Rumia, 20.01.2022r.

Osoba do kontaktu:

[redacted]

URZĄD MIASTA RUMI
Biuro Obsługi Mieszkańców
wpł. 2022 -02- 02
L.dz. 1173/2022 Prot. AD

Rada Miasta
Urząd Miasta Rumia
ul. Jana III Sobieskiego 7
84-230 Rumia

Szanowna Rado Miasta,

Zważywszy na fakt, iż Miasto Rumia jest organem prowadzącym szkoły publiczne znajdujące się na naszym terenie, czyli Miasto, a konkretnie Państwo jako nasi reprezentanci i jednocześnie przedstawiciele nas - mieszkańców miasta, mają wpływ no to, co się dzieje w na terenie Rumi, dlatego zwracamy się do Rady Miasta z poniższą **PETYCJĄ**, której oryginał trafił na ręce Burmistrza Miasta Rumia.

Zdrowie dzieci i młodzieży jest dla nas priorytetem, dlatego zachęcamy Państwa do lektury n/w dokumentów ponieważ zawarte w nich informacje pozwolą kompleksowo i obiektywnie spojrzeć na temat **tzw. reżimu sanitarnego oraz akcji szczepiennych** prowadzonych w Rumi m.in. na terenie szkół.

Mając powyższe na uwadze SPRZECIWIAMY SIĘ i ŻĄDAMY:

- zaprzestania zastraszania uczniów oraz wprowadzania niepotrzebnej paniki. Nasze zdrowe dzieci nie są źródłem żadnych infekcji, o czym świadczy zdrowie nasze i naszych rodzin;
- wycofania się dyrektorów szkół z pomysłu kontynuacji nauki zdalnej, która de facto jest zdalną degradacją, kreatywnych, pełnych energii i radości życia młodych ludzi.
- zaprzestanie reżimu sanitarnego (maski i dezynfekcja), który jak wiemy, bazując na badaniach randomizowanych opiniach niezależnych ekspertów i specjalistów oraz własnych obserwacjach i doświadczeniach są całkowicie niezasadne, a wręcz NIEBEZPIECZNE.
- niedopuszczenia do propagandy szczepień oraz faktycznych szczepień na terenie szkół.

Oczekujemy, że władze miasta, kuratorium, dyrektorzy szkół oraz nauczyciele zainteresują się wreszcie zdrowiem i dobrem naszych dzieci. Doświadczenia czasu pandemii wyraźnie pokazują, że stosowane metody i środki nie miały faktycznego wpływu na jej przebieg. Dlatego też żądamy podjęcia realnych działań, aby nasze dzieci miały dostęp do tradycyjnej, stacjonarnej edukacji wśród grupy rówieśników, tak jak miało to miejsce przed 12 marca 2020r.

Nie mamy żadnych wątpliwości, że zdalna nauka i reżim sanitarny mają tylko i wyłącznie **negatywne skutki na zdrowie psychiczne i fizyczne naszych dzieci.**

Nie wyobrażamy sobie powtórki z tego eksperymentu socjologicznego i nie zgadzamy się na niego!

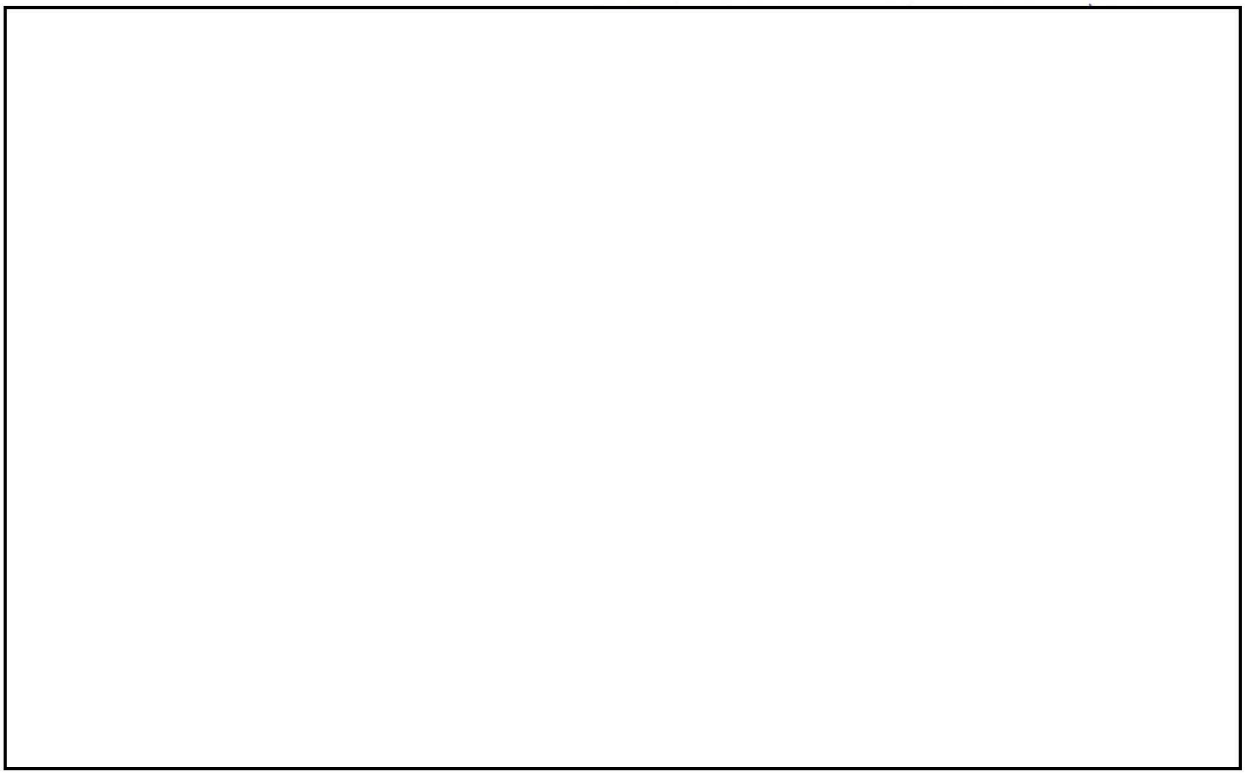
Chcemy normalnej szkoły, oraz normalnego życia dla naszych dzieci. Chcemy aby nasze dzieci normalnie żyły, uczyły się i bawiły z rówieśnikami; nawiązywały przyjaźnie; uczyły się relacji międzyludzkich, bo tego właśnie potrzebują, a nie komputera! Komputer nie jest najlepszym przyjacielem człowieka!

Apelujemy o podjęcie wszelkich działań, aby nasze dzieci powróciły do **normalnej szkoły,** bez reżimu sanitarnego i jakiejkolwiek segregacji sanitarnej!

Ufamy, że władze miasta przestrzegają prawa, a nie zaleceń i rekomendacji, które nie mają oparcia w prawie, ani nie stanowią prawa oraz nie mają żadnego uzasadnienia merytorycznego oraz naukowego. Jednocześnie informujemy, że podejmujemy dalsze działania w trosce o życie i zdrowie naszych dzieci.

W oczekiwaniu na reakcję Władz Miasta.

Mieszkańcy Rumi. Kochający rodzice.



Rumia, 20.01.2022r.

Osoba do kontaktu:

[redacted]

Pan Burmistrz
Michał Pasieczny
Urząd Miasta Rumia
ul. Jana III Sobieskiego 7
84-230 Rumia

PETYCJA MIESZKAŃCÓW RUMI – RODZICÓW

Zważywszy na fakt, iż Miasto Rumia jest organem prowadzącym szkoły publiczne znajdujące się na naszym terenie, czyli Miasto, a konkretnie Pan jako jego reprezentant i jednocześnie przedstawiciel nas - mieszkańców miasta, ma realny wpływ no to, co się dzieje w podległych Panu placówkach oświatowych, dlatego zwracamy się do Pana z **PETYCJĄ**.

W związku z powyższym oraz faktem iż, narracja rządu oraz mediów głównego nurtu w zakresie sytuacji „pandemicznej" jest w dalszym ciągu podtrzymywana, mamy uzasadnioną obawę, że **NAUKA ZDALNA,** w tym również hybrydowa oraz absurd tzw. **REŻIMU SANITARNEGO,** nie mający żadnego merytorycznego uzasadnienia, będzie kontynuowany w nieskończoność. Pragniemy stanowczo podkreślić, że **nie wyrażamy** zgody na przeprowadzanie tego eksperymentu socjologicznego oraz medycznego na **NASZYCH DZIECIACH**. Ponadto przygotowany został harmonogram działań związanych ze szczepieniami dzieci i młodzieży w wieku od 12 do 18 lat w szkołach, na co również **nie było naszej zgody.**

Chcemy również podkreślić, że wytyczne MEN, MZ, GIS dla szkół wyraźnie informują, że *„**Jest to zbiór zaleceń i rekomendacji**, których celem jest bezpieczna oraz higieniczna organizacja zajęć w warunkach epidemii w nowym roku szkolnym"*, **a nie zbiór obowiązków**, czy też prawo bezwzględnie obowiązujące na terenie RP. Wytyczne nie są źródłem prawa.

Źródło: https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/wytyczne-men-mz-i-gis-dla-szkol-podstawowych-i-ponadpodstawowych-obowiazujace-od-1-wrzesnia-2021-r

Należy również przypomnieć, że zapewniano nas o tym, że nauka zdalna będzie miała **charakter przejściowy.** Zgodziliśmy się ufając, że decyzje podejmowane przez decydentów oparte są na wiarygodnych i merytorycznych przesłankach. Dzisiaj już wiemy, że podjęte

środki były nieadekwatne do zaistniałej sytuacji. Obawiamy się jednak, że nasze dzieci sukcesywnie i regularnie będą zamykane w domach, ponieważ już jesteśmy straszeni kolejną falą. Chcemy, żeby wybrzmiało to wyraźnie:

NIE MA NA TO NASZEJ ZGODY!

Dzieci praktycznie nie chorują, co można sprawdzić w **Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych.** W maju 2021r. dzieci wróciły do szkół i mieliśmy spadek zakażeń!
Nie ma żadnej korelacji pomiędzy kolejnymi obostrzeniami wprowadzanymi przez rząd, zamykaniem czy otwieraniem poszczególnych gałęzi gospodarki, szkół czy innych obiektów użyteczności publicznej, a spadkiem czy też wzrostem poziomu zakażeń. Obecnie widać wręcz, że poziom zakażeń jest wyłącznie wprost proporcjonalny do ilości wykonywanych testów na obecność wirusa. A to oznacza, że te obostrzenia nie działają.

Mając powyższe na uwadze **żądamy** zaprzestania zmuszania naszych dzieci do noszenia masek i stosowania środków do dezynfekcji. Zgodnie ze stanem wiedzy naukowej noszenie masek nie przynosi żadnych korzyści w zwalczaniu Covid-19. Ma natomiast szereg negatywnych skutków ubocznych dla zdrowia fizycznego i psychicznego, co jest szczególnie dotkliwe w przypadku dzieci.

Najpoważniejsze konsekwencje związane są z niedotlenieniem organizmu, które prowadzi do zawrotów i bólu głowy, zaburzeń poznawczych, zaburzeń czucia i równowagi, drgawek, zawału, udaru, śpiączki, a w konsekwencji nawet śmierci. Niedotlenienie spowodowane noszeniem masek powoduje również nieodwracalne zmiany degeneracyjne w mózgu, co może mieć katastrofalne skutki dla kondycji psychicznej i funkcji poznawczych. Zjawisko to jest szczególnie groźne w przypadku dzieci, których mózg wciąż się rozwija. **To dzieci będą największymi ofiarami tego wielkiego eksperymentu społecznego, którym jest noszenie masek (Załącznik nr 1).**

Dr Russell Blaylock (amerykański neurochirurg) twierdzi, że noszenie masek powoduje znaczne **niedotlenienie, co skutkuje znacznym osłabieniem odporności organizmu**. Dlatego noszenie masek oznacza ryzyko infekcji.
W przypadku dzieci jest to proces szczególnie niebezpieczny. Mózg dziecka jest niezwykle aktywny, ponieważ musi się wiele nauczyć. Im bardziej aktywny metabolicznie jest dany organ, tym więcej tlenu potrzebuje. **Niedobór tlenu hamuje rozwój mózgu, a szkody powstałe w wyniku tego procesu są nieodwracalne. Utracone komórki mózgowe już nigdy się nie zregenerują.**
Skutki psychologiczne noszenia masek - Artykuł ze strony internetowej Global Mental Healths Program z Columbia University z Nowego Jorku z 17 kwietnia 2020r. Tytuł: „Why a Mask is Not Just a Mask" Autor: Dr Kathleen M. Pike.
Czy wiecie, że „Wiele małych dzieci wybucha płaczem lub wzdraga się, gdy zbliża się ktoś w masce. Jest to tak powszechne, że niektóre szkoły podstawowe zabraniają masek na szkolnej paradzie. Jednym z powodów jest to, że rozpoznawanie twarzy u małych dzieci jest stosunkowo słabe. Według psychologa z University of Toronto, dr Kang Lee, dzieci osiągają poziom umiejętności rozpoznawania twarzy dopiero w wieku około 14 lat. Wcześniej dzieci widzą raczej indywidualne rysy twarzy, zamiast rozpoznawać osobę jako całość. Zakładając maski, usuwamy informacje, które szczególnie utrudniają dzieciom rozpoznawanie innych i odczytywanie sygnałów emocjonalnych".

Marco Pacori znany włoski psycholog i psychoterapeuta zwrócił uwagę na konsekwencje obowiązkowego noszenia masek w wieku rozwojowym. „Maska obejmuje dużą część twarzy, uniemożliwiając rozpoznanie, interpretację i imitację wyrazu twarzy. Według najwybitniejszych badaczy z dziedziny psychologii znanej jako „język ciała",

mimika twarzy jest jednym z najważniejszych aspektów komunikacji międzyludzkiej. Ta mimika jest wrodzona i uniwersalna, ale jej rozumienie musi być „trenowane" poprzez interakcje międzyludzkie. Badania obrazowe mózgu wykazały, że u dorosłych percepcja mimiki twarzy jest przetwarzana przez trzy wyspecjalizowane obszary w mózgu. U dzieci te obszary nie są jeszcze w pełni ukształtowane. **Noszenie masek przez dzieci w okresie szkolnym nie tylko powoduje pewien rodzaj analfabetyzmu emocjonalnego**, ale może potencjalnie spowodować nieodwracalną redukcję wielkości wymienionych obszarów.

Konsekwencje są zatem dramatyczne, przede wszystkim dlatego, że stan ten grozi pogorszeniem rozwoju emocjonalnego i relacyjnego dzieci, czyniąc je obojętnymi, nieufnymi i niezdolnymi do odczuwania uczuć i empatii." „Dziecko nie będzie już w stanie rozróżnić jednej twarzy od drugiej, stworzyć własnego obrazu i rozpoznać cech wyróżniających płeć seksualną: w praktyce młody człowiek będzie dorastał aseksualnie, bez tożsamości i bez umiejętność zrozumienia, z kim ma do czynienia. **Długotrwałe noszenie maski będzie skutkować niezdolnością do rozwijania podstawowych wartości życia społecznego, takich jak empatia, szczerość, altruizm, solidarność, zaufanie, wierność i miłość, które są budulcem poczucia wspólnoty i więzi społecznych."** Dzieci pozbawione tożsamości i zdolności okazywania i rozumienia emocji nie będą w stanie stworzyć własnej rodziny, powodując rozpad całej tkanki społecznej.

Tym samym stwierdzić należy, iż **w świetle art. 92 Konstytucji RP wprost wynika, iż dyrektorzy szkół nie mają żadnych uprawnień do wydawania regulaminów, zarządzeń lub jakichkolwiek innych aktów prawnych nakładających obowiązek noszenia maseczek w szkole. Dotyczy to nie tylko dzieci, ale także nauczycieli czy pracowników szkoły.**

Zatem wprowadzenie takiego pseudo obowiązku przez dyrekcję na terenie szkół stanowi naruszenie prawa i uprawnia każdego poszkodowanego takim działaniem do złożenia we właściwej miejscowo prokuraturze zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przestępstwa przez dyrektora szkoły z art. 231 k.k.

Warto w tym miejscu dodać, iż dyrektor szkoły nie jest uprawniony do żądania okazania przez rodzica „zaświadczenia" o zwolnieniu dziecka z pseudo obowiązku zasłaniania ust i nosa, jaki wprowadził sobie na podstawie zaleceń i wytycznych GIS i MEiN, a także na podstawie blankietowych rozporządzeń wydawanych przez radę Ministrów w stanie zwykłym z uwagi, iż dokument ten zawiera dane wrażliwe, co do których **art. 9 ust. 1 RODO** ustanawia ogólny zakaz ich przetwarzania.

Ponadto nie nosząc maski, nasze dzieci robią to we własnym interesie. Działają w stanie wyższej konieczności, nikomu nie szkodząc i chroniąc swoje zdrowie. Maski bawełniane, jednorazowe nie są wyrobem medycznym, nie chronią przed transmisją wirusa COVID-19, nie maja atestu na COVID-19. **(Załącznik nr 1 i 1a i 1b)**.

Również CDC (Centers for Disease Control and Prevention) - agencja rządu federalnego Stanów Zjednoczonych wchodząca w skład Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej, pracująca dla WHO raportuje, że po 14-dniowym badaniu 70,9% osób noszących maskę zaraziło się wirusem i tylko 3,9% osób, które masek nie nosiły **(Załącznik nr 2)**.

Źródło: https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/pdfs/mm6936a5-H.pdf

Osobiście nie spotkaliśmy się z jakimikolwiek danymi, czy też informacjami o badaniach, które wskazywałyby na faktyczne pozytywne przeciwdziałanie, czy też zapobieganie rozprzestrzenianiu się epidemii w wyniku stosowania masek, maseczek, przyłbic czy kasków ochronnych. Natomiast powszechnie dostępne są badania przeciwne, które nie tylko wskazują na całkowity brak zasadności zasłaniania ust i nosa jako środka profilaktycznego, ale również wskazują na szkodliwość stosowania tego typu środków, obarczonych poważnymi

konsekwencjami zdrowotnymi z ciężkim uszczerbkiem na zdrowiu włącznie. Istnieje już ponad 100 publikacji, które podważają skuteczność i bezpieczeństwo masek, a ciągle powstają nowe **(Załącznik nr 3).**

Powszechną wiedzą jest, iż dwutlenek węgla (ditlenek węgla) występuje w organizmie człowieka i jest w nim wytwarzany, odgrywa ważną rolę w utrzymaniu równowagi kwasowo-zasadowej organizmu, jego zbyt małe, jak i zbyt duże stężenie jest szkodliwe dla organizmu. W większych stężeniach w powietrzu dwutlenek węgla uniemożliwia usuwanie dwutlenku węgla z organizmu, przez co jest szkodliwy dla zdrowia, a nawet zabójczy, a jego działanie powoduje powstawanie hiperkapni, a co za tym idzie kwasicy oddechowej i w następstwie obrzęku mózgu. Dwutlenek węgla zawarty w powietrzu w stężeniu do około 500 ppm nie szkodliwy dla ludzi, w wyższym stężeniu wywołuje duszności, wywołane utrudnionym wydaleniem dwutlenku węgla powstającego w organizmie. Stężenie powyżej 1000 ppm skutkuje znacznym upośledzeniem zdolności intelektualnych, z kolei stężenie 2500 ppm niemal całkowicie pozbawia człowieka wyższych zdolności umysłowych, a także znaczenie zmniejsza zdolności fizyczne, również w prostych czynnościach.

Dla zdrowego człowieka działanie toksyczne występuje przy stężeniach powyżej 5%, powodujące rozwój hiperkapnii i kwasicy oddechowej. Ciężka kwasica nasila działanie przywspółczulnej aktywności nerwowej, co powoduje osłabienie oddychania i krążenia. Stężenia ponad 10% dwutlenku węgla mogą powodować drgawki, śpiączkę i śmierć. CO_2 w stężeniu przekraczającym 30% działa szybko, prowadząc do utraty przytomności w ciągu kilku sekund.

W załączeniu przekazujemy również pracę naukową z Katedry Fizyki i Agrofizyki w Szczecinie, która opisuje szczegółowo, jak zwiększona zawartość dwutlenku węgla w powietrzu ma wpływ na sprawność intelektualną człowieka **(Załącznik nr 4).**

Nie bez znaczenia pozostaje również fakt, iż zgodnie z treścią **Art.160 k.k.**..cyt.:

[Narażenie człowieka na niebezpieczeństwo]

§ 1. Kto naraża człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 2. Jeżeli na sprawcy ciąży obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 3. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 lub 2 działa nieumyślnie, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

Nie ma żadnych naukowych dowodów, że stosowanie środków dezynfekcyjnych przyczynia się do ograniczenia rozprzestrzeniania wirusów chorób układu oddechowego. **Są natomiast dowody, że te środki są niezwykle szkodliwe i niebezpieczne dla dzieci** Specjaliści uważają, że nie powinno się stosować środków dezynfekcyjnych u dzieci. GIS nie zaleca stosowania dezynfekcji u dzieci, co uzasadnia "…. **obawą wystąpienia negatywnych skutków zdrowotnych w tym reakcji uczuleniowych. Żaden produkt biobójczy nigdy nie był i nie jest przeznaczony typowo dla dzieci..**" – z up. Głównego Inspektoratu Sanitarnego Izabela Kucharska Zastępca Głównego Inspektora Sanitarnego. (sygn. pisma HŚ.BW. 560.2.2020.AM. z dnia 29.04.2020r.) **(Załącznik nr 5).**

W wytycznych MEN, MZ, GIS dla szkół podstawowych i ponadpodstawowych mamy następujące zapisy:

a) W ramach higieny – „**częste mycie rąk (lub dezynfekcja rąk)**" – str.1
b) „**(…) Rekomenduje się, aby uczniowie po przyjściu do szkoły w pierwszej kolejności myli ręce wodą z mydłem.**" – pkt.4, str. 2

co tylko potwierdza fakt, iż dla bezpieczeństwa dzieci i młodzieży wystarczy częste mycie rąk. W załączeniu przedstawiamy także przykładową ulotkę informacyjną bardzo popularnego preparatu dezynfekującego, stosowanego na szeroką skalę w szkołach, zakładach pracy, miejscach użyteczności publicznej. Zawiera on m.in. izopropanol, *„może powodować senność, zawroty głowy, działa drażniąco na oczy; u osób ze skłonnością do alergii może spowodować podrażnienie/wysuszenie skóry, mogą wystąpić objawy zatrucia inhalacyjnego"* ***„Produkt lub pozostałości produktu muszą zostać usunięte jako odpady niebezpieczne." (Załącznik nr 6).***

Podobny skład i działanie mają pozostałe produkty tego typu aplikowane m.in. na ręce naszych dzieci. Także zgodnie z CDC (Amerykańska Agencja Epidemiologiczna) należy odstąpić od używania środków do dezynfekcji rąk, ponieważ niszczą barierę ochronną skóry, obniżają odporność i generują alergie. **Wystarczy ciepła woda i mydło!**

Pojawiły się również badania naukowe podsumowujące fatalne efekty nauki zdalnej i dramatyczne skutki, jakie przymusowa izolacja wywarła na psychikę naszych dzieci.

