów. Nawet 3- lub 4-krotnie wyższa byłaby tak samo powszechnym zjawiskiem mieszczącym się w normie! Mieliśmy do czynienia z takim poziomem odchyłań w 2018 roku.



10. PODZIĘKOWANIE

Bardzo dziękuję wszystkim tłumaczom, którzy swoją pracą wsparli powstanie tej książki:

Wiesławie Dłużniewskiej,
Marcinowi Grabałowskiemu,
Piotrowi Tryniszewskiemu,
Marii Wojciechowskiej,
Markowi Wolskiemu,
Ryszardowi Zajączkowskiemu.

Chciałbym również podziękować Małgosi, Pani Teresie, Bogdanowi, Jarkowi, Łukaszowi, Maciejowi, Michałowi, Piotrkowi i Witkowi za pomoc w powstaniu tej książki i inspirujące dyskusje dotyczące sytuacji związanej z koronawirusem. Dodatkowo bardzo dziękuję Izie i Maciejowi za przemiłą gościnę.

Mariusz Błochowiak





F U N D A C J A

O5UCHBWA

Fundacja Osuchowa z siedzibą w Warszawie, powołana została w 2015 roku z inicjatywy Grzegorza Brauna i ma na celu dobro Kościoła Katolickiego, narodu i państwa polskiego, a w szczególności:

- promocję i urzeczywistnianie wartości chrześcijańskich,
- kultywowanie tradycji narodowych i katolickich,
- zabezpieczanie przyszłości cywilizacji łacińskiej,
- działanie na rzecz Wiary, Rodziny i Własności,
- działanie na rzecz polskiej racji stanu, bezpieczeństwa i obronności państwa polskiego,
- działanie na rzecz rozwoju szkolnictwa na wszystkich poziomach kształcenia,
- wspieranie polskiej przedsiębiorczości, wynalazczości i innowacyjności,
- działanie na rzecz jedności Polaków w kraju i zagranicą, a także umacnianie i zabezpieczanie więzi międzypokoleniowych w narodzie polskim,
- działanie na rzecz dobrego imienia Polski w świecie,
- działanie na rzecz obrony Polaków i katolików w świecie,
- działanie na rzecz podnoszenia poziomu życia politycznego i społecznego w Polsce.

Cele te realizuje wspierając działalność patriotycznej, katolickiej, narodowej i wolnościowej Organizacji Pobudka, której wiodący program brzmi: „Kościół-Szkoła-Strzelnica-Mennica”.

www.osuchowa.org

Wesprzyj działalność Fundacji Osuchowa poprzez przekazanie darowizny na cele statutowe:

ii KO1TA: 521140188f 0t§0 5757 72001001

TYTUŁ WPŁATY: darowizna na cele statutowe

Wesprzyj działalność Fundacji Osuchowa Jako organizacji
pożftku publicznego poprzez coroczne
przekazanie 1% podatku dochodowego - ir KRS 0§005892il.

Zapraszamy do sklepu Fundacji Osuchowa
<https://sklep.osuchowa.org>, tel. +48724221223
sklep@osuchowa.org

Dane do kontaktu:

Fundacja Osuchowa
42-229 Częstochowa, ul. Jagiellońska 59/65

kontakt@osuchowa.org
tel. 724221223