Tutaj możemy powołać się na **Raport 2021- Etat w sieci 2.0 (Załącznik nr 7)** przygotowany przez Fundację Edukacji Zdrowotnej i psychoterapii, z którego wynika:

- Pod koniec roku szkolnego 2019/2020 dzieci i młodzież „wyrabiały" dziennie etat z nadgodzinami przed ekranem. W roku 2019 średnia czasu spędzanego przez młodzież przed ekranami wynosiła i tak dużo: 3-4 godzin dziennie, tak obecnie średnia ta podskoczyła do **9 godzin dziennie!** Trzeba tutaj zaznaczyć, że pediatrzy i okuliści nie zalecają korzystania z monitorów dzieciom w **wieku 7-12 lat więcej niż 1 h.**
- **częściej niż do tej pory pojawiają się przypadki samoagresji, a nawet próby samobójcze**. W 2020 r. zaobserwowano w Polsce dramatyczny wzrost (o 134%) liczby prób samobójczych wśród dzieci w wieku 13-18 lat w porównaniu z rokiem poprzednim.
- **aż 62% nastolatków miała problemy ze snem**: zasypianiem, budzeniem się w nocy czasem nawet na kilka godzin, czy niewysypianiem się. 40% nastolatków zauważyła u siebie objawy uzależnienia od nowych mediów.
- **problemy sygnalizowane przez młodzież to głównie:** zły stan psychiki (31%) i problemy z nauką zdalną (28%). Rośnie liczba dzieci, u których zdalne nauczanie powoduje depresję.
- Na pytania o naukę zdalną odpowiedziało ponad 700. nauczycieli, którzy zaobserwowali m.in.: **rozregulowanie zegara biologicznego uczniów**, poświęcanie nocy na gry i media społecznościowe, połączone z odsypianiem w dzień **„zdalnymi wagarami"** – notorycznym pomijaniem przed godz. 10:00, lekcji odbywających się online. Dzieci zamiast uczestniczyć w lekcjach grały;
- Badania UMCS (uniwersytet Marii Skłodowskiej w Lublinie) **wykazały, że 68,4% nastolatków cierpi ze względu na izolację społeczną i niemożność bezpośredniego kontaktu z kolegami i koleżankami.** Według przeprowadzanych badań większość nastolatków nie radzi sobie z aktualną sytuacją (75% martwi się o przyszłość, ponad 70% wykazuje problemy emocjonalne). Skutki nauki zdalnej mają wymiar psychologiczny i fizyczny.

Skutki fizyczne to problemy ze wzrokiem, kręgosłupem, otyłość, spędzanie życia w zamkniętych pomieszczeniach, brak aktywności fizycznej.

Skutki psychologiczne izolacji, to m.in.,: problemy emocjonalne , depresje, odczłowieczenie, obojętność, spadek kreatywności. Dzieci radosne, kreatywne, pełne energii, teraz zamykają się w sobie, staja się osowiałe i apatyczne.

NAUKA ZDALNA TO FIKCJA, KTÓRA DEMOLUJE POLSKĄ OŚWIATĘ!

Prosty przykład: dzieci ze słabymi ocenami nagle po okresie nauki zdalnej mają świadectwa z paskiem. Zdalna „nauka" pogrąży pokolenie naszych dzieci.
Warto zajrzeć do raportu i zapoznać się, co na ten temat mówią uczniowie.
Najwyższa pora na wyciągnięcie wniosków i wycofanie się z wadliwych i błędnych decyzji.

Nauka stacjonarna w szkole nie miała i nie ma żadnego wpływu na przebieg pandemii. Odkąd szkoły zostały otwarte liczba zakażeń spada.
Jesteśmy zaniepokojeni również rządową akcją szczepień dzieci i młodzieży przeciwko COVID-19. Jak wynika z informacji przekazywanych przez Ministerstwo Edukacji i Nauki szczepienia są organizowane przez szkoły i realizowane z wykorzystaniem istniejących punktów szczepień populacyjnych, powszechnych lub mobilnych. Na stronach rządowych dostępny jest także harmonogram działań związanych ze szczepieniami młodzieży w wieku od 12 do 18 roku życia w szkołach.

W obliczu zaistniałej sytuacji, szkoła jako placówka oświatowa stała się miejscem, gdzie są przekazywane rodzicom informacje odnośnie szczepień. Naszą intencją jest to, żeby były kompleksowe i rzetelne, ponieważ tylko wtedy rodzice będą mogli podejmować świadome i odpowiedzialne decyzje, w tym jakże ważnym temacie. Decyzje te dotyczą dzieci i młodzieży, dlatego powinniśmy zachować szczególną ostrożność. To na nas dorosłych spoczywa obowiązek zapewnienia im ochrony i stworzenia warunków do optymalnego rozwoju.
Od początku akcji szczepień przeciwko COVID-19 w Polsce przedstawiciele rządu oraz media głównego nurtu prowadzą bardzo jednostronną narrację, co napawa nas dużym niepokojem. Zagłuszane są opinie niezależnych lekarzy oraz naukowców zarówno polskich jak i zagranicznych, którzy poddają w wątpliwość bezpieczeństwo eksperymentalnej, dopuszczonej warunkowo do obrotu na okres jednego roku szczepionki przeciwko COVID-19 oraz podważają zasadność jej powszechnego stosowania, zwłaszcza u dzieci **(Załącznik nr 7a)**.

Warto podkreślić, że 12.07.2021 roku podczas posiedzenia Parlamentarnego Zespołu ds. sanitaryzmu ws. szczepienia dzieci na COVID-19 prof. Andrzej Horban, konsultant krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych, główny doradca Prezesa Rady Ministrów do spraw COVID-19 i przewodniczący Rady Medycznej powiedział:

> *„My jesteśmy zwolennikami szczepień. I nakłaniamy wszystkich, zwłaszcza tych, którzy są narażeni na ciężki przebieg choroby. Na tym etapie dzisiaj jesteśmy. Do przodu chcemy zaszczepić ludzi.* ***Zaszczepić nie dzieci, Bogu ducha winne****, tylko staruszków od 60. roku życia w górę i jak się uda młodszych, jeżeli to zrozumieją.* ***Dzieci zostawmy w spokoju****".*

Biorąc pod uwagę powyższe wyraźnie widać, że nie ma miejsca na merytoryczną dyskusję przedstawicieli świata medycyny i nauki, co powoduje duży niepokój związany z tymi działaniami oraz szereg pytań:

1. Czy w ramach akcji informacyjnej zapoznajecie Państwo Rodziców z faktem, że zgodnie z oficjalnym stanowiskiem firmy Pfizer/BioNTech, preparat ten jest w trzeciej fazie badań klinicznych na osobach dorosłych, co powoduje, że stosowanie go jest eksperymentem medycznym?

2. **Czy w ramach akcji informacyjnej informujecie Państwo Rodziców, że te „szczepionki", które mają być podawane dzieciom zdrowym, są w I fazie badań klinicznych ? (Załącznik nr 8 oraz 8a)**

3. Czy w ramach akcji informujecie Państwo Rodziców, że zgodnie ze stanowiskiem WHO "Potrzebne są dalsze dowody na stosowanie różnych szczepionek COVID-19 u dzieci, aby móc sformułować ogólne zalecenia dotyczące szczepień dzieci przeciwko COVID-19" oraz, że „**Badania nad szczepionkami dla dzieci są w toku**, a WHO zaktualizuje swoje zalecenia, gdy dowody lub sytuacja epidemiologiczna uzasadniają zmianę polityki" (*Wersja angielska ostatnia aktualizacja 22 czerwca 2021 r.*) pełna informacja: Porady dotyczące szczepionek COVID-19 (who.int)

4. Czy nauczyciele posiadają niezbędne kompetencje do przekazywania i informowania o preparacie i czy zostali poinformowani, że przekazywanie informacji o preparacie może być traktowane jak namawianie do udziału w eksperymencie medycznym, za co w przyszłości mogą grozić indywidualne procesy odszkodowawcze? Tym samym odsyłamy do strony internetowej j.n., gdzie opracowano raporty NOP po szczepionce przeciw COVID-19 zarejestrowane w Polsce:
Źródło: https://www.pzh.gov.pl/serwisy-tematyczne/niepozadane-odczyny-poszczepienne-covid-19/?fbclid=IwAR165ul7cF1vvJwWYvn1Jv4_YdnaQKDrLbxp1U2W6Ag4q-Jhx3n59NxDHos
oraz do apelu Polskiego Stowarzyszenia Niezależnych Lekarzy i Naukowców w sprawie natychmiastowego wstrzymania Narodowego Programu Szczepień przeciwko COVID-19 **(Załącznik nr 9)** a także Listu Polskiego Stowarzyszenia Niezależnych Lekarzy i Naukowców z dnia 24.06.2021r.w sprawie szczepień dzieci **(Załącznik nr 10)**.

5. Czy nauczyciele i podlegli Państwu pracownicy pedagogiczni biorący udział w akcji informacyjnej zostali poinformowani o tym, że presja informacyjna jakiej poddawane będą dzieci i ich rodzice może mieć znamiona mobbingu wobec, którego mają zastosowania konkretne akty prawne?

Zdrowie dzieci i młodzieży jest dla nas priorytetem, dlatego zachęcamy Włodarzy Miasta do lektury n/w dokumentów ponieważ zawarte w nich informacje pozwolą kompleksowo i obiektywnie spojrzeć na temat szczepień dzieci i młodzieży. Należy wyraźnie zaznaczyć, że dostępne szczepionki przeciwko COVID-19 nie mają jeszcze ukończonej III i IV fazy badań klinicznych, co oznacza, że szczepienia tymi preparatami są w istocie eksperymentem medycznym **(Załącznik nr 10,11,12)**. Prowadząc akcję promocyjną w tym zakresie na terenie szkół jesteście Państwo **współodpowiedzialni** za konsekwencję tych działań. Jednocześnie polecamy lekturę wyników badań o szkodliwości "szczepionek" mRNA z renomowanego czasopisma medycznego Circulation, oraz komentarz znanego Kardiologa Brytyjskiego Dr Aseem Malhotra **(Załącznik nr 13). Istnieją także skuteczne metody terapii choroby grypopodobnej zwanej COVID-19 oraz dowody na to, że ta skuteczna terapia jest blokowana poprzez propagandę głównych mediów (Załącznik nr 14)**. Skuteczność terapii lekowej w leczeniu przyczynowym grypy potwierdzał także prof. Andrzej Horban w komunikacie z dnia 20.XI.2009r., będący w owym czasie Krajowym Specjalistą w dziedzinie chorób zakaźnych **(Załącznik nr 15 i 16)**.

Mając powyższe na uwadze SPRZECIWIAMY SIĘ i ŻĄDAMY:

- zaprzestania zastraszania uczniów oraz wprowadzania niepotrzebnej paniki. Nasze zdrowe dzieci nie są źródłem żadnych infekcji, o czym świadczy zdrowie nasze i naszych rodzin;
- wycofania się dyrektorów szkół z pomysłu kontynuacji nauki zdalnej, która de facto jest zdalną degradacją, kreatywnych, pełnych energii i radości życia młodych ludzi.

- zaprzestanie reżimu sanitarnego (maski i dezynfekcja), który jak wiemy, bazując na badaniach randomizowanych, opiniach niezależnych ekspertów i specjalistów oraz własnych obserwacjach i doświadczeniach są całkowicie niezasadne, a wręcz NIEBEZPIECZNE.
- niedopuszczenia do propagandy szczepień oraz faktycznych szczepień na terenie szkół.

Oczekujemy, że Pan Burmistrz, kuratorium, dyrektorzy szkół oraz nauczyciele zainteresują się wreszcie zdrowiem i dobrem naszych dzieci. Doświadczenia czasu pandemii wyraźnie pokazują, że stosowane metody i środki nie miały faktycznego wpływu na jej przebieg. Dlatego też żądamy podjęcia realnych działań, aby nasze dzieci miały dostęp do tradycyjnej, stacjonarnej edukacji wśród grupy rówieśników, tak jak miało to miejsce przed 12 marca 2020r.

Nie mamy żadnych wątpliwości, że zdalna nauka i reżim sanitarny mają tylko i wyłącznie **negatywne skutki na zdrowie psychiczne i fizyczne naszych dzieci.**

Nie wyobrażamy sobie powtórki z tego eksperymentu socjologicznego i nie zgadzamy się na niego!

Chcemy normalnej szkoły, oraz normalnego życia dla naszych dzieci. Chcemy aby nasze dzieci normalnie żyły, uczyły się i bawiły z rówieśnikami; nawiązywały przyjaźnie; uczyły się relacji międzyludzkich, bo tego właśnie potrzebują, a nie komputera! Komputer nie jest najlepszym przyjacielem człowieka!

Apelujemy o podjęcie wszelkich działań, które jak wiemy leżą w Pana kompetencjach, **aby nasze dzieci powróciły do normalnej szkoły, bez reżimu sanitarnego i jakiejkolwiek segregacji sanitarnej!**

Ufamy, że Burmistrz Miasta Rumia przestrzega prawa, a nie zaleceń i rekomendacji, które nie mają oparcia w prawie, ani nie stanowią prawa oraz nie mają żadnego uzasadnienia merytorycznego oraz naukowego.

Oczekujemy, iż wybrani przez nas przedstawiciele samorządu wykażą się odpowiedzialnością zarówno przed społeczeństwem, jak i PANEM BOGIEM!

Jednocześnie informujemy, że podejmujemy dalsze działania w trosce o życie i zdrowie naszych dzieci.

Z poważaniem,

Mieszkańcy Rumi. Kochający rodzice.

Uprzejmie prosimy o odpowiedź pisemną na podany adres + e-mail

[redacted]

Załączniki:
1) Opracowanie o maskach
1a) Ulotka informacyjna do masek - szt.4
2) Wyciąg z raportu CDC o szkodliwości noszenia maseczek i powodowaniu wzmożonych zachorowań na COVID-19 (wykonany na zlecenie WHO)
3) Podsumowanie ponad 100 publikacji podważających skuteczność i bezpieczeństwo masek
4) Materiał naukowy Katedry Fizyki dotyczący stężenia CO2 w powietrzu i ich wpływie na zdrowie, z czym mamy do czynienia w przypadku wydychanego powietrza pod maskami
5) Opracowanie o dezynfekcji
6) Przykład charakterystyki preparatu do dezynfekcji rąk
7) Raport 2021- Etat w sieci 2.0
7a) ekspertyza mecenas Katarzyny Tarnawy – Gwóźdź z Kancelarii J & Z, Bielsko – Biała : https://ordomedicus.org/szczepienia-na-covid-19-sa-eksperymentami-medycznymi-ekspertyza-prawna/
8) Decyzja administracyjna Prezesa URPLWMi PB z dnia 27.04.2021r. skierowana do BioNTech
8a) Warunkowe pozwolenie – szczepienia dzieci na wniosek producenta https://psnlin.pl/print.php?arg1=artykuly,szczepienia-dzieci-na-wniosek-producenta,18,161
9) Apel Polskiego Stowarzyszenia Niezależnych Lekarzy i Naukowców w sprawie natychmiastowego wstrzymania Narodowego Programu Szczepień przeciwko COVID-19 z dnia 19.07.2021r. oraz 17.11.2021r.
10)Opracowanie dr n.med. Piotra Witczaka „Szczepienia dzieci przeciwko Covid-19"
11)List Polskiego Stowarzyszenia Niezależnych Lekarzy i Naukowców w sprawie szczepień dzieci z dn.24.06.21r.

12)Opinia prawna na temat szczepień Stowarzyszenie Prawników „Głos Wolności"
13)Wynik badań o szkodliwości "szczepionek" mRNA z renomowanego czasopisma medycznego Circulation, oraz komentarz znanego Kardiologa Brytyjskiego Dr Aseem Malhotra:
14) Skuteczne metody terapii choroby grypopodobnej zwanej COVID-19 oraz dowody na to, że ta skuteczna terapia jest blokowana poprzez propagandę głównych mediów
15) Komunikat z dnia 20.XI.2009r.
16) Wyciąg z podręcznika dla medyków z 1973r.

oryginały załączono do pisma do Burmistrza złożonego tego samego dnia

12)Opinia prawna na temat szczepień Stowarzyszenie Prawników „Głos Wolności”
13)Wynik badań o szkodliwości "szczepionek" mRNA z renomowanego czasopisma medycznego Circulation, oraz komentarz znanego Kardiologa Brytyjskiego Dr Aseem Malhotra:
14) Skuteczne metody terapii choroby grypopodobnej zwanej COVID-19 oraz dowody na to, że ta skuteczna terapia jest blokowana poprzez propagandę głównych mediów
15) Komunikat z dnia 20.XI.2009r.

PETYCJA RODZICIELSKA PODPISY

12)Opinia prawna na temat szczepień Stowarzyszenie Prawników „Głos Wolności"
13)Wynik badań o szkodliwości "szczepionek" mRNA z renomowanego czasopisma medycznego Circulation, oraz komentarz znanego kardiologa Brytyjskiego Dr Aseem Malhotra:
14) Skuteczne metody terapii choroby grypopodobnej zwanej COVID-19 oraz dowody na to, że ta skuteczna terapia jest blokowana poprzez propagandę głównych mediów
15) Komunikat z dnia 20.XI.2009r.

PETYCJA RODZICIELSKA PODPISY

PETYCJA RODZICIELSKA PODPISY

PETYCJA RODZICIELSKA PODPISY

12)Opinia prawna na temat szczepień Stowarzyszenie Prawników „Głos Wolności"
13)Wynik badań o szkodliwości "szczepionek" mRNA z renomowanego czasopisma medycznego Circulation, oraz komentarz znanego Kardiologa Brytyjskiego Dr Aseem Malhotra:
14) Skuteczne metody terapii choroby grypopodobnej zwanej COVID-19 oraz dowody na to, że ta skuteczna terapia jest blokowana poprzez propagandę głównych mediów
15) Komunikat z dnia 20.XI.2009r.

PETYCJA RODZICIELSKA PODPISY

PETYCJA RODZICIELSKA PODPISY

PETYCJA RODZICIELSKA PODPISY

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9) Apel Polskiego Stowarzyszenia Niezależnych Lekarzy i Naukowców w sprawie natychmiastowego wstrzymania Narodowego Programu Szczepień przeciwko COVID-19 z dnia 19.07.2021r. oraz 17.11.2021r.
10) Opracowanie dr n.med. Piotra Witczaka „Szczepienia dzieci przeciwko Covid-19"
11) List Polskiego Stowarzyszenia Niezależnych Lekarzy i Naukowców w sprawie szczepień dzieci z dn.24.06.21r.
12) Opinia prawna na temat szczepień Stowarzyszenie Prawników „Głos Wolności"
13) Wynik badań o szkodliwości "szczepionek" mRNA z renomowanego czasopisma medycznego Circulation, oraz komentarz znanego Kardiologa Brytyjskiego Dr Aseem Malhotra:
14) Skuteczne metody terapii choroby grypopodobnej zwanej COVID-19 oraz dowody na to, że ta skuteczna terapia jest blokowana poprzez propagandę głównych mediów
15) Komunikat z dnia 20.XI.2009r.

PETYCJA RODZICIELSKA PODPISY

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

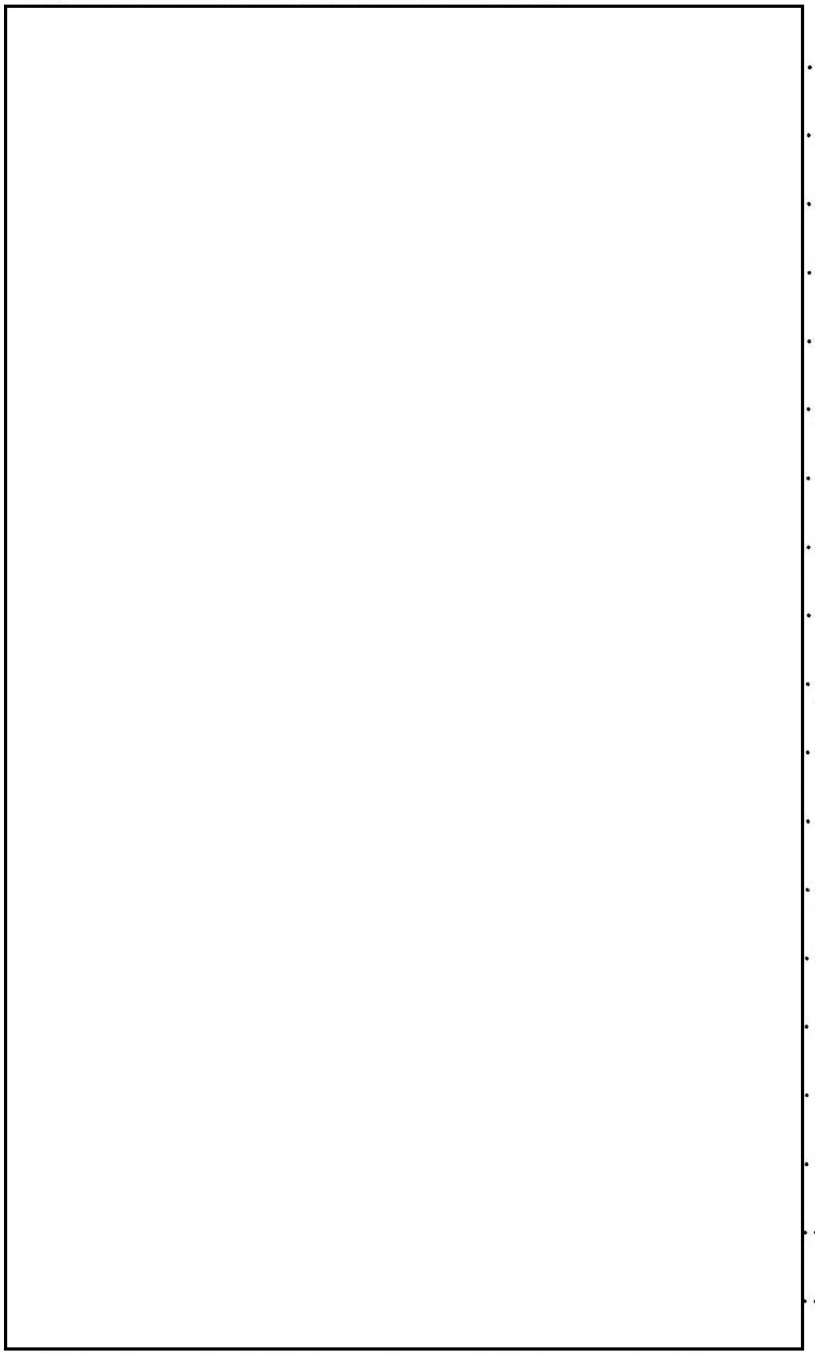
.....

.....

.....

.....

PETYCJA RODZICIELSKA PODPISY



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Załącznik nr 1

OCENA PRZYDATNOŚCI MASEK W WALCE Z COVID-19 I SKUTKI UBOCZNE ICH NOSZENIA (CO MÓWI NA TEN TEMAT NAUKA?)

Spis treści:

WSTĘP 2

ROZDZIAŁ I: Ocena skuteczności masek w zatrzymywaniu wirusów układu oddechowego 4

ROZDZIAŁ II: Maski na sali operacyjnej 8

ROZDZIAŁ III: Czy noszenie masek ma skutki uboczne dla zdrowia? 10

ROZDZIAŁ IV: Psychiczne skutki noszenia masek 13

SUPLEMENT 15

wersja skrócona

(pełna wersja dostępna na https://wpopole.pl/)

Wolna Polska Opole

https://wpopole.pl/

grudzień 2020

WSTĘP

Kilka miesięcy temu w wielu miejscach na świecie wprowadzono obowiązek noszenia masek w celu ochrony przed zakażeniem koronawirusem. Rządzący powołują się na ekspertów, którzy zapewniają o skuteczności noszenia masek. Eksperci z kolei powołują się na badania naukowe, z których to podobno wynika. Nie podają nam jednak źródeł tych badań.

Niepokój budzi dodatkowo fakt, że jeszcze wiosną tego roku opinia ekspertów była zgoła odmienna. Twierdzono wtedy powszechnie, że maski są zupełnie nieskuteczne w zatrzymywaniu wirusów.

Ta nagła i gremialna zmiana zdania stała się dla nas bezpośrednim impulsem do samodzielnego poszukiwania informacji na temat rzeczywistego stanu wiedzy naukowej dotyczącej skuteczności masek. W tym opracowaniu prezentujemy wyniki tych poszukiwań. Zgromadzono badania ze wszystkich ważniejszych ośrodków naukowych na świecie. Wyniki swoich badań prezentują naukowcy z renomowanych uczelni ze Stanów Zjednoczonych, Kanady, Danii, Niemiec, Włoch, Japonii i innych krajów. Zgromadzone zostały też artykuły naukowe ekspertów z dziedziny immunologii, wirusologii, specjalistów od bioaerozoli i innych, którzy w odróżnieniu od medialnych autorytetów medycznych w swoich twierdzeniach podpierają się solidną wiedzą naukową, a do artykułów dołączają szczegółową bibliografię. Wyniki naszych poszukiwań są druzgocące.

Przeprowadzona kwerenda i przegląd aktualnych badań naukowych z okresu ostatnich 15-20 lat pokazują, że badań udowadniających skuteczność noszenia masek praktycznie nie ma. Wprost przeciwnie, przytłaczająca większość badań udowadnia, że maski są nieskuteczne w zatrzymywaniu wirusów grypy i innych wirusów chorób układu oddechowego o podobnej wielkości (a koronawirus ma właśnie taką wielkość). Część badań zresztą odnosi się również bezpośrednio do koronawirusa.

Z wielu badań wynika, że noszenie maski nie zmniejsza, a wręcz zwiększa ryzyko infekcji.

Pojawiają się często opinie, że "*...przecież chirurdzy i pielęgniarki na sali operacyjnej też noszą maski, i to często przez wiele godzin i jakoś nic odczuwają negatywnych skutków ubocznych*". Jest to nieprawda - przeprowadzono wiele badań naukowych, które takie negatywne skutki udowodniły.

Po drugie i dużo ważniejsze: warunki pracy personelu medycznego na sali operacyjnej są zupełnie nieporównywalne do warunków, w jakich przebywa przeciętny człowiek noszący maskę. I nie chodzi tylko o to, że powietrze w sali operacyjnej jest wyjątkowo czyste, choć tak w istocie jest. Otóż sala operacyjna jest doskonale wentylowana. Powietrze wpływa do niej przez system filtrów i za pomocą tzw. sufitu laminarnego jest rozprowadzane po sali operacyjnej. Wytyczne dla wentylacji sal operacyjnych wymagają, aby tzw. krotność wymian wynosiła 820 w zależności od rodzaju przeprowadzanych operacji i zabiegów. Oznacza to, że w ciągu godziny do sali operacyjnej o pow. $\sim 35\ m^2$ dostarczane jest powietrze o objętości od 850 m^3 do 2 100 m^3 i taka sama objętość zużytego powietrza jest w tym czasie usuwana. Wokół pola operacyjnego nieustannie przepływa strumień ukierunkowanego, świeżego i filtrowanego powietrza. A mimo to personel odczuwa dolegliwości z powodu noszenia masek.

Notabene od wielu lat toczy się w środowisku medycznym dyskusja na temat zasadności ich noszenia. Powoli upowszechnia się wiedza o ich nieskuteczności i negatywnych konsekwencjach zdrowotnych. Pojawiają się głosy, żeby zrezygnować z tego dyskusyjnego środka ochrony. Maski zostały wprowadzone do praktyki lekarskiej w 1897 roku bez przeprowadzonych naukowych badań. Francuski chirurg Paul Berger uznał bowiem, że zmniejszy to ilość kropel z ust operatora lub personelu medycznego mogących zainfekować pole operacyjne. Dopiero od niedawna przeprowadza się badania, z których wynika jednoznacznie nieskuteczność i zarazem szkodliwość masek. Są wypowiedzi ekspertów (tutaj), że gdyby maski zechciano wprowadzić dzisiaj, to prawdopodobnie w ogóle nie zaistniałyby w praktyce lekarskiej.

Zgromadzone tu badania dotyczą eksperymentów w warunkach laboratoryjnych, albo badań na uczestnikach grup nie większych niż kilka tysięcy. Są już jednak dane statystyczne pokazujące nieskuteczność masek w dużo większej skali. W Stanach Zjednoczonych przeanalizowano dane dotyczące wskaźników śmiertelności

związanej z Covid-19. Nakaz noszenia masek nie obniżył śmiertelności w żadnym ze stanów. 20 stanów USA, które nigdy nie nakazały ludziom noszenia masek, ma dużo niższe wskaźniki śmiertelności CV-19 niż 30 stanów, które taki obowiązek wprowadziły. W większości stanów USA bez maski współczynnik zgonów CV-19 jest poniżej 20 na 100 000 mieszkańców, a w żadnym z nich ten wskaźnik nie przekracza 55. Wszystkie 13 stanów, w których współczynnik zgonów jest wyższy niż 55, to stany, które wymagały noszenia masek we wszystkich miejscach publicznych. (źródło)

Również w Polsce obserwujemy, że brak jest korelacji pomiędzy noszeniem masek a tzw. krzywą zachorowalności. Krzywa poszybowała w górę od momentu, gdy wprowadzono nakaz noszenia masek praktycznie wszędzie.

W październiku 2020r. amerykańskie CDC opublikowało raport, z którego wynika, że 85% pacjentów z objawami COVID-19 zachorowało pomimo tego, że nosili maski. Maski w niczym nie pomogły.

Jest jednak coś więcej. Maski nie tylko nie pomagają. Ich noszenie ma poważne konsekwencje dla zdrowia. Podczas noszenia maski w każdym cyklu oddechowym wdycha się część wydychanego wcześniej dwutlenku węgla. Już po krótkim czasie może to prowadzić do niedotlenienia. Jak wykazano w wielu badaniach naukowych, niedotlenienie prowadzi do zawrotów i bólu głowy, zaburzeń poznawczych, zaburzeń czucia i równowagi, drgawek, zawału, udaru, śpiączki, a w konsekwencji nawet śmierci. To nie wszystko. Niedotlenienie ma bardzo negatywny wpływ na przebieg chorób autoimmunologicznych. Są również badania wykazujące, że niedotlenienie wpływa na przyśpieszenie rozwoju raka i może doprowadzić do uszkodzeń mózgu, które są nieodwracalne. Obraz, jaki się wyłania ze zgromadzonych tu badań pokazujących szkodliwość noszenia masek jest przerażający.

Wspomniane negatywne skutki uboczne to jednak niestety nie wszystko. Noszenie masek może pociągać za sobą również poważne zagrożenie dla zdrowia psychicznego i procesów poznawczych. Szczególnie ryzykowne jest to w przypadku dzieci. Mimika twarzy jest jednym z najważniejszych aspektów komunikacji międzyludzkiej. Nie przychodzimy na świat z umiejętnością rozpoznawania emocji. Dziecko dopiero się tego uczy. Jeśli będą otaczać je zamaskowane twarze, dziecko nie rozwinie w sobie empatii, odczuwania i przekazywania wszystkich emocji, które są niezbędne do komunikowania się z innymi ludźmi i tworzenia prawidłowych więzi społecznych.

Wciąż jeszcze mamy czas, żeby temu zapobiec.

P.S. Przedstawiony przegląd badań i artykułów naukowych naturalnie nie jest kompletny. Mimo wszelkich starań o dochowanie rzetelności mogły również wkraść się błędy. Będziemy zatem wdzięczni za wszelkie uwagi do niniejszego opracowania.

ROZDZIAŁ I: Ocena skuteczności masek w zatrzymywaniu wirusów układu oddechowego

Przedstawione w tym rozdziale badania naukowe i artykuły autorstwa ekspertów z dziedziny medycyny, fizyki, inżynierii medycznej i innych dotyczą oceny skuteczności masek w zapobieganiu wirusowym infekcjom dróg oddechowych.

Oprócz badań dotyczących masek zamieszczono także dokumenty dotyczące obowiązujących norm zawartości tlenu w powietrzu w środowisku pracy.

Wszyscy naukowcy zgadzają się co do jednego: maski chirurgiczne i maski z tkaniny dają w pewnym (bardzo niewielkim) stopniu ochronę jedynie przed kroplami, ale nie przed aerozolem. W wielu pracach pojawia się sformułowanie, że ochrona przed aerozolami jest marginalna, wręcz pomijalna statystycznie. To oznacza, że noszenie masek przez osoby zdrowe, albo chore bezobjawowe (nie mające widocznych objawów choroby, takich jak katar czy kaszel), nie ma żadnego uzasadnienia. Z ostatnich badań, opublikowanych 20 listopada b.r. w czasopiśmie "Nature" przez naukowców z Uniwersytetu w Wuhan, wynika, że osoby bezobjawowe nie zarażają ("Post-lockdown SARS-CoV-2 nucleic acid screening in nearly ten million residents of Wuhan, China" Article number: 5917 (2020)).

Pewne różnice w ocenie skuteczności masek dotyczą masek N95, np. niektórzy naukowcy piszą o ich skuteczności; inni znów, że te maski mają zbliżoną efektywność do masek chirurgicznych. Maska N95 jako jedyna prawdopodobnie daje w pewnym stopniu ochronę przed aerozolem (jest w niej specjalny filtr), ale tylko pod warunkiem, że jest dobrze dopasowana, co jest bardzo trudne do uzyskania w warunkach codziennego użytkowania. Spora część tych masek jest jednak wyposażona w zawór ułatwiający wydech. Otoczenie osoby noszącej taką maskę narażone jest więc na kontakt ze strumieniem powietrza wydychanego przez tę osobę, który wydostaje się przez zawór bez jakiejkolwiek filtracji. Jeśli w otoczeniu takiej osoby przebywa ktoś np. w masce chirurgicznej, to narażony jest na zarażenie dokładnie tak samo, jakby obie te osoby nie miały w ogóle masek. Tu warto nawiązać do pewnej kwestii, która stanowi ważny element w publicznej dyskusji na temat masek. Medialni eksperci tłumaczą nam, że noszenie masek jest aktem społecznej solidarności, wręcz aktem altruizmu. Jeśli przyjąć taką narrację za dobrą monetę, to osoby noszące maski N95 są egoistami. Sami siebie zabezpieczają (co prawda w nieznacznym stopniu), za to narażają swoje otoczenie, wydychając na nie z zaworu w masce zanieczyszczone powietrze spod swojej maski.

1. Ocena skuteczności bawełnianych i chirurgicznych masek

Badanie z 2015r.

Tytuł: "A cluster randomised trial of cloth masks compared with medical masks in healthcare workers".

Autorzy: Raina MacIntyre, Holly Seale, Tham Chi Dung, Nguyen Tran Hien, Phan Thi Nga, Abrar Ahmad, Chughtai i inni

Prawdopodobnie jedno z najszerzej zakrojonych i udokumentowanych badań dotyczących skuteczności masek. Profesor Raina MacIntyre jest kierownikiem Szkoły Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej Uniwersytetu Nowej Południowej Walii w Australii. Jest także przewodniczącą Biosecurity Program w Instytucie Kirby, który prowadzi badania z zakresu epidemiologii, wakcynologii, prewencji bioterrorystycznej, matematycznego modelowania, genetycznej epidemiologii, zdrowia publicznego i prób klinicznych w zakresie chorób zakaźnych. Szeroko zakrojone badanie przeprowadzono na 1607 pracownikach służby zdrowia, którzy zostali podzieleni na trzy grupy: grupę, która nosiła przez cały czas maskę medyczną, grupę noszącą przez cały czas maskę z tkaniny oraz grupę kontrolną, która stosowała dotychczasową praktykę (zakładanie maski bądź nie w zależności od potrzeby).

Poziom wszystkich wyników infekcji był najwyższy dla grup noszących maski, z poziomem infekcji grypopodobnej znacząco wyższym w przypadku masek materiałowych. **Osoby noszące maski z tkaniny miały**

najwyższy wskaźnik infekcji, wyższy nawet niż grupa kontrolna.

Analiza użycia masek pokazywała, że ILI (infekcje grypopodobne) (...) i laboratoryjnie potwierdzone wirusy (...) były znacząco wyższe w grupie noszącej maski bawełniane w porównaniu z grupą noszącą maski chirurgiczne. Penetracja cząstek przez maski materiałowe wynosiła prawie 97% przy 44% w przypadku masek chirurgicznych.

Według badaczy jest to pierwsze badanie RCT* dotyczące masek materiałowych i jego wyniki przestrzegają przed stosowaniem masek materiałowych.

„Jest to ważne odkrycie wpływające na bezpieczeństwo i higienę pracy. Zatrzymywanie wilgoci, ponowne stosowanie masek materiałowych i słaba filtracja mogą doprowadzić do zwiększonego ryzyko wystąpienia infekcji. Konieczne są dalsze badania (...). Jednakże maski materiałowe nie powinny być zalecane jako środek zapobiegawczy dla pracowników służby zdrowia, szczególnie w sytuacjach wysokiego ryzyka, a wytyczne muszą zostać naktualnione."

„Wykazano, że skuteczność filtracji była wyjątkowo słaba (prawie 0%) w przypadku masek z tkaniny. Obserwacje przeprowadzone podczas (epidemii wirusa) SARS sugerowały, że noszenie masek i inne praktyki zwiększają ryzyka infekcji z powodu wilgoci, dyfuzji cieczy i zatrzymywania patogenów. Te efekty mogą być związane z maskami z materiału."

„Chociaż nie wykazano skuteczności w przypadku masek medycznych, możliwa jest skuteczność o wielkości zbyt małej, aby można było ją wykryć."

„Co więcej, nie znaleźliśmy znaczącej różnicy we wskaźnikach izolacji wirusa u użytkowników masek medycznych między trzema badaniami, co sugeruje, że wyniki tego badania można interpretować jako częściowo wyjaśnione szkodliwym wpływem masek z materiału."

(RCT (Randomized Controlled Trial) jest to naukowe badanie, podczas którego przydziela się losowo pacjentów do grup porównawczych.)*

2. Ocena skuteczności chirurgicznych masek w zapobieganiu Covid-19

Badanie z 18 listopada 2020r.

Tytuł: "Effectiveness of Adding a Mask Recommendation to Other Public Health Measures to Prevent SARS-CoV-2 Infection in Danish Mask Wearers".

Autorzy: Henning Bundgaard, Johan Skov Bundgaard, Daniel Emil Tadeusz Raaschou-Pedersen i inni

Badanie przeprowadził zespół badaczy z Uniwersytetu w Kopenhadze w Danii. Pracami kierował profesor Henning Bundgaard, doktor nauk medycznych, specjalista w dziedzinie kardiologii, pracownik naukowy Wydziału Kardiologii Uniwersytetu w Kopenhadze, z ogromnym dorobkiem naukowym (brał udział w 74 projektach badawczych w ciągu ostatnich 5 lat).

Przeprowadzono szeroko zakrojone randomizowane badanie wśród ok. 6 000 uczestników. Połowa nosiła maski przez co najmniej 3 godziny dziennie poza domem, grupa kontrolna ich nie nosiła. W tym czasie w Danii nie było obowiązku noszenia masek w miejscach publicznych. Maski dostarczone uczestnikom były wysokiej jakości maskami chirurgicznymi o współczynniku filtracji 98%. Uczestnicy zostali przetestowani na obecność przeciwciał przed przystąpieniem do badania, aby wykluczyć u nich infekcję.

Po zakończeniu badania: "zakażenie SARS-CoV-2 wystąpiło u 42 uczestników z zalecanymi maskami (1,8%) i 53 uczestników z grupy kontrolnej (2,1%). Różnica między grupami wynosiła -0,3 punktu procentowego." "(...) zaobserwowana różnica nie była istotna statystycznie (...)".

„Nasze wyniki sugerują, że zalecenie noszenia maski chirurgicznej (...) nie zmniejszyło częstości zakażeń SARS-CoV-2 u osób noszących maski."

(Należy tu dodać, że autorzy tego badania mieli duże problemy z publikacją wyników tego badania. Przez kilka tygodni trwały próby zamieszczenia artykułu w czasopismach medycznych. Niestety żaden z wiodących periodyków medycznych nie zgodził się na publikację. Dotyczy to takich czasopism jak: "the Lancet", "New England Journal of Medicine", "JAMA" (czasopismo American Medical Association). Jeden z autorów badania, profesor Thomas Benfield, wyraził przypuszczenie, że „badanie zostanie opublikowane, gdy tylko jakieś czasopismo będzie na tyle odważne, by przyjąć artykuł". Na szczęście takie czasopismo się znalazło. Ostatecznie wyniki badania zostały opublikowane w "Annals of Internal Medicine".)

3. Ocena skuteczności masek, higieny rąk i dezynfekcji w walce z zakażeniami

Badanie z maja 2020r.

Tytuł: "Nonpharmaceutical Measures for Pandemic Influenza in Nonhealthcare Settings—Personal Protective and Environmental Measures".

Autorzy: Xiao J., Shiu E. Gao H., Wong J. Y., Fong M. W., Sukhyun Ryu i Benjamin J. Cowling

Autorami artykułu jest grupa naukowców w dziedzinie medycyny z Uniwersytetu w Hongkongu (Chiny). Kierownik zespołu badawczego, starszy asystent naukowy Jingyi Xiao, jest pracownikiem School of Public Health na tymże Uniwersytecie. Zajmuje się m.in. wirusami chorób układu oddechowego.

Badacze dokonali przeglądu i metaanalizy 14 randomizowanych badań naukowych przeprowadzonych przez różne ośrodki naukowe z całego świata.

Wniosek z tego przeglądu jest jednoznaczny: „Chociaż badania mechanistyczne potwierdzają potencjalny wpływ higieny rąk lub masek, dowody z (...) badań tych środków nie potwierdziły istotnego wpływu na przenoszenie się grypy potwierdzonej laboratoryjnie".

Przegląd dotyczył skuteczności zastosowania środków ochrony osobistej, w tym higieny rąk, przyjętych zachowań pacjentów w trakcie zachorowania, zastosowania masek, a także czyszczenia i dezynfekcji otoczenia. Autorzy badali między innymi wpływ higieny rąk w połączeniu z noszeniem masek na przenoszenie się wirusa grypy i wykazali, że ten wpływ nie był istotny statystycznie. Higiena rąk i czyszczenie i dezynfekcja pomieszczeń, w których przebywają ludzie, skutecznie zapobiega przenoszeniu drobnoustrojów przenoszących choroby układu pokarmowego (np. biegunki), a także niektóre choroby układu oddechowego (przenoszone przez wirusa RSV). Nie dotyczy to jednak przenoszenia wirusa grypy. Wspomniane środki ochrony osobistej mają znikomy (pomijalny statystycznie) wpływ na przenoszenie się wirusa grypy. Autorzy zauważają, że maski medyczne stosowane są przez personel medyczny jako środek ochronny przed przypadkowym zanieczyszczeniem rany u pacjenta oraz środek chroniący przed rozpryskami płynów ustrojowych. **Przedmiotowa metaanaliza nie wykazała istotnego statystycznie wpływu noszenia masek na rozprzestrzenianie się wirusa grypy**, niezależnie od tego, czy dotyczyło to noszenia masek przez osoby zarażone, czy też prewencyjnego noszenia masek przez osoby zdrowe.

4. Profesor Ines Kappstein analizuje rekomendacje dotyczące stosowania masek

Badanie z sierpnia 2020r.

Tytuł: „Mund-Nasen-Schutz in der Öffentlichkeit: Keine Hinweise für eine Wirksamkeit"

Autor: Ines Kappstein

Przegląd badań naukowych i rekomendacji wydanych przez instytucje zdrowia publicznego z różnych krajów, przeprowadzony przez prof. dr med. Ines Kappstein, specjalistkę z zakresu wirusologii, epidemiologii i higieny, pracującą w klinice w Berchtesgaden (Niemcy). Autorka przeglądu przeanalizowała rekomendacje wydane przez WHO, ECDC, CDC, Instytut Roberta Kocha oraz badania naukowe, które stanowiły podstawę do

tych rekomendacji.

Prof. Kappstein podsumowuje rekomendacje WHO: maski mogą służyć tylko jako środek psychologiczny przypominający o trwającej pandemii i być może potencjalnie zmniejszać ilość zakażeń (chociaż WHO przyznaje, że nie ma na to dowodów). Natomiast dużo dłuższa jest lista argumentów na niekorzyść masek wymieniana przez WHO: "W szczególności problemy z noszeniem maski mogą wystąpić u dzieci, u osób z chorobami psychicznymi, u osób starszych z zaburzeniami poznawczymi, u osób z astmą lub przewlekłymi problemami z oddychaniem, u osób, które miały urazy twarzy lub niedawno przeszły operację laryngologiczną, u osób mieszkających w gorącym i wilgotnym otoczeniu."

ECDC przyznaje, że **nie ma mocnych argumentów na korzyść noszenia masek**, natomiast mogą być one źle tolerowane przez dzieci i osoby z przewlekłymi chorobami układu oddechowego. ECDC uważa, że należy dokładnie rozważyć wszystkie argumenty za i przeciw maskom.

„Nie ma żadnego naukowo uzasadnionego dowodu z literatury specjalistycznej cytowanej w artykule Instytutu Roberta Kocha, (...) że maski noszone przez normalną populację w miejscach publicznych (sklepy, transport publiczny), (...) mogłyby ograniczyć przenoszenie patogenów w infekcjach dróg oddechowych, takich jak grypa lub Covid-19."

Prof. Kappstein zauważa ze zdumieniem, że **rekomendacje np. Instytutu Roberta Kocha są sprzeczne z danymi, które tenże Instytut podaje jako podstawę do tychże rekomendacji.**

"Ani RKI, ani WHO, ani ECDC ani CDC nie przedstawiły danych naukowych dotyczących pozytywnego wpływu masek w miejscach publicznych (w sensie zmniejszonej „szybkości rozprzestrzeniania się COVID-19 w populacji"), ponieważ brak jest takich danych. Aktualizacja przeglądu Cochrane również w żaden sposób nie wspiera stosowania masek w przestrzeni publicznej. Potwierdzają to dwa kolejne przeglądy odpowiedniej literatury z kwietnia 2020 r.. To samo dotyczy badania z Hongkongu przeprowadzonego kilka lat temu."

5. Wywiad z prof. Montanarim, wynalazcą specjalnego filtru do maski wojskowej

Wywiad dla popularnej włoskiej stacji radiowej "Radio Radio" z listopada 2020r.

Wywiad z profesorem Stefano Montanarim, dyrektorem naukowym laboratorium badawczego Nanodiagnostics. Profesor zajmuje się badaniami stosowanymi w dziedzinie medycyny. Jest autorem wielu patentów z zakresu kardiochirurgii, chirurgii naczyniowej, pulmonologii, jest też projektantem systemów i urządzeń do elektrofizjologii, prowadził konsultacje naukowe dla różnych firm kierując m.in. projektem budowy biologicznej zastawki serca.

"(...) Kilka lat temu razem z moją żoną, Antoniettą Gatti, rozpoczęliśmy badania we współpracy z Krajową Radą Badawczą (CNR) z Bolonii, nad specjalnymi filtrami do masek wojskowych, chroniącymi przed nanocząsteczkami wytwarzanymi podczas eksplozji amunicji zawierającej zubożony uran na polu walki. Chodziło wtedy o zubożony uran, ale jest to wielkość cząsteczki wirusa. Problem polega nie tyle na zablokowaniu 120 nanometrów, wystarczy arkusz cyny (...), ale na przepuszczeniu powietrza do oddychania i jednoczesnym zablokowaniu tych nanocząsteczek. Zajęło nam to półtora roku, ale zrobiliśmy to."

"Teraz pojawia się zalecenie i informacja ze strony Istituto Superiore di Sanità (Wyższy Instytut Zdrowia), że wystarczy kawałek starej bielizny albo szalik, żeby rozwiązać problem. Innymi słowy, to, co robiliśmy przez półtora roku, było bezużyteczne, bo wystarczy założyć na twarz starą bieliznę."

ROZDZIAŁ II: Maski na sali operacyjnej

W środowisku medycznym od kilkudziesięciu lat toczy się dyskusja na temat sensowności stosowania masek na sali operacyjnej. O ile nikt nie kwestionuje ich funkcji jako środka ochrony dla lekarzy i personelu medycznego przed przypadkowymi rozpryskami płynów ustrojowych, o tyle wydaje się, że nie przynoszą one żadnych widocznych pozytywnych skutków dla zdrowia pacjentów, a wręcz przeciwnie, ich użycie szkodzi zdrowiu zarówno pacjentów, jak i pracowników służby zdrowia.

W ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat przeprowadzono wiele badań próbujących sprawdzić efektywność użycia masek i wyniki były zawsze jednoznaczne - nie pomagają. Są nawet badania, które pokazują, że noszenie masek przez lekarzy zwiększa w pewnym stopniu ryzyko zakażeń ran pooperacyjnych u pacjentów.

Brak jest jakiegokolwiek badania pokazującego choćby minimalną przydatność masek na sali operacyjnej. A jednak siła inercji środowiska lekarskiego jest olbrzymia, a przyzwyczajenie do raz wdrożonych, nawet nieskutecznych procedur, nie do przezwyciężenia. (Na szczęście już pojawiają się pierwsze nieśmiałe próby odejścia od użycia masek np. dla anestezjologów w szpitalu Karolinska w Sztokholmie TUTAJ)

Warto w kontekście tego swoistego bezwładu panującego w środowisku medycznym przypomnieć tragiczną postać węgierskiego lekarza, dr. Ignaza Semmelweisa, żyjącego w XIX wieku, który jako pierwszy odkrył, że dezynfekcja rąk przez lekarzy przyczynia się do zmniejszenia liczby infekcji u pacjentów. Aż trudno uwierzyć, że lekarze w tamtych czasach operowali brudnymi rękami. Było to przyzwyczajenie tak wielkie, że odkrycie dr. Semmelweisa zostało zdyskredytowane i wyśmiane, on sam zaś, pozbawiony stanowiska i zaszczuty przez środowisko medyczne, zmarł w szpitalu psychiatrycznym. Dopiero po kilkudziesięciu latach po jego śmierci lekarze uznali jego odkrycie za słuszne. Dziś nikt nie wyobraża sobie operacji chirurgicznej czy zwykłego zabiegu medycznego bez dezynfekcji.

Czy podobnie będzie z przezwyciężaniem współczesnego szkodliwego przyzwyczajenia - noszenia masek na sali operacyjnej?

1. "Odmaskowanie" chirurgów. Ocena skuteczności masek

Badanie z czerwca 2015r.

Tytuł: "Unmasking the surgeons: the evidence base behind the use of facemasks in surgery".

Autorzy: Charlie Da Zhou, Pamela Sivathondan, Ashok Handa

Autorami badania są pracownicy naukowi Uniwersytetu w Oksfordzie w Wielkiej Brytanii.

„Stosowanie masek chirurgicznych jest wszechobecne w praktyce chirurgicznej." (...) „Maski zostały wprowadzone do praktyki lekarskiej w 1897 roku, na podstawie odkrycia, że bakterie mogą się rozprzestrzeniać z ust i nosa podczas normalnej rozmowy."

„W czasach współczesnych również brakowało dowodów eksperymentalnych potwierdzających skuteczność masek w zapobieganiu infekcjom (...)."

„Najnowsze wytyczne National Institute for Health and Care Excellence w Wielkiej Brytanii nie nakazują personelowi medycznemu noszenia masek na sali operacyjnej."

„Analiza literatury ujawniła, że duża część opublikowanych prac na ten temat jest dość przestarzała i często badania miały słabo wyjaśnione metodologie. W rezultacie zalecamy ostrożność w ekstrapolowaniu ich wyników na współczesną praktykę chirurgiczną. Jednak ogólnie biorąc brak jest istotnych dowodów na poparcie twierdzeń, że maski chronią pacjenta lub chirurga przed zakażeniem zakaźnym."

"Jest możliwe, (...) że gdyby maski chirurgiczne miały być wprowadzone dzisiaj, (...) **dowody eksperymentalne nie byłyby wystarczająco przekonujące, aby włączyć maski do praktyki chirurgicznej**."

2. Jak maski noszone przez lekarzy wpływają na zdrowie pacjentów?

Badanie z maja-czerwca 1991r.

Tytuł: "Postoperative wound infections and surgical face masks: a controlled study".

Autor: Dr Th. Göran Tunevall

Autorem badania jest pracownik naukowy Karolinska Institutet w Szwecji.

„Nigdy nie wykazano, że noszenie chirurgicznych masek zmniejsza pooperacyjne infekcje ran. (...) W badaniu wzięło łącznie udział 3 088 pacjentów. Tygodnie oznaczano jako „zamaskowane" lub „bez maski" zgodnie z losową listą. Po 1 537 operacjach wykonanych z użyciem masek odnotowano 73 (4.7%) zakażenia ran, a po 1 551 operacjach wykonanych bez maski wystąpiło 55 (3.5%) zakażeń. **Różnica ta nie była istotna statystycznie** (...), a gatunki bakterii wyhodowane z zakażeń rany nie różniły się w żaden sposób. Wyniki te wskazują, że należy ponownie rozważyć użycie masek na salach operacyjnych. Maski mogą być używane do ochrony zespołu operacyjnego przed kroplami zakażonej krwi i infekcjami przenoszonymi drogą powietrzną, ale nie udowodniono, że chronią pacjenta operowanego przez zdrowy zespół operacyjny."

(Warto w tym miejscu dodać, że w 2010r. w Karolinska Institutet zwolniono anestezjologów z obowiązku noszenia masek podczas operacji: źródło)

3. Czy maska jest potrzebna na sali operacyjnej?

Badanie z listopada 1981r.

Tytuł: "Is a mask necessary in the operating theatre?".

Autor: Neil W. M. Orr

Autor badania jest radiologiem, pracownikiem Sunnybank Women's Imaging Centre w Queensland (Australia). „Od początku ubiegłego wieku noszenie maski na sali operacyjnej jest standardową praktyką. W tym czasie stwierdzono, że nosicielstwo nosogardłowe odgrywa istotną rolę w rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych, a paciorkowce hemolityczne izolowane z ran i poporodowej gorączki są identyczne z przenoszonymi w gardle zespołów chirurgicznych i położniczych. Od tego czasu zapobieganie infekcjom rany stało się czymś w rodzaju obsesji i obecnie obowiązkowe jest ograniczenie liczby bakterii na sali operacyjnej do absolutnego minimum. Zabiegi, aby to osiągnąć, były różnorodne i pomysłowe. Do najprostszych należy noszenie masek. (...)

Za zgodą ekspertów ds. mikrobiologii i chorób zakaźnych ustalono, że należy zaprzestać noszenia masek na sali operacyjnej przez miesiąc. Gdyby nastąpił dramatyczny wzrost przypadków zakażeń, próba zostałaby przerwana. Nie stwierdzono początkowego wzrostu zakażenia, więc badanie kontynuowano i przedstawiono wyniki za 6 miesięcy. Wymazy z nosa i gardła pobierano od wszystkich pracowników oddziału operacyjnego co miesiąc lub w przypadku przeziębienia. Wskaźniki infekcji ran porównano z tymi z odpowiednich 6 miesięcy w ciągu ostatnich 4 lat. W oddziale nie było ograniczeń dotyczących rozmowy, ruchu, posiadania zarostu na twarzy, czy przeziębienia. W rzeczywistości rutyna oddziału pozostała niezmieniona: poza tym, że nikt nie nosił maski.

Nie odnotowano wzrostu zakażeń w tym czasie, a w rzeczywistości nastąpił znaczący ($p < 0.05$) spadek infekcji u pacjentów. Osiem infekcji, które miały miejsce, nie miało żadnego związku z kulturami gardła lub nosa z zespołu oddziału operacyjnego."

ROZDZIAŁ III: Czy noszenie masek ma skutki uboczne dla zdrowia?

Zgromadzone tu wyniki badań naukowych i artykuły pokazują, że skutki niedotlenienia spowodowanego noszeniem masek mogą mieć bardzo poważne konsekwencje zdrowotne. Wachlarz możliwych schorzeń, które mogą się rozwinąć w następstwie chronicznego niedotlenienia jest ogromny, może to doprowadzić nawet do śmierci. Najbardziej niepokojącym zjawiskiem związanym z noszeniem masek jest fakt, że w wyniku ich długotrwałego noszenia organizm w końcu adaptuje się do zmienionych warunków. Jest to podobny proces, jaki zachodzi przy aklimatyzacji do warunków wysokogórskich, gdzie występuje zmniejszone ciśnienie parcjalne tlenu w powietrzu i musi minąć kilka, czasem kilkanaście dni, zanim organizm przyzwyczai się do zmniejszonej podaży tlenu i człowiek nauczy się funkcjonować w nowych warunkach (co jednak nie pozostaje bez konsekwencji dla zdrowia). Jednak wyprawa himalajska po jakimś czasie się kończy i człowiek ma możliwość po powrocie zregenerować swój organizm.

Inaczej wygląda to w przypadku długotrwałego (być może już na zawsze, jak napomykają eksperci) noszenia maski. Organizm zaadaptuje się do nowych warunków, ale to nie znaczy, że procesy chorobotwórcze nie będą nadal postępować, a uszkodzenia organów się pogłębiać. W przypadku uszkodzeń mózgu wiadomo już, że będą one nieodwracalne.

1. Znany amerykański neurochirurg o skutkach ubocznych noszenia masek

Artykuł z amerykańskiej strony internetowej "Technocracy News & Trends" z maja 2020r.

Tytuł: "Blaylock: Face Masks Pose Serious Risks To The Healthy".

Autor: Dr Russell Blaylock

Autor artykułu jest znanym amerykańskim neurochirurgiem, emerytowanym pracownikiem Centrum Medycznego Uniwersytetu Mississippi (USA).

Dr Russell Blaylock twierdzi, że nie ma dowodów na to, że noszenie masek pomaga w zapobieganiu rozprzestrzeniania się koronawirusa. Brak jest badań, które by to udowadniały. Dlatego wszelkie zalecenia powinny być oparte na dostępnych badaniach dotyczących transmisji wirusa grypy. Te **badania jednak nie potwierdzają** skuteczności stosowania masek. Natomiast noszenie masek ma poważne skutki uboczne. Kilka badań wskazywało, że mogą się pojawić bóle głowy, trudności w oddychaniu, hiperkapnia, aż po poważne stany zagrażające życiu. Autor przytacza badanie, w którym przeprowadzono ankietę wśród 212 pracowników opieki zdrowotnej pytając o występowanie bólów głowy w czasie użytkowania masek N95, czasu trwania bólów głowy, ich rodzajów i o to, czy dana osoba cierpiała wcześniej na bóle głowy. Stwierdzono, że u około jednej trzeciej badanych pracowników pojawiły się bóle głowy w czasie użytkowania tych masek; większość z nich cierpiała wcześniej na bóle głowy, które nasiliły się przez noszenie masek, a 60% z nich wymagało zastosowania leków przeciwbólowych w celu złagodzenia dolegliwości.

Autor z ubolewaniem stwierdza, że niestety nikt nie mówi słabszym starszym osobom i osobom z chorobami płuc, takimi jak POChP, rozedma, czy zwłóknienie płuc, o tych zagrożeniach, które mogą spowodować poważne pogorszenie czynności płuc. Obejmuje to również pacjentów z rakiem płuc i osoby, które przeszły operację płuc, zwłaszcza z częściową resekcją lub nawet usunięciem całego płuca. **Noszenie masek powoduje znaczne niedotlenienie**, co skutkuje również znacznym osłabieniem odporności organizmu. Dlatego noszenie masek oznacza większe ryzyko infekcji.

Osoby chore na raka będą bardziej narażone na długotrwałe niedotlenienie, ponieważ rak najlepiej rozwija się w mikrośrodowisku o niskiej zawartości tlenu. Niski poziom tlenu sprzyja również stanom zapalnym, które mogą sprzyjać wzrostowi, inwazji i rozprzestrzenianiu się nowotworów. Powtarzające się epizody niedotlenienia są uważane za istotny czynnik w miażdżycy tętnic i tym samym nasilają wszystkie choroby sercowo-naczyniowe (zawały serca) i mózgowo-naczyniowe (udary).

Na koniec najbardziej przerażająca wiadomość. Nowsze dowody sugerują, że w niektórych przypadkach **wirus może dostać się do mózgu**. W większości przypadków dostaje się do mózgu poprzez nerwy węchowe, które łączą się bezpośrednio z obszarem mózgu zajmującym się pamięcią krótkotrwałą i utrwalaniem pamięci. Kiedy nosimy maskę, wydychane wirusy nie będą w stanie uciec i skoncentrują się w przewodach nosowych, wnikną do nerwów węchowych i przedostaną się do mózgu.

2. Noszenie masek może powodować niedwracalne uszkodzenia mózgu

Artykuł z października 2020r.

Tytuł: "Brain Damage From Masks CANNOT BE REVERSED".

Artykuł jest transkrypcją wypowiedzi wideo dr Margarite Griesz-Brisson

Dr medycyny Margarite Griesz-Brisson jest jednym z czołowych europejskich konsultantów w dziedzinie neurologi i neurofizjologii, ma także doktorat w dziedzinie farmakologii. Jest dyrektorem medycznym londyńskiej Kliniki Neurologii i Bólu. Oto, co powiedziała na temat masek i ich wpływie na ludzki mózg: „Ponowne wdychanie wydychanego powietrza niewątpliwie powoduje niedobór tlenu i nadmiar dwutlenku węgla w organizmie. Wiemy, że ludzki mózg jest bardzo wrażliwy na pozbawienie tlenu. Na przykład w hipokampie znajdują się komórki nerwowe, które już po 3 minutach braku tlenu obumierają. Objawy ostrzegawcze to: ból głowy, senność, zawroty głowy, problemy z koncentracją, spowolnienie czasu reakcji. Jednak organizm z czasem przyzwyczaja się do niedoboru tlenu i objawy znikają. Nie znaczy to, że wydajność procesów poznawczych pozostaje taka sama, a procesy degeneracyjne mózgu nie postępują nadal. **W przypadku dzieci jest to proces szczególnie niebezpieczny**. Mózg dziecka jest niezwykle aktywny, ponieważ musi się wiele nauczyć. Im bardziej aktywny metabolicznie jest dany organ, tym więcej tlenu potrzebuje. **Niedobór tlenu hamuje rozwój mózgu**, a szkody powstałe w wyniku tego procesu są nieodwracalne. Nawet jeśli po kilku miesiącach rząd zwolni nas z obowiązku noszenia masek, utracone komórki mózgowe już nigdy się nie zregenerują."

3. Nadmiar dwutlenku węgla w powietrzu ma katastrofalny wpływ na zdrowie

Artykuł z lipca 2016r.

Tytuł": Wpływ błędów termomodernizacyjnych budynków użyteczności publicznej na poziom jakości powietrza wewnętrznego"

Autor: prof. Ryszard Marian Janka

Prof. dr hab. inż. Ryszard Marian Janka jest emerytowanym pracownikiem naukowym Wydziału Inżynierii Środowiska na Uniwersytecie Opolskim. W swojej pracy zawodowej zajmował się badaniami dotyczącymi jakości powietrza.

Podczas noszenia maski w każdym cyklu oddechowym wdycha się część wydychanego wcześniej dwutlenku węgla. Po krótkim czasie w organizmie występuje niedobór tlenu i nadmiar dwutlenku węgla. Autor przedmiotowej pracy naukowej analizując zagadnienie zapewnienia odpowiedniej jakości powietrza zwraca uwagę na niebezpieczeństwa związane z nadmiarem CO_2:

"Zbyt wysoki poziom CO_2 (ditlenku węgla) we wdychanym przez człowieka powietrzu powoduje w zależności od jego stężenia, między innymi, bóle głowy, zaburzenie jego koncentracji, pojawienie się senności, osłabia się słuch, zwiększa się szybkość oddychania, powstają zaburzenia w równowadze kwasowo-zasadowej krwi, to jest obniżenie pH krwi, co powoduje występowanie tak zwanego stresu metabolicznego (Robertson, 2006). Wpływa to z kolei na szybkość pracy serca, występują zasłabnięcia i omdlenia. Przyczynia się do uszkodzenia komórek i tkanek (nerek i wątroby). Nieodpowiednia jakość powietrza (...) niekorzystnie wpływa, nie tylko na samopoczucie i stan zdrowia ludzi przebywających w tych pomieszczeniach, ale także na ich niższą sprawność fizyczną, a więc i wydajność pracy. Wysokie stężenie ditlenku węgla w powietrzu (już powyżej 1000 ppm),

przy stałym, jak i długotrwałym cyklicznym oddziaływaniu, przyczynia się także do **obniżenia sprawności umysłowej ludzi** (zdolności intelektualnych) oraz koncentracji umysłowej. Długotrwałe cykliczne przybywanie w takim środowisku powoduje ponadto obniżenie zdolności człowieka do przyswajania sobie nowych treści oraz uczenia się, a także obniża jego zdolności do wykorzystywania dostępnych informacji (Robertson, 2006; Fisk i in., 2013; Wargocki i Wyon, 2013; Janka, 2014; Toftum i in., 2015; Zhang i in., 2016). W takich warunkach **spadek inteligencji mierzony wskaźnikiem IQ** może już występować po przekroczeniu stężenia 1500 ppm, a nawet 1000 ppm CO2 (Robertson, 2006; Lockwood i in., 2009; Hersoug i in., 2012; Fisk i in., 2013; Toftum i in., 2015). Przy oddychaniu powietrzem zawierającym ditlenek węgla na poziomie 2500 ppm obniża się także poziomu strategicznego planowania oraz inicjatyw człowieka (Fisk i in., 2013). Przy długotrwałym i wysokim poziomie tego gazu we wdychanym powietrzu następuje jego oddziaływanie na pracę oreksyny, to jest hormonu regulującego procesy metaboliczne organizmu ludzkiego, przyczyniając się prawdopodobnie do zwiększenie apetytu oraz wzrost otyłości ludzi (Rice, 2004; Hersoug, 2016)."

4. Niedotlenienie powoduje przyśpieszenie rozwoju raka

Badanie z listopada 2018r.

Tytuł: "Role of HIF-1 in Cancer Progression: Novel Insights. A Review".

Autorzy: Aldo Pezzuto, Elisabetta Carico

Dr Aldo Pezzuto jest adiunktem w Katedrze Nauk o Układzie Krążenia i Układzie Oddechowym na Uniwersytecie La Sapienza w Rzymie (Włochy), największym uniwersytecie w Europie i uznawanym za jeden z wiodących ośrodków naukowych na świecie. Dr Elisabetta Carico jest specjalistką w dziedzinie onkologii w Zakładzie Medycyny Klinicznej i Molekularnej tego samego uniwersytetu.

Badanie przeglądowe. Autorzy skupili się na przeglądzie prac badawczych analizujących związek niedotlenienia i rozwoju komórek rakowych. „Istnieje coraz więcej dowodów na to, że **niedotlenienie odgrywa ważną rolę w metabolizmie raka**, zwiększając aktywność komórek macierzystych i powodując inicjację i progresję raka."

5. Wpływ masek na choroby autoimmunologiczne

Badanie z maja 2016r.

Tytuł: "Hypoxia-inducible factor 1 in autoimmune diseases".

Autorzy: Wei Deng, Xuebing Feng, Xia Li, Dandan Wang, Langyan Sun

Autorzy badania są pracownikami naukowymi Uniwersytetu w Nanjing (Chiny).

Zaburzenia autoimmunologiczne to skomplikowana i zróżnicowana grupa chorób wynikających z niewłaściwych odpowiedzi immunologicznych organizmu. Niedawne badania wykazały, że trwające w organizmie reakcje zapalne i immunologiczne są związane ze zwiększonym zużyciem tlenu ze względu na toczący się proces zapalny. W konsekwencji **niedotlenienie pogarsza stan osób chorych na choroby autoimmunologiczne** takie jak: RZS, choroba Leśniowskiego-Crohna, Hashimoto, łuszczyca czy SM.

ROZDZIAŁ IV: Psychiczne skutki noszenia masek

Brak jest danych potwierdzających skuteczność masek. Wadomo jednak, że ich noszenie może mieć bardzo negatywny wpływ na zdrowie psychiczne społeczeństwa, przebieg procesów poznawczych, a nawet na jego kondycję moralną. Jest wiele badań pokazujących, że przesłanianie twarzy zwiększa poczucie anonimowości, co sprzyja zachowaniom nieetycznym, czasem wręcz przestępczym, co opisał światowej sławy psycholog Philppe Zimbardo w swojej pracy ("The Human Choice: Individuation, Reason, and Order Versus Deindividuation, Impulse, and Chaos" In W. T. Arnold and D. Levine (eds.), Nebraska symposium on Motiviation, Vol 17., 1969.).

Maska dla wielu z nas stała się swego rodzaju talizmanem, dając fałszywe poczucie bezpieczeństwa. Jak już wspomnieliśmy (źródło), trwają zabiegi specjalistów od socjotechniki w celu wytworzenia społecznej akceptacji dla tego rodzaju formy "dbałości o zdrowie". Te techniki manipulacyjne niestety mogą być bardzo skuteczne, jeśli brak jest wiedzy o nieskuteczności masek i szkodliwym wpływie na stan zdrowia, również zdrowia psychicznego.

Długofalowe skutki noszenia masek dla ludzkiej psychiki będą znane dopiero po jakimś czasie, bo ze zrozumiałych względów nikt takich badań dotąd nie robił. Już teraz wiadomo jednak, że noszenie masek wzmaga stres, może przyczyniać się do depresji, wzmagać nasilenie już istniejących zaburzeń i chorób psychicznych. Niedotlenienie spowodowane noszeniem masek prowadzi do nieodwracalnych zmian degeneracyjnych w mózgu, co może mieć katastrofalne skutki dla kondycji psychicznej i funkcji poznawczych. Stosunkowo najlepiej poznany jest przez naukę wpływ niedotlenienia na zdolności poznawcze. Jak wspomnieliśmy już tutaj (źródło), niedotlenienie przyczynia się do obniżenia sprawności umysłowej ludzi (zdolności intelektualnych) oraz koncentracji umysłowej, co skutkuje spadkiem inteligencji mierzonym wskaźnikiem IQ.

Zjawisko to jest szczególnie groźne w przypadku dzieci, których mózg wciąż się rozwija. To dzieci będą największymi ofiarami tego wielkiego eksperymentu społecznego, którym jest noszenie masek.

1. Obowiązkowa maska dla dzieci - ryzyko autyzmu?

Artykuł ze strony internetowej "Il bambino naturale" z września 2020 r.

Tytuł: „Mascherina obbligatoria per i bambini: e rischio autismo funzionale?"

Autor: Marco Pacori

Autor artykułu jest włoskim psychologiem i psychoterapeutą, autorem wielu książek m.in. „Tajemnicza mowa ciała" i „Jak interpretować sygnały ciała".

Marco Pacori zwrócił uwagę na konsekwencje obowiązkowego noszenia masek w wieku rozwojowym. „Maska obejmuje dużą część twarzy, uniemożliwiając rozpoznanie, interpretację i imitację wyrazu twarzy. Według najwybitniejszych badaczy z dziedziny psychologii znanej jako „język ciała", mimika twarzy jest jednym z najważniejszych aspektów komunikacji międzyludzkiej. Ta mimika jest wrodzona i uniwersalna, ale jej rozumienie musi być „trenowane" poprzez interakcje międzyludzkie. Badania obrazowe mózgu wykazały, że u dorosłych percepcja mimiki twarzy jest przetwarzana przez trzy wyspecjalizowane obszary w mózgu. U dzieci te obszary nie są jeszcze w pełni ukształtowane. Noszenie masek przez dzieci w okresie szkolnym nie tylko powoduje pewien rodzaj analfabetyzmu emocjonalnego, ale może potencjalnie spowodować nieodwracalną redukcję wielkości wymienionych obszarów.

Konsekwencje są zatem dramatyczne, przede wszystkim dlatego, że stan ten grozi **pogorszeniem rozwoju emocjonalnego** i relacyjnego dzieci, czyniąc je obojętnymi, nieufnymi i niezdolnymi do odczuwania uczuć i empatii." „Dziecko nie będzie już w stanie rozróżnić jednej twarzy od drugiej, stworzyć własnego obrazu i rozpoznać cech wyróżniających płeć seksualną; w praktyce młody człowiek będzie dorastał aseksualnie, bez tożsamości i bez umiejętność zrozumienia, z kim ma do czynienia.

Długotrwałe noszenie maski będzie skutkować niezdolnością do rozwijania podstawowych wartości życia społecznego, takich jak empatia, szczerość, altruizm, solidarność, zaufanie, wierność i miłość, które są budulcem poczucia wspólnoty i więzi społecznych." Dzieci pozbawione tożsamości i zdolności okazywania i rozumienia emocji **nie będą w stanie stworzyć własnej rodziny**, powodując rozpad całej tkanki społecznej.

Oczywiście nie ma badań wskazujących, że dzieci nie rozwijają umiejętności rozróżniania twarzy, jeśli są przez dłuższy czas zakryte maskami (prawdopodobnie nastąpi to za 5 lub 6 lat, jeśli sytuacja się nie zmieni). Wiemy jednak, że tych umiejętności trzeba się nauczyć już w młodym wieku i są one udoskonalane poprzez interakcje społeczne. Lingwiści Judit Gervain i Janet Werke zademonstrowali to w swoim badaniu pt. „Jak percepcja mowy niemowląt wpływa na naukę języka", opublikowanym w "Language and Linguistics Compass"."

2. Niemieckie badanie psychologiczne nt. wpływu masek na zdrowie psychiczne

Badanie z lipca 2020r.

Tytuł: "Studie zu psychischen und psychovegetativen Beschwerden mit den aktuellen Mund-Nasenschutz-Verordnungen".

Autor: Daniela Prousa

Autorka badania jest dyplomowanym psychologiem, obecnie koncentruje się w pracy na regulacji stresu i leczeniu bólu w klinice odwykowej.

Niemieckie badanie psychologiczne z udziałem ok. 1 000 uczestników wykazało **„poważne konsekwencje psychospołeczne"** w związku z wprowadzeniem nakazu stosowania masek w Niemczech.

Niemieckie badanie psychologiczne z udziałem ok. 1 000 uczestników wykazało „poważne konsekwencje psychospołeczne" w związku z wprowadzeniem nakazu stosowania masek w Niemczech. Podstawą zbierania danych był specjalnie skonstruowany kwestionariusz „FPPBM" zawierający 35 pozycji. W wyniku analizy zebranych danych autorka badania doszła do wniosku, że noszenie maski może prowadzić do silnych psychowegetatywnych reakcji na stres np. w postaci agresji. Ok. 60% osób już teraz doświadcza poważnych psychospołecznych konsekwencji, takich jak znaczne ograniczenie uczestnictwa w życiu społecznym z powodu niechęci do noszenia masek, wycofanie społeczne, zaniedbanie spraw dotyczących zdrowia (aż po unikanie wizyt lekarskich) lub nasilenie istniejących problemów zdrowotnych (zespół stresu pourazowego, opryszczka, migreny). Wyniki przerosły wszelkie oczekiwania autorki badania i stanowią podstawę do pilnego rozpatrzenia zależności pomiędzy korzyściami z noszenia masek a szkodami, jakie one wywołują.

3. Wpływ masek na rozwój emocjonalny dzieci

Artykuł ze strony internetowej Global Mental Healths Program z Columbia University z Nowego Jorku z 17 kwietnia 2020r.

Tytuł: „Why a Mask is Not Just a Mask"

Autor: Dr Kathleen M. Pike

Autorka artykułu jest profesorem psychologii i dyrektorem Global Mental Health WHO Collaborating Center na Columbia University w Nowym Jorku. Studiowała na Uniwersytecie Johna Hopkinsa.

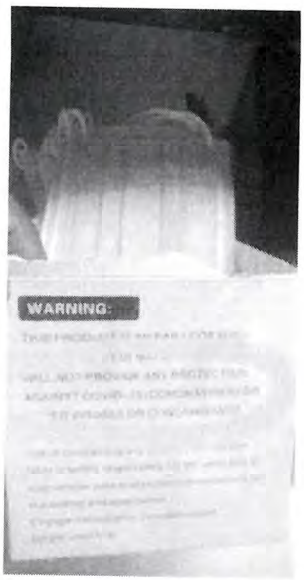
„Legendarny psycholog Paul Ekman poświęcił całe swoje życie badaniu niewerbalnej ekspresji emocjonalnej w różnych kulturach. Jego badania sugerują, że możemy w dużej mierze rozpoznać, jak czują się ludzie na całym świecie, po prostu obserwując ich twarze. Cała ludzkość wyraża siedem podstawowych uczuć w sposób, który powszechnie rozumiemy. Aby się poznać i zrozumieć, polegamy na wyrazie twarzy." (...) „Maski blokują znacznie więcej niż kropelki COVID-19. Aby wyrazić siebie i komunikować się z innymi, polegamy na zachowaniu niewerbalnym, a zwłaszcza na wyrazie twarzy." (...) „W niektórych kontekstach komunikacja niewerbalna stanowi większość tego, co rozumiemy w naszych wymianach społecznych. Z na wpół zakrytymi twarzami

tracimy kluczowe informacje niewerbalne." (...) „W rezultacie czujemy się mniej zdolni do komunikowania się i mniej zdolni do wzajemnego zrozumienia." (...)

„Wiele małych dzieci wybucha płaczem lub wzdraga się, gdy zbliża się ktoś w masce. Jest to tak powszechne, że niektóre szkoły podstawowe zabraniają masek na szkolnej paradzie Halloween. Jednym z powodów jest to, że rozpoznawanie twarzy u małych dzieci jest stosunkowo słabe. Według psychologa z University of Toronto, dr Kang Lee, dzieci osiągają poziom umiejętności rozpoznawania twarzy dopiero w wieku około 14 lat. Wcześniej dzieci widzą raczej indywidualne rysy twarzy, zamiast rozpoznawać osobę jako całość. Zakładając maski, usuwamy informacje, które szczególnie utrudniają dzieciom rozpoznawanie innych i odczytywanie sygnałów emocjonalnych. Te kwestie mogą być **szczególnie istotne w przypadku dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu**, w tym z zespołem Aspergera, które mają szczególne trudności z odczytywaniem sygnałów niewerbalnych."

SUPLEMENT



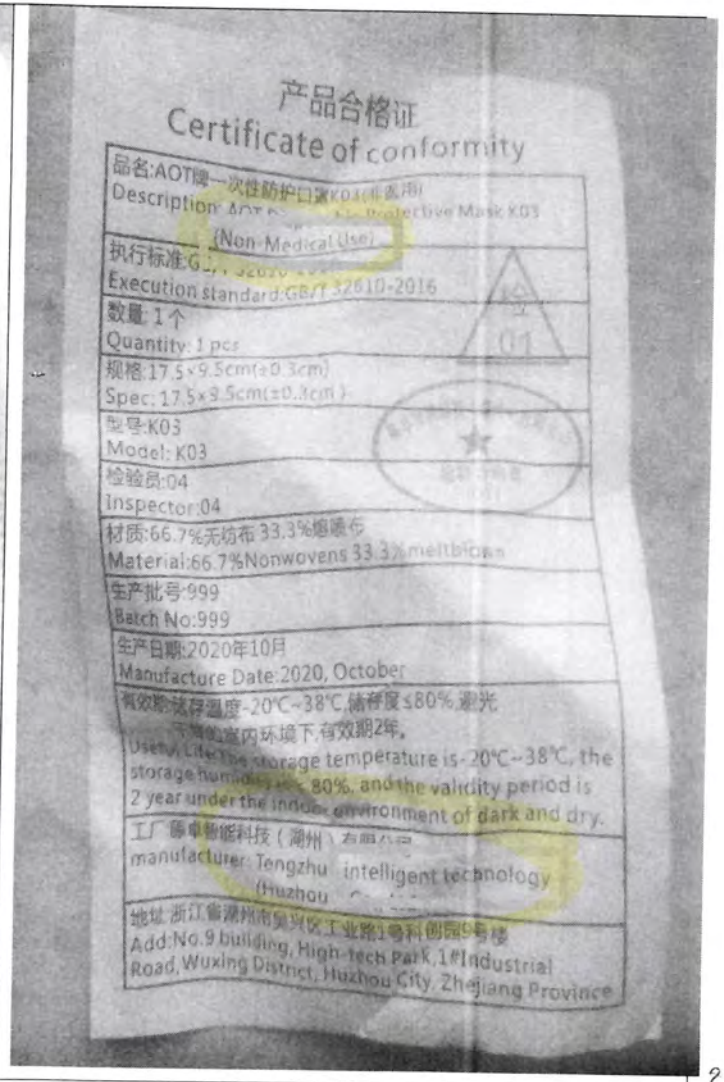


Zdjęcia przedstawiają opakowania zbiorcze masek jednorazowych. Napisy na opakowaniach stwierdzają jednoznacznie, że te maski w żadnym stopniu nie zabezpieczają przed Covid-19 (koronawirusem), ani innymi wirusami albo zanieczyszczeniami.

Załącznik nr 1a

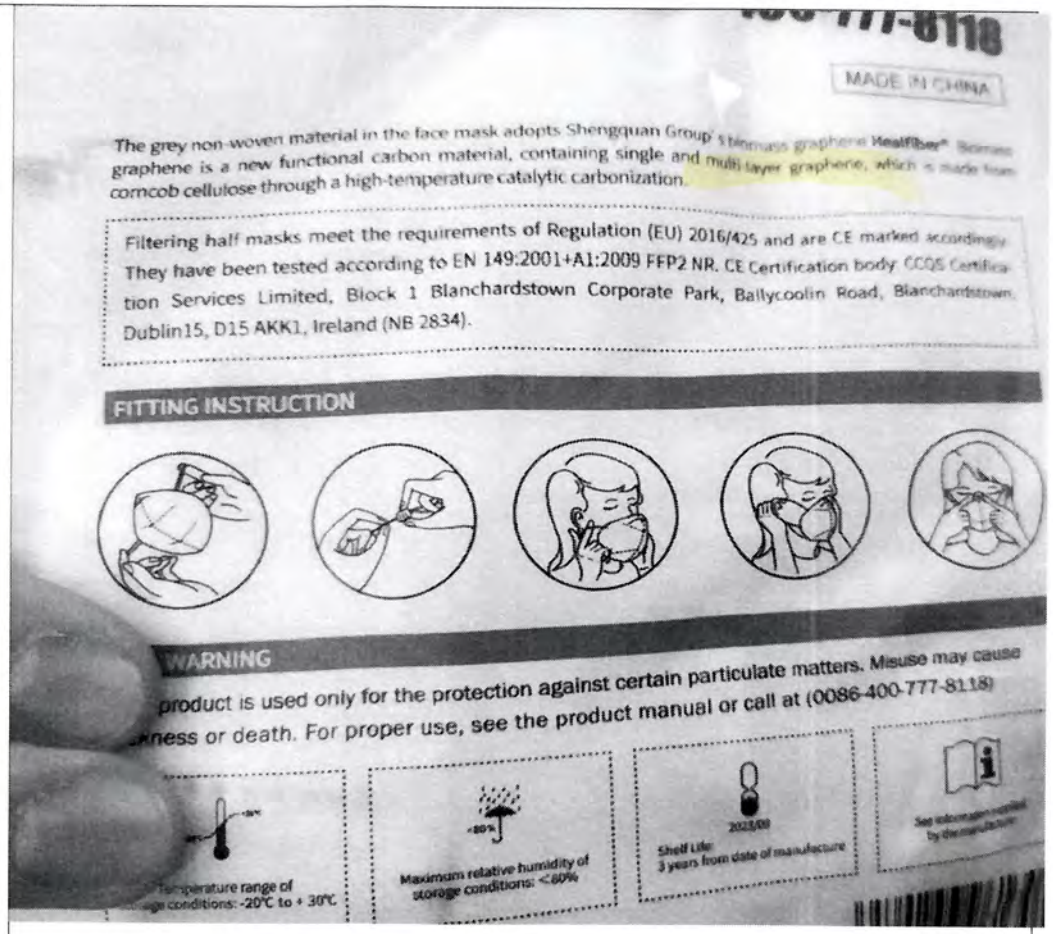






Załącznik nr 1a





Załącznik nr 2

TABLE. (*Continued*) Characteristics of symptomatic adults ≥18 years who were outpatients in 11 academic health care facilities and who received positive and negative SARS-CoV-2 test results (N = 314)* — United States, July 1–29, 2020

Characteristic	No. (%) Case-patients (n = 154)	Control participants (n = 160)	P-value
Previous close contact with a person with known COVID-19 (missing = 1)			
No	89 (57.8)	136 (85.5)	<0.01
Yes	65 (42.2)	23 (14.5)	
Relationship to close contact with known COVID-19 (n = 88)			
Family	33 (50.8)	5 (21.7)	<0.01
Friend	9 (13.8)	4 (17.4)	
Work colleague	11 (16.9)	6 (26.1)	
Other**	6 (9.2)	8 (34.8)	
Multiple	6 (9.2)	0 (0.0)	
Reported use of cloth face covering or mask 14 days before illness onset (missing = 2)			
Never	6 (3.9)	5 (3.1)	0.86
Rarely	6 (3.9)	6 (3.8)	
Sometimes	11 (7.2)	7 (4.4)	
Often	22 (14.4)	23 (14.5)	
Always	108 (70.6)	118 (74.2)	

* Respondents who completed the interview 14–23 days after their test date. Five participants had significant missingness for exposure questions and were removed from the analysis. Patients were randomly sampled from 11 academic health care systems that are part of the Influenza Vaccine Effectiveness in the Critically Ill Network sites (Baystate Medical Center, Springfield, Massachusetts; Beth Israel Deaconess Medical Center, Boston, Massachusetts; University of Colorado School of Medicine, Aurora, Colorado; Hennepin County Medical Center, Minneapolis, Minnesota; Intermountain Healthcare, Salt Lake City, Utah; Ohio State University Wexner Medical Center, Columbus, Ohio; Wake Forest University Baptist Medical Center, Winston-Salem, North Carolina; Vanderbilt University Medical Center, Nashville, Tennessee; Johns Hopkins Hospital, Baltimore, Maryland; Stanford University Medical Center, Palo Alto, California; University of Washington Medical Center, Seattle, Washington). Participating states include California, Colorado, Maryland, Massachusetts, Minnesota, North Carolina, Ohio, Tennessee, Utah, and Washington.

† Other race includes responses of Native American/Alaska Native, Asian, Native Hawaiian/Other Pacific Islander, and other; these were combined because of small sample sizes.

§ Reported at least one of the following underlying chronic medical conditions: cardiac condition, hypertension, asthma, chronic obstructive pulmonary disease, immunodeficiency, psychiatric condition, diabetes, or obesity.

¶ Community exposure questions asked were "In the 14 days before feeling ill about how often did you:" with options of "shop for items (groceries, prescriptions, home goods, clothing, etc.)" (missing = 1); "have people visit you inside your home or go inside someone else's home where there were more than 10 people"; "have people visit you inside your home or go inside someone else's home where there were 10 people or less"; "go to church or a religious gathering/place of worship" (missing = 1); "go to a restaurant (dine-in, any area designated by the restaurant including patio seating)" (missing = 1); "go to a bar or coffee shop (indoors)" (missing = 2); "use public transportation (bus, subway, streetcar, train, etc.)" (missing = 1); "go to an office setting (other than for healthcare purposes)" (missing = 1); "go to a gym or fitness center" (missing = 1); and "go to a salon or barber (e.g., hair salon, nail salon, etc.)" (missing = 1). Response options were coded as never versus at least once in the 14 days prior to illness onset. Some participants had missing data for exposure questions.

** Other includes patients of health care workers (9), patron of a restaurant (1), spouse of employee (1), day care teacher (1), member of a religious congregation (1), and unspecified (1).

viruses and had similar exposures to persons with cases of such illnesses. Persons who did not respond, or refused to participate, could be systematically different from those who were interviewed for this investigation. Efforts to age- and sex-match participating case-patients and control-participants were not maintained because of participants not meeting the eligibility criteria, refusing to participate, or not responding, and this was accounted for in the analytic approach. Second, unmeasured confounding is possible, such that reported behaviors might represent factors, including concurrently participating in activities where possible exposures could have taken place, that were not included in the analysis or measured in the survey. Of note, the question assessing dining at a restaurant did not distinguish between indoor and outdoor options. In addition, the question about going to a bar or coffee shop did not distinguish between the venues or service delivery methods, which might represent different exposures. Third, adults in the study were from one of 11 participating health care facilities and might not be representative of the United States population. Fourth, participants were aware of their SARS-CoV-2 test results, which could have influenced their responses to questions about community exposures and close contacts. Finally, case or control status might be subject to misclassification because of imperfect sensitivity or specificity of PCR-based testing (*9,10*).

This investigation highlights differences in community and close contact exposures between adults who received a positive SARS-CoV-2 test result and those who received a negative SARS-CoV-2 test result. Continued assessment of various types of activities and exposures as communities, schools, and workplaces reopen is important. Exposures and activities where mask use and social distancing are difficult to maintain, including going to locations that offer on-site eating and drinking, might be important risk factors for

Załącznik nr 3

PODSUMOWANIE PONAD 100 PUBLIKACJI PODWAŻAJĄCYCH SKUTECZNOŚĆ i BEZPIECZEŃSTWO MASEK

Dr n. med. Piotr Witczak

ARGUMENT 1: ZGODNIE Z ZASADAMI EVIDENCE-BASED MEDICINE, NAJBARDZIEJ WIARYGODNE DANE NAUKOWE WSKAZUJĄ, ŻE MASKI SĄ NIESKUTECZNE

JEDYNYM NAUKOWO UZASADNIONYM sposobem oceny interwencji medycznej jest przeprowadzenie randomizowanej kontrolowanej próby klinicznej (randomised clinical trial, RCT), tzw. „złotego standardu" w badaniach medycznych [1,2]

Powyższa reguła odnosi się również do skuteczności noszenia masek, co zostało potwierdzone przez Centers for Disease Control and Prevention (CDC) w stosownej publikacji z maja 2020 r.:

„Naszym celem było zidentyfikowanie randomizowanych badań kontrolowanych (RCT) i […] dla każdego z tych środków [ochrony indywidualnej, w tym masek], ponieważ RCT ZAPEWNIAJĄ NAJWYŻSZĄ JAKOŚĆ DOWODÓW" [3]

Do rzetelnej naukowej oceny skuteczności noszenia masek niezbędne jest przeprowadzenie RCT uwzględniającego „zakażenie potwierdzone laboratoryjnie", ponieważ (1) skuteczność masek jest relatywnie niewielka w porównaniu z innymi znanymi i nieznanymi czynnikami, (2) są duże różnice w zakaźności i podatności na infekcje w zależności od cech demograficznych, (3) w każdym badaniu nierandomizowanym i niekontrolowanym istnieje duże prawdopodobieństwo błędu systematycznego w pozyskiwaniu i selekcji i interpretacji danych, (4) badania nieuwzględniające „zakażenia potwierdzonego laboratoryjnie" („verified outcome") są bardziej podatne na stronniczość raportowania [4,5].

Przeprowadzone próby kliniczne RCT wysokiej jakości uwzględniające „zakażenie potwierdzone laboratoryjnie" przeanalizowane w oficjalnie opublikowanych przeglądach systematycznych i analizach eksperckich wskazują, że NIE MOŻNA WYKRYĆ ISTOTNEGO STATYSTYCZNIE ZMNIEJSZENIA RYZYKA ZAKAŻENIA INFEKCJĄ WIRUSOWĄ w związku z noszeniem maski [6-17]. Oznacza to, że korzyść z noszenia masek JEST ZBYT MAŁA, ABY MOGŁA ZOSTAĆ WYKRYTA PRZEZ NAUKĘ. Dlatego domniemanie, że maski działają, jest BŁĘDNE [5]

DANMASK-19 to randomizowane, kontrolowane badanie o dużej mocy statystycznej (6000 uczestników), gdzie 46% osób prawidłowo, a 47% przeważnie prawidłowo przestrzegało noszenia maski w warunkach ich rzadkiego stosowania w społeczeństwie, umiarkowanego rozprzestrzeniania się infekcji i rozsądnego przestrzegania dystansu społecznego i mycia rąk [17]. Wyniki badania DANMASK-19 było zgodne z 12 poprzednimi RCT, które wykazały, z umiarkowaną pewnością, że maski miały znikomy wpływ addytywny w zapobieganiu infekcjom dróg oddechowych. Badanie DANMASK-19 wykazało, że ochronny efekt maski był niejednoznaczny, a różnica między dwiema grupami nie była statystycznie istotna w warunkach społecznych. Pomimo dowodów z poprzednich RCT dotyczących grypy i innych wirusowych infekcji dróg oddechowych, w badaniach obserwacyjnych pojawiło się podejrzenie, że SARS-CoV-2 zachowuje się inaczej, i że przenoszenie kropelek można złagodzić poprzez użycie maski w fazie przedobjawowej. Dlatego niektórzy autorzy uznali, że powszechne maskowanie społeczeństwa było uzasadnione w oczekiwaniu na wyniki DANMASK 19. W świetle niejednoznacznych dowodów z DANMASK 19 i poprzednich RCT, argumentacja za efektem ochronnym przeciwko COVID 19 jest POZBAWIONA DOWODÓW I WYMAGA MODYFIKACJI ZE STRONY URZĘDNIKÓW ZDROWIA PUBLICZNEGO [18]

Gdyby skuteczność masek była istotna, to większość RCT (z infekcją potwierdzoną laboratoryjnie) wskazywałaby wyraźnie na korzyść z noszenia masek i metaanalizy (synteza statystyczna wszystkich dostępnych na dzień przeszukiwania literatury badań RCT w danym temacie) by to potwierdzały. W przypadku skuteczności masek w zakresie zapobiegania transmisji wirusów układu oddechowego metaanalizy obejmujące badania RCT bazujące na zweryfikowanym efekcie wskazują, że skuteczność masek jest nieistotna. Jeśli nie pojawi się kolejne wysokiej jakości RCT na licznej reprezentatywnej grupie osób, które wskaże istotny statystycznie efekt na korzyść noszenia masek w zakresie blokowania transmisji SARS-CoV-2 przez osoby zdrowe, to NIE MOŻNA TWIERDZIĆ, ŻE „MASKI SĄ SKUTECZNE". Nawet jeśli maski miałyby pewną skuteczność, to należy następnie dodatkowo ocenić CZY KORZYŚĆ TEGO ŚRODKA OCHRONY INDYWIDUALNEJ PRZEWYŻSZA RYZYKO związane ze skutkami ubocznymi powszechnego maskowania społeczeństwa.

Źródła:

[1] "The Necessity of Randomized Clinical Trials", by Jakobsen and Gluud, in the British Journal of Medicine & Medical Research 3(4): 1453-1468, 2013. http://www.sciencedomain.org/abstract/1313

[2] "A Brief History of the Randomized Controlled Trial: From Oranges and Lemons to the Gold Standard", Meldrum, Marcia J., Hematology/Oncology Clinics of North America, 2000, 14(4): 745-760. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0889858805703099

[3] Xiao, Jingyi, et al. „Nonpharmaceutical measures for pandemic influenza in nonhealthcare settings—personal protective and environmental measures." Emerging infectious diseases 26.5 (2020): 967. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7181938

[4] Rancourt, Denis G. „Face masks, lies, damn lies, and public health officials: "A growing body of evidence"." (2020).

[5]https://www.researchgate.net/publication/343599832_Face_masks_lies_damn_lies_and_public_health_officials_A_growing_body_of_evidence

[6] bin Reza, Faisal, et al. „The use of masks and respirators to prevent transmission of influenza: a systematic review of the scientific evidence." Influenza and other respiratory viruses 6.4 (2012): 257-267. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22188875/

[7] Saunders-Hastings, Patrick, et al. „Effectiveness of personal protective measures in reducing pandemic influenza transmission: A systematic review and meta-analysis." Epidemics 20 (2017): 1-20. https://www.researchgate.net/publication/316593294_Effectiveness_of_personal_protective_measures_in_reducing_pandemic_influenza_transmission_A_systematic_review_and_meta-analysis

[8] Cowling, B. J., et al. „Face masks to prevent transmission of influenza virus: a systematic review." Epidemiology & infection 138.4 (2010): 449-456. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20092668/

[9] Jacobs, Joshua L., et al. „Use of surgical face masks to reduce the incidence of the common cold among health care workers in Japan: a randomized controlled trial." American journal of infection control 37.5 (2009): 417-419. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19216002/

[10 Hunter, Paul Raymond, et al. „Impact of non-pharmaceutical interventions against COVID-19 in Europe: a quasi-experimental study." medRxiv (2020). https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.01.20088260v2

[11] Brainard, Julii Suzanne, et al. „Facemasks and similar barriers to prevent respiratory illness such as COVID-19: A rapid systematic review." medRxiv (2020). https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.01.20049528v1

[12] Xiao, Jingyi, et al. „Nonpharmaceutical measures for pandemic influenza in nonhealthcare settings—personal protective and environmental measures." Emerging infectious diseases. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7181938

[13] "Masks for prevention of viral respiratory infections among health care workers and the public. PEER umbrella systematic review", by Dugré et al., Canadian Family Physician (July 2020) 66: 509-517. https://www.cfp.ca/content/66/7/509

[14] "PEER simplified tool: mask use by the general public and by health care workers", by Moe et al., Canadian Family Physician (July 2020) 66: 505-507. https://www.cfp.ca/content/66/7/505

[15] "Rapid Expert Consultation on the Effectiveness of Fabric Masks for the COVID-19 Pandemic" (8 April, 2020). By National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Washington, DC: The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/25776

[16] "Masking lack of evidence with politics", by Jefferson and Heneghan, Centre for Evidence Based Medicine (CEBM), Oxford University (23 July 2020) https://www.cebm.net/covid-19/masking-lack-of-evidence-with-politics/

Załącznik nr 3

[17] Bundgaard, Henning, et al. "Effectiveness of adding a mask recommendation to other public health measures to prevent SARS-CoV-2 infection in Danish mask wearers: a randomized controlled trial." Annals of Internal Medicine (2020) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33205991/

[18] Matthews, Sajith. „Mask mandates in light of DANMASK-19." Infection Control & Hospital Epidemiology (2021): 1-2.

ARGUMENT 2: WNIOSKI WYNIKI Z KILKUDZIESIĘCIU PUBLIKACJI NAUKOWYCH PODWAŻAJĄ SKUTECZNOŚĆ MASEK

1. **Bin-Reza 2012, przegląd systematyczny 17 badań, w tym 8 badań RANDOMIZOWANYCH:** *„Żadne z badań nie wykazało rozstrzygającego związku między stosowaniem maski / respiratora a ochroną przed zakażeniem grypą"*[1]
2. **Saunders 2017, przegląd systematyczny 16 badań RANDOMIZOWANYCH z metaanalizą:** *„Wpływ masek na redukcję transmisji grypy pandemicznej był nieistotny"* [2]
3. **Jacobs 2009, badanie RANDOMIZOWANE**: *„Nie wykazano, aby stosowanie masek chirurgicznych przez pracowników służby zdrowia przynosiło korzyści w zakresie objawów przeziębienia"* [3]
4. **Brainard 2020, przegląd systematyczny 31 badań, w tym 12 badań RANDOMIZOWANYCH:** *„dowody nie są wystarczająco mocne, aby wspierać powszechne stosowanie masek"* [4]
5. **Xiao 2020, przegląd systematyczny 10 badań RANDOMIZOWANYCH**: *„Nasz przegląd systematyczny nie wykazał istotnego wpływu masek i higieny rąk na transmisję laboratoryjnie potwierdzonej grypy."* [5]
6. **Jefferson 2020a, przegląd systematyczny z metaanalizą 15 badań RANDOMIZOWANYCH:** *„Nie było wystarczających dowodów, aby przedstawić zalecenia dotyczące stosowania osłon twarzy bez innych środków ochronnych w zapobieganiu rozprzestrzenianiu się wirusów układu oddechowego. W porównaniu z brakiem masek nie stwierdzono zmniejszenia liczby przypadków zachorowań na infekcje grypopodobne (ILI) lub grypę zarówno w populacji ogólnej, jak i w przypadku pracowników służby zdrowia* [6]
7. **Bundgaard 2020, badanie RANDOMIZOWANE**: W grupie z rekomendacją noszenia masek i w grupie bez takiego zalecenia odsetek pacjentów z infekcją SARS-CoV-2 był podobny [7]
8. **Smith 2016, Canadian Medical Association Journal, metaanaliza , w tym BADANIA RANDOMIZOWANE,**: Respiratory N95 i maski chirurgiczne używane przez pracowników służby zdrowia nie wykazały korzyści w zakresie przenoszenia ostrych infekcji dróg oddechowych. Stwierdzono również, że transmisja ostrych infekcji dróg oddechowych „mogła nastąpić poprzez zanieczyszczenie dostarczonego sprzętu ochrony dróg oddechowych podczas przechowywania i ponownego użycia masek i respiratorów w ciągu dnia pracy". Na podstawie oddzielnej analizy 23 badań obserwacyjnych, ta metaanaliza nie wykazała ochronnego działania maski medycznej lub respiratorów N95 przeciwko wirusowi SARS [8]
9. **Cowling 2010, Cambridge University Press:** żadne z trzech kontrolowanych badań nad stosowaniem masek w przestrzeni publicznej nie dostarczyło konkluzywnych dowodów na ich skuteczność [9]
10. **Jefferson 2020b, Oxford Centre for Evidence-Based Medince:** *„(…) pomimo dwóch dekad przygotowań do pandemii, istnieje znaczna niepewność co do wartości noszenia masek"* [10]
11. **Hunter 2020:** *„powszechne stosowanie masek lub nakryć nie przynosi żadnych korzyści (…) mogą one faktycznie zwiększać ryzyko infekcji"* [11]
12. **Klompas 2020, New England Journal of Medicine**: *„Noszenie maski poza placówkami służby zdrowia zapewnia niewielką, jeśli w ogóle jakąkolwiek ochronę, przed infekcją"* [12]
13. **Kappstein 2020:** *„Nie ma dowodów na skuteczność masek odzieżowych, niewłaściwe codzienne stosowanie masek przez społeczeństwo może w rzeczywistości prowadzić do wzrostu liczby infekcji"* [13]
14. **Rancourt 2020:** *„Maski nie zapobiegają chorobom grypopodobnym układu oddechowego lub chorobom układu oddechowego przenoszonym przez cząsteczki aerozolu i krople"* [14]
15. **Desai 2020, Journal of the American Medical Association:** *„Zdrowe osoby nie powinny nosić masek w celu ochrony przed infekcją dróg oddechowych, ponieważ nie ma dowodów na to, że maski noszone przez zdrowe osoby skutecznie zapobiegają zachorowaniu"* [15]
16. **Royo-Bordonada, 2020:** *„Obowiązkowe stosowanie masek w miejscach publicznych przez ogół zdrowej populacji, niezależnie od potencjalnego ryzyka transmisji lub tego, czy można zachować bezpieczną odległość (…), jest środkiem inwazyjnym ograniczającym indywidualne wolności i nie wydaje się być uzasadnione na podstawie dostępnych dowodów naukowych dotyczących potencjalnych korzyści i zagrożeń związanych z tą praktyką"* [16]
17. **American Institute for Economic RESEARCH, 2021**: *„W oparciu o dowody cytowane powyżej, nie znajdujemy rozstrzygających dowodów na poparcie stosowania masek w przypadku Covid-19 (z wyjątkiem masek typu N-95 w warunkach szpitalnych oraz gdy są odpowiednio dopasowane i używane). W rzeczywistości noszenie maski wydaje się wiązać ze znacznym ryzykiem dla użytkownika. Nasze wnioski nie opierają się wyłącznie na braku dowodów na nieskuteczność, ale na faktycznych dowodach na nieskuteczność"* [17]
18. **Marks 2021, The Lancet Infectious Diseases**: *„Nie znaleźliśmy żadnych dowodów na zmniejszenie ryzyka transmisji u osób, które zgłosiły używanie maski"* [18]
19. **Norwegian Institute of Public Health, 2020**: *„(…) około 200 000 osób musiałoby nosić maskę, aby zapobiec jednej nowej infekcji tygodniowo", „noszenie masek w celu zmniejszenia rozprzestrzeniania się Covid-19 nie jest zalecane dla osób w społeczności bez objawów ze strony układu oddechowego, które nie mają bezpośredniego kontaktu z osobami, o których wiadomo, że są zakażone"* [19]
20. **Leung 2020, Nature Medicine**: *„wyniki sugerują, że maski chirurgiczne mogą potencjalnie zmniejszać uwalnianie cząstek wirusa grypy do środowiska w kropelkach z dróg oddechowych, ale nie w aerozolach. I należy podkreślić, że badanie to opierało się na osobach z chorobą objawową, czyli w kontekście innym niż tutaj rozważanym"* [20]
21. **Letizia 2020, New England Journal of Medicine, 2020**: *„pomimo bardzo rygorystycznej i wymuszonej kwarantanny (obejmującej 2 pełne tygodnie nadzorowanego odosobnienia, a następnie wymuszonych protokołów dystansowania i maskowania), szybkość transmisji nie została zmniejszona i faktycznie wydawała się wyższa niż oczekiwano! Dlatego zwracamy uwagę, że noszenie maski było nie tylko nieskuteczne w zapobieganiu rozprzestrzenianiu się chorób, ale wręcz pogarszało sytuację. Pomimo kwarantanny, dystansu społecznego i noszenia maski, w tej kohorcie rekrutów, głównie młodych mężczyzn, około 2% nadal było zakażonych i uzyskało pozytywny wynik testu na SARS-CoV-2"* [21]
22. **Chou, 2020**: *„zła dowodów dotyczących stosowania masek i ryzyka wystąpienia SARS-CoV-2 w społeczności pozostaje niewystarczająca", „Dlatego dowody na stosowanie masek vs niestosowanie i porównanie typów masek w placówkach opieki zdrowotnej są niewystarczające"* [22]
23. **Huber 2020a**: *„Badania populacyjne pokazują, że stosowanie masek powodowało zwiększoną częstość występowania COVID-19 lub nie miało żadnego wpływu. Żadna z badanych jurysdykcji nie miała spadku zachorowalności na COVID-19 po wprowadzeniu nakazów noszenia maski, z wyjątkiem dwóch, które rozpoczęły już gwałtowny spadek liczby przypadków COVID-19 kilka tygodni wcześniej"* [23]
24. **Huber 2020b;** *„Z powyższych danych wynika, że maski służą bardziej jako instrumenty utrudniające normalne oddychanie, a nie jako skuteczna bariera dla patogenów. Dlatego maski nie powinny być używane przez ogół społeczeństwa, ani przez dorosłych, ani przez dzieci, a ich ograniczona jako profilaktyki przeciwko patogenom należy również wziąć pod uwagę w placówkach medycznych"* [24]
25. **Radonovich 2019, Journal of American Medical Association:** *„zarówno respiratory N95, jak i maski chirurgiczne „nie spowodowały znaczącej różnicy w częstości występowania grypy potwierdzonej laboratoryjnie"* [25]
26. **Vainshelboim, 2021:** *„Istniejące dowody naukowe podważają bezpieczeństwo i skuteczność noszenia maski jako środka zapobiegawczego w przypadku COVID-19. Dane sugerują, że zarówno medyczne, jak i niemedyczne maski są nieskuteczne w blokowaniu przenoszenia chorób wirusowych i zakaźnych z człowieka na człowieka, takich jak SARS-CoV-2 i COVID-19, co przemawia przeciwko stosowaniu masek"* [26]
27. **Dugré 2020, Canadian Family Physician** *„znaleźliśmy ograniczone dowody dotyczące wpływu masek na wirusowe infekcje dróg oddechowych zarówno w społeczności, jak i w placówkach opieki zdrowotnej, a większość naszych analiz nie wykazała statystycznie istotnych różnic"* [27].
28. **National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020**: *„Istnieje niewiele dowodów dotyczących transmisji małych cząstek w aerozolu o wielkości potencjalnie wydychanej przez bezobjawowe lub osoby presymptomatyczne z COVID-19. Zakres jakiejkolwiek ochrony będzie zależał od tego, w jaki sposób maski są wykonane i używane. Zależy to również od tego, jak użycie maski wpływa na zachowania zapobiegawcze użytkownika, w tym stosowanie lepszych masek, gdy stają się one powszechnie dostępne. Te efekty behawioralne mogą ogólnie osłabić lub wzmocnić wpływ maski domowej roboty na zdrowie publiczne. Obecny poziom korzyści, jeśli w ogóle istnieje, nie jest możliwy do oszacowania."* [28]

Nawet jeśli ktoś nie rozumie reguł jakimi kieruje się Evidence-based Medicine i nie zgadza się na wątpliwości co do ARGUMENTU 1, to po analizie 28 cytowanych powyżej publikacji (w tym metaanaliz z badań RCT) nie może zaprzeczyć, że dane naukowe w zakresie skuteczności masek NIE SĄ JEDNOZNACZNE, a wręcz WĄTPLIWE.

Na podstawie wątpliwych danych naukowych osoby noszące masek nazywa się bandytami i medycznymi troglodytami [29], chce się zamykać w psychiatryku [30] i rzucać na nich infamię [31]

Źródła:

1. bin Reza, Faisal, et al. „The use of masks and respirators to prevent transmission of influenza: a systematic review of the scientific evidence." Influenza and other respiratory viruses 6.4 (2012): 257-267. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22188875
2. Saunders-Hastings, Patrick, et al. „Effectiveness of personal protective measures in reducing pandemic influenza transmission: A systematic review and meta-analysis." Epidemics 20 (2017): 1-20. https://www.researchgate.net/publication/316593294_Effectiveness_of_personal_protective_measures_in_reducing_pandemic_influenza_transmission_A_systematic_review_and_meta-analysis
3. Jacobs, Joshua L., et al. „Use of surgical face masks to reduce the incidence of the common cold among health care workers in Japan: a randomized controlled trial." American journal of infection control 37.5 (2009): 417-419. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19216002/
4. Brainard, Julii Suzanne, et al. „Facemasks and similar barriers to prevent respiratory illness such as COVID-19: A rapid systematic review." medRxiv (2020). https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.01.20049528v1
5. Xiao, Jingyi, et al. „Nonpharmaceutical measures for pandemic influenza in nonhealthcare settings—personal protective and environmental measures." Emerging infectious diseases 26.5 (2020): 967. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7181938/
6. Jefferson, Tom, et al. „Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses. Part 1-Face masks, eye protection and person distancing: systematic review and meta-analysis." MedRxiv (2020). https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.30.20047217v2
7. Bundgaard, Henning, et al. "Effectiveness of adding a mask recommendation to other public health measures to prevent SARS-CoV-2 infection in Danish mask wearers: a randomized controlled trial." Annals of Internal Medicine (2020). https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33205991/
8. J Smith, C MacDougall. CMAJ. 2016 May 17. 188(8): 567-574
9. Cowling, B. J., et al. „Face masks to prevent transmission of influenza virus: a systematic review." Epidemiology & infection 138.4 (2010): 449-456. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20092668/
10. "Masking lack of evidence with politics", by Jefferson and Heneghan, Centre for Evidence Based Medicine (CEBM), Oxford University (23 July 2020) https://www.cebm.net/covid-19/masking-lack-of-evidence-with-politics/
11. Hunter, Paul Raymond, et al. „Impact of non-pharmaceutical interventions against COVID-19 in Europe: a quasi-experimental study." medRxiv (2020). https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.01.20088260v2
12. Klompas, Michael, et al. „Universal masking in hospitals in the Covid-19 era." New England Journal of Medicine 382.21 (2020): e63. https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2006372
13. Ines Kappstein (Niemcy) Kappstein Ines. „Mund-Nasen-Schutz in der Öffentlichkeit: Keine Hinweise für eine Wirksamkeit." Krankenhaushygiene up2date 15.03(2020):279-297. https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/a-1174-6591.pdf
14. Rancourt, Denis G. „Masks Don't Work: A review of science relevant to COVID-19 social policy." Rereader, 2020. https://www.rereader.com/commentary/masks-dont-work-covid-a-review-of-science-relevant-to-covide-19-social-policy
15. Desai, Angel N., and Preeti Mehrotra. „Medical masks." Jama 323.15 (2020): 1517-1518. https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2762694
16. Royo-Bordonada, Miguel Angel, et al. „Face masks in the general healthy population. Scientific and ethical issues." Gaceta Sanitaria (2020).
17. https://www.aier.org/article/masking-a-careful-review-of-the-evidence
18. Marks, Michael, et al. „Transmission of COVID-19 in 282 clusters in Catalonia, Spain: a cohort study." The Lancet Infectious Diseases (2021)
19. https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2020/should-individuals-in-the-community-without-respiratory-symptoms-wear-facemasks-to-reduce-the-spread-of-covid-19-report-2020.pdf
20. Leung NHL, Chu DKW, Shiu EYC, Chan KH, McDevitt JJ, Hau BJP, Yen HL, Li Y, Ip DKM, Peiris JSM, Seto WH, Leung GM, Milton DK, Cowling BJ. Respiratory virus shedding in exhaled breath and efficacy of face masks. Nat Med. 2020 May;26(5):676-680. doi: 10.1038/s41591-020-0843-2. Epub 2020 Apr 3. Erratum in: Nat Med. 2020 May 27;: PMID: 32371934
21. Letizia, Andrew G., et al. „SARS-CoV-2 transmission among Marine recruits during quarantine." New England Journal of Medicine 383.25 (2020): 2407-2416.
22. Chou, Roger, et al. „Update Alert 3: Masks for prevention of respiratory virus infections, including SARS-CoV-2, in health care and community settings." Annals of internal medicine 173.12 (2020): 169.
23. https://pdmj.org/papers/masks_false_safety_and_real_dangers_part4
24. https://pdmj.org/papers/masks_are_neither_effective_nor_safe/index.html
25. L Radonovich M Simberkoff, et al. N95 respirators vs medical masks for preventing influenza among health care personnel: a randomized clinic trial. JAMA. 2019 Sep 3. 322(9): 824-833.
26. Vainshelboim, Baruch. „Facemasks in the COVID-19 era: A health hypothesis." Medical hypotheses 146 (2021): 110411.
27. "Masks for prevention of viral respiratory infections among health care workers and the public: PEER umbrella systematic review", by Dugre et al., Canadian Family Physician (July 2020) 66: 509-517. https://www.cfp.ca/content/66/7/509
28. "Rapid Expert Consultation on the Effectiveness of Fabric Masks for the COVID-19 Pandemic" (8 April, 2020). By National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Washington, DC: The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/25776
29. https://www.tvp.info/50277139/bandyci-medyczni-troglodyci-lekarze-komentuja-demonstracje-proepidemikow
30. https://silesia24.pl/wideo/szczegoly-ostre-slowa-prof-zembali-antycovidowcow-zamknac-w-psychiatryku-19153
31. https://nczas.com/2020/10/05/rzecznik-resortu-zdrowia-straszy-osoby-bez-maseczek-chce-objac-infamia/

ARGUMENT 3: MASKI NIE CHRONIĄ CHIRURGA I PACJENTA PRZED ZANIECZYSZCZENIEM INFEKCYJNYM PODCZAS ZABIEGU

Royal Society of Medicine, 2015: *„Brakuje istotnych dowodów na poparcie twierdzeń, że maski chronią pacjenta lub chirurga przed zanieczyszczeniem infekcyjnym"* [1]

Bahli, 2009: *„Na podstawie ograniczonej liczby badań z randomizacją nadal nie jest jasne, czy noszenie masek chirurgicznych szkodzi, czy przynosi korzyści pacjentom poddawanym planowej operacji."* [2]

Cochrane Database of Systematic Reviews,2002: *„Nie jest jasne, czy noszenie chirurgicznych masek powoduje jakiekolwiek szkody lub korzyści dla pacjenta poddawanego czystej operacji chirurgicznej"* [3]

Skinner, 2001: *„Dostępne dowody wskazują, że w przypadku noszącego maski chirurgiczne nie zapewniają pełnej ochrony przed bakteriami i wirusami przenoszonymi drogą powietrzną. Ochrona anestezjologa przed zakażeniem od pacjenta może być lepiej osiągnięta przy użyciu plastikowych osłon na twarz, które zapewniają wyższy poziom ochrony przed zanieczyszczeniem"* [4]

Orr, 1981: *„Ta próba miała na celu sprawdzenie, czy ryzyko infekcji rany wzrośnie, gdy maski nie będą noszone. To nie miało miejsca. Noszenie maski ma bardzo małe znaczenie dla samopoczucia pacjentów poddawanych rutynowym operacjom ogólnym i jest to standardowa praktyka, z której można by zrezygnować."* [5]

Źródła:

1. Da Zhou, Charlie, Pamela Sivathondan, and Ashok Handa. „Unmasking the surgeons: the evidence base behind the use of facemasks in surgery." Journal of the Royal Society of Medicine 108.6 (2015): 223-228.

2. Bahli, Zahid Mehmood. „Does evidence based medicine support the effectiveness of surgical facemasks in preventing postoperative wound infections in elective surgery." J Ayub Med Coll Abbottabad 21.2 (2009): 166-70.

3. Lipp, Allyson, and Peggy Edwards. „Disposable surgical face masks for preventing surgical wound infection in clean surgery." Cochrane Database of Systematic Reviews 1 (2002).

4. Skinner, M. W., and B. A. Sutton. „Do anaesthetists need to wear surgical masks in the operating theatre? A literature review with evidence-based recommendations." Anaesthesia and intensive care 29.4 (2001): 331-338.

5. Orr, Neil WM. „Is a mask necessary in the operating theatre?." Annals of the Royal College of Surgeons of England 63.6 (1981): 390.

ARGUMENT 4: NAUKA NADAL MA WĄTPLIWOŚCI CZY OSOBY BEZOBJAWOWE ZARAŻAJĄ

W artykule opublikowanym w **Nature Communications** (listopad 2020), do którego włączono 10 mln osób (!) wykazano, że rozprzestrzenianie wirusa przez osoby bezobjawowe nie tylko było rzadkim zjawiskiem, ale wręcz w ogóle nie miało miejsca [1]! W badaniu nie znaleziono ANI JEDNEGO przypadku z pozytywnym wynikiem testu w kierunku SARS-CoV-2 nawet wśród bliskich kontaktów osób bezobjawowych dla tej 10-milionowej próby.

Jak zauważył autor publikacji „Masking. A Careful Review of the Evidence", zaskakujące było to, że wynik przełomowego badania opublikowanego w NATURE został zignorowane przez media, decydentów i ich ekspertów, którzy nakazali wprowadzenie lockdownu, zamknięcie szkół i noszenie masek przez osoby bezobjawowe [2]

W randomizowanym kontrolowanym badaniu wykazano, że wśród pacjentów objawowych nie było różnic między osobami noszącymi i nienoszącymi maski w zakresie transmisji koronawirusa przez krople większe niż 5 µm. Wśród pacjentów bezobjawowych nie wykryto kropli i aerozolu zawierających koronawirusa u żadnej z osób z lub bez maski, co sugeruje, że BEZOBJAWOWI NIE TRANSMITUJĄ I NIE ZARAŻAJĄ INNYCH [3]

W kolejnym badaniu 445 bezobjawowych osób było eksponowanych na kontakt z bezobjawowym SARS-CoV-2-pozytywnym nosicielem poprzez przebywanie w tej samej izolowanej przestrzeni przez średnio 4-5 dni. ŻADNA z tych 445 osób nie została zainfekowana SARS-CoV-2, co potwierdzono testem RT-PCR [4]

7 czerwca 2020 r. dr Maria Van Kerkhove, szef oddziału **WHO** ds. nowych chorób i chorób odzwierzęcych, przyznała na konferencji prasowej, że rozprzestrzenianie wirusa przez osoby bezobjawowe jest „bardzo rzadkie". „Z POSIADANYCH PRZEZ NAS DANYCH wynika, że nadal RZADKO zdarza się, aby osoba bezobjawowa faktycznie przekazywała wirusa dalej" i jeszcze raz podkreśliła „TO BARDZO RZADKIE" [6]. WHO dość szybko zaczęło wycofywać się z tych twierdzeń: „Jest wiele do wyjaśnienia w tej sprawie. JEST WIELE NIEWIADOMYCH. Oczywiste jest, że zarówno osoby z objawami, jak i bezobjawowe są częścią cyklu transmisji. Pytanie brzmi, jaki jest względny udział każdej grupy w ogólnej liczbie przypadków." [7]

CDC przedstawiło dowody przemawiające za transmisją SARS-CoV-2 przez osoby przedobjawowe lub bezobjawowe [5], należy jednak ocenić czy wiarygodność tych danych jest wystarczająca, aby podważyć wyniki ogromnego badania opublikowanego w Nature Communication [1].

Z uwagi na powyższe, dane na temat transmisji SARS-CoV-2 przez osoby bezobjawowe są sprzeczne. Jeśli nauka nadal ma wątpliwości czy osoby bezobjawowe zarażają SARS-CoV-2, to zasadność powszechnego noszenia masek przez osoby zdrowe bez objawów jest tym bardziej wątpliwa.

Źródła:

1. Cao, Shiyi, et al. „Post-lockdown SARS-CoV-2 nucleic acid screening in nearly ten million residents of Wuhan, China." Nature communications 11.1 (2020): 1-7. https://www.nature.com/articles/s41467-020-19802-w
2. American Institute for Economic Research. https://www.aier.org/article/masking-a-careful-review-of-the-evidence
3. N.H.L. Leung, D.K.W. Chu, E.Y.C. Shiu, K.H. Chan, J.J. McDevitt, B.J.P. Hau, et al. Respiratory virus shedding in exhaled breath and efficacy of face masks Nat Med, 26 (2020), pp. 676-680
4. M. Gao, L. Yang, X. Chen, Y. Deng, S. Yang, H. Xu, et al. A study on infectivity of asymptomatic SARS-CoV-2 carriers Respir Med, 169 (2020)
5. https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/7/20-1595_article
6. https://www.cnbc.com/2020/06/08/asymptomatic-coronavirus-patients-arent-spreading-new-infections-who-says.html
7. https://www.cnbc.com/2020/06/09/who-scrambles-to-clarify-comments-on-asymptomatic-coronavirus-spread-much-is-still-unknown.html

ARGUMENT 5: BRAK RÓŻNIC W SKUTECZNOŚCI MIĘDZY MASKĄ N95 A MASKĄ CHIRURGICZNĄ – DOWÓD NA BRAK ISTOTNEJ KORZYŚCI Z BLOKOWANIA KROPELI I CZĄSTEK AEROZOLU?

Long 2020, Journal of Evidence – Based Medicine, metaanaliza: „Stosowanie respiratorów N95 w porównaniu z maskami chirurgicznymi nie wiąże się z mniejszym ryzykiem wystąpienia grypy potwierdzonej laboratoryjnie. Respiratory N95 nie powinny być zalecane dla ogółu społeczeństwa i personelu medycznego o niższym ryzyku, którzy nie mają bliskiego kontaktu z pacjentami z grypą lub pacjentami podejrzanymi o grypę" [1]

Jefferson, metaanaliza 2020: „Nie było różnicy między maskami chirurgicznymi a maskami N95 w zakresie infekcji grypopodobnych i grypy" [2]

PloS one, metaanaliza, 2020: „Nie ma wystarczających danych, aby ostatecznie ustalić, czy respiratory N95 są lepsze od masek medycznych w ochronie przed zakaźnymi ostrymi infekcjami dróg oddechowych" [3]

Według prof. Denisa Rancourta (ponad 100 artykułów w recenzowanych periodykach naukowych, wskaźnik Hirscha – 39): „GDYBY NOSZENIE MASKI PRZYNOSIŁO JAKIEKOLWIEK KORZYŚCI ZE WZGLĘDU NA BLOKOWANIE KROPELEK I CZĄSTEK AEROZOLU, TO NOSZENIE RESPIRATORA (N95) POWINNO PRZYNIEŚĆ WIĘKSZE KORZYŚCI W PORÓWNANIU Z MASKĄ CHIRURGICZNĄ. ALE KILKA DUŻYCH METAANALIZ I WSZYSTKIE RCT, UDOWODNIŁY, ŻE NIE MA TAKIEJ WZGLĘDNEJ KORZYŚCI" [4]

Źródła:

1. Long, Youlin, et al. „Effectiveness of N95 respirators versus surgical masks against influenza: a systematic review and meta-analysis." Journal of Evidence-Based Medicine 13.2 (2020): 93-101.
2. Jefferson, Tom, et al. „Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses. Part 1-Face masks, eye protection and person distancing: systematic review and meta-analysis." MedRxiv (2020).
3. Barycka, Katarzyna, et al. „Comparative effectiveness of N95 respirators and surgical/face masks in preventing airborne infections in the era of SARS-CoV2 pandemic: A meta-analysis of randomized trials." PloS one 15.12 (2020): e0242901.
4. https://www.rereader.com/commentary/still-no-conclusive-evidence-justifying-mandatory-masks

ARGUMENT 6: ZAGROŻENIA ZWIĄZANE ZE STOSOWANIEM MASEK

Poniżej lista skutków ubocznych noszenia masek raportowana w badaniach.

Ogół populacji: dyskomfort i irytacja, duszność, skutki psychologiczne, wpływ na komunikację, zagrożenie ze strony wdychania i rozprzestrzeniania zanieczyszczeń z maski (w tym włókien i materiału biologicznego), zwiększone ryzyko infekcji, wzrost wiremii i nasilenia infekcji, niedotlenienie, hiperkapnia, zwiększona kwasowość i toksyczność, aktywacja lęku i reakcji na stres, wzrost poziomu hormonów stresu, immunosupresja, zmęczenie, pogorszenie zdolności poznawczych, zwiększone ryzyko infekcji, depresja, wpływ na tętno, stres termiczny, negatywny wpływ na parametry wysiłkowe, negatywny wpływ na podstawowe potrzeby psychologiczne jednostki, negatywny wpływ na funkcje fizjologiczne górnych dróg oddechowych, stany zapalne, fałszywe poczucie bezpieczeństwa, negatywne konsekwencje dla osób z ubytkiem słuchu, większe rozprzestrzenianie zanieczyszczonego powietrza (w masce oddychamy częściej i głębiej), ryzyko wprowadzenia wirusa do organizmu poprzez wielokrotne użycie i niewłaściwe zdejmowanie masek, wydychane powietrze dostaje się do oczu, co generuje impuls do ich dotykania, materiały tekstylne w odzieży maskach stosowanych do zakrywania ust i nosa mogą zawierać szkodliwe chemikalia i barwniki, np. formaldehyd, ekspozycja płuc na nanocząsteczki (nanomateriały w maskach obejmują dwutlenek miedzi, węgiel, grafen, nanodiamenty, nanosrebro i dwutlenek tytanu; poważne skutki uboczne u ludzi wynikające z wdychania nanocząsteczek srebra obejmują niewydolność płuc, przyspieszenie akcji serca i obniżone tętnicze ciśnienie tlenu we krwi), zwiększone ryzyko upadku (zaburzenia pola widzenia peryferyjnego, parujące okulary), wdychanie mikroplastiku pochodzącego z maski [1-35].

Dzieci: rozdrażnienie, ból głowy (w tym migreny), problem z koncentracją, pogorszenie nastroju, niechęć do wyjścia do szkoły/przedszkola, złe samopoczucie, pogorszenie zdolności uczenia się, senność i zmęczenie, ograniczenie mimiki emocjonalnej, negatywny wpływ na socjalizację i nabywanie umiejętności społecznych, problem z komunikacją werbalną i emocjonalną niemowlę/dziecko – rodzic, utrudnione przyswajanie mowy i języka (małe dzieci, dzieci, które częściej czytają z ruchu warg, mają lepsze umiejętności językowe, gdy są starsze), nieprawidłowy wzrost i kątowanie ucha zewnętrznego (odstawanie uszu) [34, 36-40]

Personel medyczny: bóle głowy, umiejsza wydolność pracy, problemy z oddychaniem i upośledzenie funkcji poznawczych, podniesienie temperatury ciała, nasilone pocenie się, wzmożony niepokój i zmęczenie, urazy uciskowe, choroby skóry, zwiększona podatność na infekcje [34,41-55].

SARS-COV-2 może przetrwać na powierzchni maski nawet tydzień [56], a więc istnieje ryzyko wprowadzenia wirusa do organizmu poprzez wielokrotne użycie i niewłaściwe zdejmowanie masek [8].

Borovoy, 2020a: „Na podstawie przytoczonych tutaj danych klinicznych i historycznych wnioskujemy, że stosowanie masek przyczyni się do znacznie większej zachorowalności i śmiertelności niż z powodu COVID-19" [56]

Borovoy, 2020b: *„Ze względu na duże ryzyko dla osób noszących maski (...) gorąco zalecamy, ABY ŻADNA OSOBA DOROSŁA ANI DZIECKO NIE BYŁY ZMUSZANE DO NOSZENIA MASKI W ŻADNYCH*

OKOLICZNOŚCIACH. Ponadto zalecamy, aby zagrożenia związane z noszeniem maski były publikowane i ogólnie dostępne i aby maski były noszone wyłącznie przez dorosłych, którzy zdecydują się to zrobić, i tylko za dobrowolną świadomą zgodą, z PEŁNĄ ŚWIADOMOŚCIĄ ZWIĄZANYCH Z NIMI ZAGROŻEŃ, oraz aby ich stosowanie było ZABRONIONE dla dzieci, dorosłych uczniów i pracowników" [57]

Źródła:

1. Downsides of face masks and possible mitigation strategies: a systematic review and meta-analysis" Mina Bakhit, Natalia Krzyzaniak, Anna Mae Scott, Justin Clark, Paul Glasziou, Chris Del Mar. medRxiv 2020.06.16.20133207; doi: https://doi.org/10.1101/2020.06.16.20133207 Now accepted for publication in BMJ Open. — https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.16.20133207v1
2. Lazzarino, Antonio Ivan, et al. „Covid-19: Important potential side effects of wearing face masks that we should bear in mind." The BMJ 369 (2020).
3. Fisher, Kiva A., et al. „Community and Close Contact Exposures Associated with COVID-19 Among Symptomatic Adults≥ 18 Years in 11 Outpatient Health Care Facilities—United States, July 2020." Morbidity and Mortality Weekly Report 69.36 (2020): 1258.
4. Przedstawicielka WHO w Polsce, dr Paloma Cuchi (marzec 2020), https://www.tysol.pl/a44621-Moga-stac-sie-zrodlem-infekcji-WHO-przestrzega-przed-noszeniem-maseczek-przez-zdrowe-osoby
5. Vainshelboim B. "Facemasks in the COVID-19 era: A health hypothesis". Medical Hypotheses. 2021;146:110411. doi:10.1016/j.mehy.2020.110411 — https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7680614
6. Hunter, Paul Raymond, et al. „Impact of non-pharmaceutical interventions against COVID-19 in Europe: a quasi-experimental study." medRxiv (2020). https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.01.20088260v2
7. Ines Kappstein (Niemcy): Kappstein Ines. „Mund-Nasen-Schutz in der Öffentlichkeit: Keine Hinweise für eine Wirksamkeit." Krankenhaushygiene up2date 15.03(2020) 279-297. https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/a-1174-6591.pdf
8. MacIntyre, C. Raina, et al. "A cluster randomised trial of cloth masks compared with medical masks in healthcare workers." BMJ open 5.4 (2015): e006577.
9. Li Y., Tokura H, Guo YP, et al. "Effects of wearing N95 and surgical facemasks on heart rate, thermal stress and subjective sensations" Int Arch Occup Environ Health. 2005;78(6):501-509. doi 10.1007/s00420-004-0584-4 — https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7087880/
10. Fikenzer S, Uhe T, Lavall D, Rudolph U, Falz R, Busse M, Hepp P, Laufs U. "Effects of surgical and FFP2/N95 face masks on cardiopulmonary exercise capacity". Clin Res Cardiol. 2020 Dec;109(12):1522-1530. doi: 10.1007/s00392-020-01704-y. Epub 2020 Jul 6. PMID: 32632523; PMCID: PMC7338098 — https://link.springer.com/article/10.1007/s00392-020-01704-y
11. Review of scientific reports of harms caused by face masks, up to February 2021 https://www.researchgate.net/publication/349518677_Review_of_scientific_reports_of_harms_caused_by_face_masks_up_to_February_2021
12. Zhu, J. H., et al. „Effects of long-duration wearing of N95 respirator and surgical facemask: a pilot study." J Lung Pulm Resp Res 4 (2014): 97-100.
13. Bader A et al. Preliminary report on surgical mask induced deoxygenation during major surgery. Neurochirurgia 2008;19:12-126.
14. Kao, Tze-Wah, et al. „The physiological impact of wearing an N95 mask during hemodialysis as a precaution against SARS in patients with end-stage renal disease." Journal of the Formosan Medical Association= Taiwan yi zhi 103.8 (2004): 624-628.
15. Shehade H et al. Cutting edge: Hypoxia-Inducible Factor-1negatively regulates Th1 function. J Immunol 2015;195:1372-1376.
16. Westendorf AM et al. Hypoxia enhances immunosuppression by inhibiting CD4+ effector T cell function and promoting Treg activity. Cell Physiol Biochem 2017;41:1271-84
17. Sceneay J et al. Hypoxia-driven immunosuppression contributes to the pre-metastatic niche. Oncoimmunology 2013;2:1 e22355.
18. Savransky V et al. Chronic intermittent hypoxia induces atherosclerosis. Am J Resp Crit Care Med 2007;175:1290-1297.
19. Kyung, Sun Young, et al. „Risks of N95 face mask use in subjects with COPD." Respiratory Care 65.5 (2020): 658-664.
20. Lazzarino, Antonio Ivan, et al. „Covid-19: Important potential side effects of wearing face masks that we should bear in mind." The BMJ 369 (2020).
21. https://www.gao.gov/new.items/d10875.pdf
22. Greenhalgh T ,Schmid MB ,Czypionka T ,Bassler D ,Gruer L. Maski na twarz dla publiczności podczas kryzysu COVID-19.
23. Chodosh, Joshua, Barbara E. Weinstein, and Jan Blustein. „Face masks can be devastating for people with hearing loss." (2020).
24. Ten Hulzen, Richard D., and David A. Fabry. „Impact of Hearing Loss and Universal Face Masking in the COVID-19 Era." Mayo Clinic Proceedings. Elsevier, 2020.
25. MacIntyre, C. Raina, et al. "A cluster randomised trial of cloth masks compared with medical masks in healthcare workers." BMJ open 5.4 (2015): e006577.
26. Palmieri, Valentina, et al. „Face masks and nanotechnology: Keep the blue side up." Nano Today 37 (2021): 101077.
27. https://www.researchgate.net/publication/344360277_Masks_false_safety_and_real_dangers_Part_1_Fr table_mask_particulate_and_lung_vulnerability
28. https://pdmj.org/papers/masks_false_safety_and_real_dangers_pa013
29. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0306987720317126?via%3Dihub
30. Marler, Hollyanna, and Annabel Ditton. „"I'm smiling back at you": Exploring the impact of mask wearing on communication in healthcare." International journal of language & communication disorders (2020).
31. Vainshelboim, Baruch. „Facemasks in the COVID-19 era: A health hypothesis." Medical hypotheses 146 (2021): 110411.
32. https://www.researchgate.net/publication/348179764_The_problem_with_communication_stress_from_face_masks
33. Kal, Elmar C., William R. Young, and Toby J. Ellmers. „Face masks, vision, and risk of falls." (2020).
34. https://www.researchgate.net/publication/348412069_An_evidence_review_of_face_masks_against_C OVID-19
35. Li, Lu, et al. „COVID-19: Performance study of microplastic inhalation risk posed by wearing masks." Journal of hazardous materials 411 (2021): 124955.
36. Schwarz, Silke, et al. "Corona children studies" Co-Ki": First results of a Germany-wide registry on mouth and nose covering (mask) in children" (2020). https://assets.researchsquare.com/files/rs-124394/v2/dee8941b-f636-4183-9497-3e80bbde5824.pdf
37. Green, Janet et al. "The implications of face masks for babies and families during the COVID-19 pandemic: A discussion paper". Journal of neonatal nursing : JNN vol. 27,1 (2021): 21-25. doi:10.1016/j.jnn.2020.10.005 — https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7598570/
38. Lewkowicz, „Masks Can Be Detrimental to Babies' Speech and Language Development". David J. Lewkowicz Scientific American Cognition, Opinion https://www.scientificamerican.com/article/masks-can-be-detrimental-to-babies-speech-and-language-development/
39. Karvounides, D., Marzouk, M., Ross, A.C., VanderPluym, J.H., Pettet, C., Ladak, A., Ziplow, J., Patterson Gemile, C., Turner, S., Anto, M., Barmherzig, R., Chadehumbe, M., Kalkbrenner, J., Malavolta, C.P., Clementi, M.A., Gerson, T. and Szperka, C.L. (2021), "The intersection of COVID-19, school, and headaches: Problems and solutions". Headache: The Journal of Head and Face Pain, 61: 190-201. https://doi.org/10.1111/head.14038
40. 41 Zanotti, B., Parodi, P.C., Riccio, M. et al. "Can the Elastic of Surgical Face Masks Stimulate Ear Protrusion in Children?". Aesth Plast Surg 44, 1947–1950 (2020). https://doi.org/10.1007/s00266-020-01833-9
41. https://link.springer.com/article/10.1007/s00266-020-01833-9
42. Ong JJY et al. Headaches associated with personal protective equipment-A cross-sectional study among frontline healthcare workers during COVID-19. Headache. 2020;60(5):864-8776. https://headachejournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/head.13811
43. Ramirez-Moreno, Jose M., et al. „Mask-associated de novo headache in healthcare workers during the Covid-19 pandemic." medRxiv (2020). https://oem.bmj.com/content/early/2020/12/29/oemed-2020-106956.abstract
44. Elisheva Rosner E (2020) "Adverse Effects of Prolonged Mask Use among Healthcare Professionals during COVID-19". Journal of Infectious Disease and Epidemiology 6:130. doi.org/10.23937/2474-3658/1510130 — https://clinmedjournals.org/articles/jide/journal-of-infectious-diseases-and-epidemiology-jide-6-130.php
45. Purushothaman, P.K., Priyangha, E. & Vaidhyswaran, R. "Effects of Prolonged Use of Facemask on Healthcare Workers in Tertiary Care Hospital During COVID-19 Pandemic". Indian J Otolaryngol Head Neck Surg 73, 59–65 (2021). https://doi.org/10.1007/s12070-020-02124-0
46. Magnavita (critique of Ong, 2020). Magnavita, N. and Chirico, F. (2020), "Headaches, Personal Protective Equipment, and Psychosocial Factors Associated With COVID-19 Pandemic". Headache: The Journal of Head and Face Pain, 60: 1444-1445. https://doi.org/10.1111/head.13882
47. Goh (response to critique of Ong, 2020). Goh Y, Ong JJY, Bharatendu C, Tan BYQ, Sharma VK. "Headaches Due to Personal Protective Equipment During COVID-19 Pandemic: A Comment". Headache: The Journal of Head and Face Pain. 2020;60(7):1446-1447. doi:10.1111/head.13879. — https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7323331/
48. Rapisarda, L., Trimboli, M., Fortunato, F. et al. "Facemask headache: a new nosographic entity among healthcare providers in COVID-19 era". Neurological Sciences (2021). https://doi.org/10.1007/s10072-021-05075-8

49. Hajjij A, Aasfara J, Khalis M, et al. "Personal Protective Equipment and Headaches: Cross-Sectional Study Among Moroccan Healthcare Workers During COVID-19 Pandemic". Cureus. 2020 Dec;12(12):e12047. DOI: 10.7759/cureus.12047. https://europepmc.org/article/med/33447477
50. Çağlar, A., Kaçer, İ., Hacımustafaoğlu, M., Öztürk, B., & Öztürk, K. (2020). "Symptoms associated with personal protective equipment among frontline healthcare professionals during the COVID-19 pandemic". Disaster Medicine and Public Health Preparedness, 1-15. doi:10.1017/dmp.2020.455 —- https://www.cambridge.org/core/journals/disaster-medicine-and-public-health-preparedness/article/symptoms-associated-with-personal-protective-equipment-among-frontline-healthcare-professionals-during-the-covid19-pandemic/D3DE0B1437D8E1C9C577D09A2295C68
51. Rumeesha Zaheer, Maheen Khan, Ahmed Tanveer, Amal Farooq, Zohaib Khurshid. "Association of Personal Protective Equipment with De Novo Headaches In Frontline Healthcare Workers during COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study". European Journal of Dentistry. 2020 Dec;14(S 01):S79-S85. doi: 10.1055/s-0040-1721904. Epub 2020 Dec 26. PMID: 33368069; PMCID: PMC7775222. —- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7775222/
52. Zaheer S, Rumeesha Zaheer, Maheen Khan, Ahmed Tanveer, Amal Farooq, Zohaib Khurshid. "Association of Personal Protective Equipment with De Novo Headaches In Frontline Healthcare Workers during COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study". European Journal of Dentistry. 2020 Dec;14(S 01):S79-S85. doi: 10.1055/s-0040-1721904. Epub 2020 Dec 26. PMID: 33368069; PMCID: PMC7775222 —- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7775222/
53. M. Froumtzas, C. Nikolaou, D. Schizas et al., "Personal protective equipment against COVID-19: Vital for surgeons, harmful for patients?", The American Journal of Surgery, 13 August 2020, https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2020.09.014
54. Singh M, et al. Personal protective equipment induced facial dermatoses in healthcare workers managing COVID-19 cases. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2020; 34: e378-e380. https://doi.org/10.1111/jdv.16628
55. Rosner, E. „Adverse effects of prolonged mask use among health care professionals during COVID-19." J Infect Dis Epidemiol 6 (2020): 130.
56. Purushothaman, P. K., E. Priyangha, and Roopak Vaidhyswaran. „Effects of prolonged use of facemask on healthcare workers in tertiary care hospital during COVID-19 pandemic." Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery 73.1 (2021): 59-65.
57. Dehbandi, Reza, and Mohammad Ali Zazouli. „Stability of SARS-CoV-2 in different environmental conditions." *The Lancet Microbe* 1.4 (2020): e145.
58. https://pdmj.org/papers/masks_false_safety_and_real_dangers_part2
59. https://pdmj.org/papers/masks_false_safety_and_real_dangers_part3

ARGUMENT 7: NEGATYWNE OPINIE EKSPERCKIE NA TEMAT MASEK NA POCZĄTKU PANDEMII C-19

Prof. Lukasz Szumowski: „Maseczki nie pomagają. Nie wiem czemu ludzie je noszą" [1]

Marszałek Senatu prof. Tomasz Grodzki (lekarz pulmonolog): „w obronie przed koronawirusem ważne jest, żeby często dezynfekować ręce i nosić maseczki, gdy jesteśmy zakatarzeni lub czujemy się "grypowo" [1]

Dr hab. n. med. Jarosław Pinkas: *„Maseczki nie chronią przed zarażeniem koronawirusem! Noszenie ich przez osoby zdrowe jest kompletnie bezsensowne. Są one dla osób chorych właśnie po to, aby nie zarażały innych. Natomiast nie ma żadnego powodu, aby w naszym klimacie, w naszym kraju nosiły je osoby zdrowe"* [2]

Dr Zbigniew Martyka, ordynator oddziału zakaźnego w Dąbrowie Tarnowskiej: *„Jeśli noszmy maseczki to nie mamy większego wpływu na ochronę innych przed zakażeniem, a w dodatku szkodzimy własnemu zdrowiu. Naszwa się wniosek, że jesteśmy oklamywani i zmuszani do działań mogących pogarszać nasz stan zdrowia" [3]*

Doktor Maciej Niwiński, przewodniczący Zarządu Regionu Śląskiego OZZL *„Źle użyta maseczka staje się bombą biologiczną. Szkodzi zamiast pomagać" [4]*

Dr Tomasz Ozorowski, mikrobiolog, były prezes Stowarzyszenia Epidemiologii Szpitalnej i przewodniczący Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych: *„To daje złudne poczucie bezpieczeństwa. Może też prowadzić do sytuacji, w której maseczki zwiększą ryzyko zakażenia, ponieważ nie potrafimy z nich poprawnie korzystać. Dlatego nie powinniśmy robić tego w taki sposób, że nosimy je wszyscy" [5]*

CDC nie zaleca osobom, które dobrze się czują, noszenia maski w celu ochrony przed chorobami układu oddechowego, w tym COVID-19. Maski powinny być używane przez osoby wykazujące objawy COVID-19, aby zapobiec rozprzestrzenianiu się choroby. Stosowanie masek jest również kluczowe dla pracowników służby zdrowia i osób opiekujących się kimś w bliskim otoczeniu (w domu lub w placówce medycznej) [6]

WHO i Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC, European Centre for Disease Prevention and Control) podkreślają, że noszenie maseczek przez osoby zdrowe w celu zapobiegania infekcji wcale nie jest efektywne [7]

Prof. Włodzimiesz Gut: *„Maseczki zbierają na swojej powierzchni wszystko, zwłaszcza kiedy ulegną zawilgoceniu, tracą swoje właściwości. Nie wolno ich dotykać, a przecież ta jednorazówka działa przez 20 minut, więc trzeba by było mieć przy sobie odpowiedni zapas. I potem nie bardzo wiadomo, co z nimi robić"* [8]

Minister Zdrowia Holandii, Tamary van Ark: *„Ponieważ z medycznego punktu widzenia NIE MA UDOWODNIONEJ SKUTECZNOŚCI maseczek, rada ministrów zdecydowała, że nie będzie ogólnokrajowego obowiązku noszenia maseczek niemedycznych"* [9]

Należy zadać pytanie, na ile racjonalnie uzasadniona była zmiana zdania w kwestii noszenia masek przez wielu ekspertów i organizacji ds. zdrowia, skoro po kilku dekadach badań nad skutecznością masek (metaanalizy, randomizowane kontrolowane badania kliniczne) twierdzono, że noszenie masek jest nieefektywne w zapobieganiu transmisji wirusa, a po kilku miesiącach pandemii C-19 zdanie zmieniono o 180 stopni. W ramach poprzednich argumentów wskazałem, że w dalszym ciągu nie pojawiły się wysokiej jakości badania naukowe, które jednoznacznie wskazałyby na wystarczającą skuteczność i bezpieczeństwo masek w tym kontekście

1. **https://www.medonet.pl/koronawirus/koronawirus-w-polsce,lekarz--zle-uzyta-maseczka-staje-sie-bomba-biologiczna--artykul,92624472.html**
2. https://www.rynekzdrowia.pl/Uslugi-medyczne/Szumowski-o-koronawirusie-maseczki-nie-pomagaja-Nie-wiem-czemu-ludzie-je-nosza,203278,8.html
3. https://mgr.farm/aktualnosci/gis-noszenie-maseczek-przez-osoby-zdrowe-jest-bezsensowne
4. http://www.tarnow.net.pl/articles/s,1,204542
5. https://plus.gloswielkopolski.pl/koronawirus-maseczki-dają-złudne-poczucie-bezpieczeństwa-bo-nie-potrafimy-z-nich-poprawnie-korzystać-mówi-mikrobiolog,ar,c1-14880265
6. https://dailycaller.com/2020/03/03/facemasks-coronavirus-says-cdc-who/
7. https://www.mp.pl/covid19/covid19-aktualnosci/228836,who-maseczki-sa-dla-personelu-medycznego
8. https://kobieta.wp.pl/maseczki-ochronne-czy-ich-noszenie-ma-sens-wirusolog-wlodzimierz-gut-wyjasnia-6500789009070209a?s=96&ml=&src01=6a4e8
9. https://www.rp.pl/Koronawirus-SARS-CoV-2/200809981-Holandia-Maski-nie-beda-obowiazkowe-Nie-ma-dowodow-ze-dzialaja.html

ARGUMENT 8. MASKI STANOWIĄ POWAŻNE ZAGROŻENIE EKOLOGICZNE

Na całym świecie KAŻDEGO MIESIĄCA zużywa się 129 miliardów wątpliwej skuteczności masek i 65 miliardów plastikowych rękawiczek, wiele z nich trafia do mórz, oceanów, lasów i gleby [1]

„1,5 miliarda masek trafiło w ubiegłym roku do mórz i oceanów. Jak mówią ekolodzy, już wkrótce w Morzu Śródziemnych może być więcej masek niż meduz" [2]

Źródła:

1. https://politicalwire.com/2020/09/08/face-mask-pollution-becoming-huge-problem/
2. https://klimat.rp.pl/planeta/4467-bez-biodegradowalnych-masek-oceany-czeka-katastrofa?domg_wp_cron=1617320496.2220060825347900390625

ARGUMENT 9 ŚWIATOWA ORGANIZACJA ZDROWIA (WHO) I EUROPEJSKIE CENTRUM DS. ZAPOBIEGANIA I KONTROLI CHORÓB (ECDC) PRZYZNAJĄ, ŻE DOWODY NA SKUTECZNOŚĆ MASEK SĄ NIEWYSTARCZAJĄCE

ECDC, 15.02.2021: „Dowody dotyczące skuteczności masek medycznych w zapobieganiu COVID-19 w społeczności są zgodne w zakresie NIEWIELKIEGO LUB UMIARKOWANEGO efektu ochronnego, ale NADAL ISTNIEJĄ ZNACZĄCE NIEPEWNOŚCI co do wielkości tego efektu. Dowody na skuteczność niemedycznych masek, osłon twarzy i respiratorów w społeczności są SŁABE I BARDZO MAŁO WIARYGODNE [1]

WHO, 01.12.2020: „Obecnie istnieją tylko OGRANICZONE I NIESPÓJNE DOWODY na poparcie skuteczności powszechnego noszenia masek przez osoby zdrowe w społeczności w celu zapobiegania infekcjom wirusowym dróg oddechowych, w tym SARS-CoV-2" [2]

Pomimo powyższych informacji, obie organizacje ogólnie zalecają noszenie masek, co pokazuje, że wnioski agencji ds. zdrowia nie są poparte wystarczającą ilością wiarygodnych badań naukowych i pochopnie ignorują zagrożenia związane ze stosowaniem masek.

Nie uszło to uwadze niektórym badaczom, którzy skrytykowali decyzję amerykańskiej agencji ds. kontroli chorób (CDC): *„Mimo braku dowodów z badań RCT wskazujących, że maski mają dodatkowy wpływ na łagodzenie transmisji SARS-CoV-2, Centrum Kontroli Chorób zaleciło stosowanie masek w miejscach publicznych dla efektu ochronnego, nie tylko w celu kontroli źródła zakażenia (wśród osób z objawami, ale także dla osób zdrowych"* [3]

Takie decyzje światowych i krajowych agencji ds. zdrowia sprawiły, że autorzy wielu publikacji, pomimo braku twardych dowodów naukowych, mogły odważniej w swoich pracach formułować wnioski zgodne z przyjętą przez te agencje narracją.

Źródła:

1. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-face-masks-community-first-update.pdf
2. https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak
3. Matthews, Sajith. „Mask mandates in light of DANMASK-19." Infection Control & Hospital Epidemiology (2021): 1-2.

ARGUMENT 10: ISTNIEJE HIPOTEZA, ŻE MASKA ZWIĘKSZA RYZYKO COVID-19

Są dane wskazujące, że W REGIONACH O WIĘKSZYM UŻYCIU MASEK WSKAŹNIK POZYTYWNYCH TESTÓW W KIERUNKU COVID-19 BYŁ WIĘKSZY LUB BEZ ZMIAN [1-12]. Przedstawiono mechanizmy fizyczne i chemiczne, które mogą odpowiadać za zwiększoną transmisję COVID-19 [12]

Fisher, 2020:

„Noszenie masek nie wpłynęło na odsetek diagnozowanych infekcji sars-cov-2, a 85% OSÓB wymagających opieki ambulatoryjnej z powodu objawów infekcji ZAWSZE LUB CZĘSTO NOSIŁO MASKĘ PRZED WYSTĄPIENIEM PIERWSZYCH SYMPTOMÓW, a tylko 8% rzadko lub nigdy" [13]

Przedstawicielka WHO w Polsce, dr Paloma Cuchi (marzec 2020):

„Zamiast chronić, maseczka może wręcz stać się źródłem infekcji, bo poprzez oddech szybko ulega zawilgoceniu, a takie środowisko jest idealną pożywką dla rozwoju drobnoustrojów. Dlatego też trzeba zmienić ją na nową, kiedy tylko stanie się wilgotna." [14]

Hunter, 2020:

„Powszechnie stosowanie w społeczności masek lub nakryć NIE PRZYNOSI ŻADNYCH KORZYŚCI. Rzeczywiście istnieje nawet sugestia, że MOGĄ ONE FAKTYCZNIE ZWIĘKSZAĆ RYZYKO INFEKCJI" [15]

Profesor mikrobiologii, wirusologii i epidemiologii – Ines Kappstein (Niemcy):

„NIE MA DOWODÓW NA SKUTECZNOŚĆ MASEK ODZIEŻOWYCH, niewłaściwe codzienne stosowanie masek przez społeczeństwo MOŻE W RZECZYWISTOŚCI PROWADZIĆ DO WZROSTU LICZBY INFEKCJI" [16]

MacIntyre, 2015

„Autorzy badania przestrzegają przed stosowaniem maseczek odzieżowych, ponieważ zatrzymywanie wilgoci, ponowne użycie i słaba filtracja MOGĄ DOWODOWAĆ ZWIĘKSZONE RYZYKO INFEKCJI, a wirus może przetrwać na powierzchni maseczki. „istnieje ryzyko wprowadzenia wirusa do organizmu poprzez wielokrotne użycie i nieodpowiednie zakładanie" [17]

Źródła:

1. C Felter, N Bussemaker. Which countries are requiring face masks? Council on Foreign Relations. Aug 4, 2020. https://www.cfr.org/in-brief/which-countries-are-requiring-face-masks
2. B Borovoy, C Huber, M Crisler. Masks, false safety and real dangers, Part 2: Microbial challenges from masks. Primary Doctor Med J. Nov 2020. https://pdmj.org/Mask_Risks_Part2.pdf
3. I Miller. Mask charts. Rational Ground. https://rationalground.com/mask-charts/
4. I Miller. More mask charts. Rational Ground. https://rationalground.com/more-mask-charts
5. The COVID Tracking Project. Data download. The Atlantic. https://covidtracking.com/data/download
6. https://github.com/owid/covid-19-data/tree/master/public/data
7. H Bundgaard, J Bundgaard, et al. Effectiveness of adding a mask recommendation to other public health measures to prevent SARS-CoV-2 infection in Danish mask wearers: A randomized controlled trial. Ann Int Med. Nov 18 2020. https://doi.org/10.7326/M20-6817. https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-6817
8. J Xiao, E Shiu, et al. Nonpharmaceutical measures for pandemic influenza in non-healthcare settings personal protective and environmental measures. Centers for Disease Control. 26(5); 2020 May. https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/5/19-0994_article
9. T Jefferson, M Jones, et al. Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses. MedRxiv. 2020 Apr 7.
10. C Huber. Masks are neither effective nor safe: A summary of the science. PDMJ.org. Dec 2020. https://pdmj.org/Mask_Risks_Part4.pdf
11. Brainard, N Jones, et al. Facemasks and similar barriers to prevent respiratory illness such as COVID19: A rapid systematic review. MedRxiv. 2020 Apr 1. https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.01.20049528v1.full.pdf
12. C Huber. Proposed mechanisms by which masks increase risk of COVID-19. PDMJ.org. January 2021. https://pdmj.org/papers/masks_false_safety_and_real_dangers_part1
13. Fisher, Kiva A., et al. „Community and Close Contact Exposures Associated with COVID-19 Among Symptomatic Adults≥ 18 Years in 11 Outpatient Health Care Facilities—United States, July 2020." Morbidity and Mortality Weekly Report 69.36 (2020): 1258.
14. https://www.tysol.pl/a44621-Moga-stac-sie-zrodlem-infekcji-WHO-przestrzega-przed-noszeniem-maseczek-przez-zdrowe-osoby
15. Hunter, Paul Raymond, et al. „Impact of non-pharmaceutical interventions against COVID-19 in Europe: a quasi-experimental study." medRxiv (2020).
16. Kappstein, Ines. „Mund-Nasen-Schutz in der Öffentlichkeit: Keine Hinweise für eine Wirksamkeit." Krankenhaushygiene up2date 15.03 (2020): 279-297.
17. MacIntyre, C. Raina, et al. „A cluster randomised trial of cloth masks compared with medical masks in healthcare workers." BMJ open 5.4 (2015): e006577.

ARGUMENT 11: NIEPRAWIDŁOWE NOSZENIE MASEK DODATKOWO ZMNIEJSZA SKUTECZNOŚĆ I ZWIĘKSZA RYZYKO

Do wątpliwej skuteczności i uzasadnionego ryzyka należy dodać, że społeczeństwo nie używa masek prawidłowo, nie zmienia ich odpowiednio często, dotyka je gołą dłonią, wielokrotnie używa tej samej maski nie przechowując jej w sterylnym miejscu, stosuje przy wysokiej wilgotności powietrza i w niesprzyjających warunkach atmosferycznych, a także przy problemach z oddychaniem.

ARGUMENT 12: RYZYKO ZGONU Z POWODU COVID-19 NIE UZASADNIA NOSZENIA MASEK

Ze względu na zagrożenia wynikające ze stosowania masek i wątpliwą skuteczność ich noszenie mogłoby być argumentowane znacznym ryzykiem zgonu lub poważnych powikłań na skutek infekcji SARS-CoV-2.

Według oszacowań CDC zakażenie wirusem SARS-CoV-2 przeżywa, w zależności od wieku, od 96,76% do 99,99% osób [1].

Według danych WHO na COVID-19 przez rok trwania pandemii zmarło ok 2,43 miliona ludzi (stan na luty 2021) [2]. Na całym globie żyje ok 7,8 miliarda ludzi. Biorąc pod uwagę powyższe dane, maksymalne GLOBALNE ROCZNE RYZYKO ŚMIERCI Z POWODU COVID-19 wynosi 2,43 mln/7,8 mld = 0,03%.

Dla porównania, w 2017 r. na choroby sercowo naczyniowe zmarło 17,8 milionów, na nowotwory 9,6 milionów, na choroby układu oddechowego 3,9 milionów. Już w 2017 r. na infekcje dolnych dróg oddechowych umarło w sumie 2,56 milionów ludzi.

2,5 miliona zgonów rocznie z powodu COVID-19 jest ZNACZNIE PRZESZACOWANE [3], ponieważ raportowane przez poszczególne kraje zgony są „z" covid-19, a nie „z powodu" COVID-19 [4], wiarygodność rekomendowanych testów RT-PCR jest wątpliwa [5-6], przypisywanie COVID-19 może odbywać się wyłącznie na podstawie objawów, bez laboratoryjnej identyfikacji wirusa, co w kontekście globalnym stwarza wysokie prawdopodobieństwo stronniczego raportowania [4,7]

Według WHO, około 1,35 miliona ludzi umiera każdego roku w wyniku wypadków drogowych [8]. Oszacujmy zatem roczne globalne ryzyko zgonu z powodu wypadków drogowych. 1,35 mln / 7,8 mld = 0,017‰

Przeszacowane roczne globalne ryzyko zgonu z powodu COVID-19: 0,030‰

Roczne globalne ryzyko zgonu z powodu wypadków drogowych: 0,017‰

Roczne globalne przeszacowane ryzyko zgonu z powodu COVID-19 jest tylko dwukrotnie wyższe niż roczne globalne ryzyko zgonu w wypadku drogowym, a w wypadkach drogowych w przeciwieństwie do COVID-19, umierają głównie ludzie młodzi.

Raportowano mniejszą liczbę zgonów w Polsce w miesiącach od lutego do lipca 2020 roku w porównaniu do analogicznych okresów w roku 2018 i 2019 (Biuro Ministra BM-WOP.0122.288.2020), pomimo trwającej pandemii COVID-19 oraz licznych wieców wyborczych, zatłoczonych plaż i kurortów, gdzie większość obywateli nie nosiła maseczek.

Można wnioskować, że niskie i w dodatku przeszacowane ryzyko zgonu z powodu COVID-19 nie uzasadnia stosowania środka ochrony indywidualnej o wątpliwej skuteczności i udokumentowanych naukowo zagrożeniach.

1. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/planning-scenarios.html
2. https://covid19.who.int/
3. Niforatos JD, Melnick ER, Faust JS. Covid-19 fatality is likely overestimated. BMJ2020;368:m1113. doi:10.1136/bmj.m1113 pmid:32198267
4. Pulla, Priyanka. „What counts as a covid-19 death?." bmj 370 (2020).
5. Cohen, Andrew N., Bruce Kessel, and Michael G. Milgroom. „Diagnosing COVID-19 infection: the danger of over-reliance on positive test results." medRxiv (2020).
6. Borger, Pieter, et al. „External peer review of the RTPCR test to detect SARS-CoV-2 reveals 10 major scientific flaws at the molecular and methodological level: consequences for false positive results." (2020).
7. https://www.researchgate.net/publication/349518677_Review_of_scientific_reports_of_harms_caused_by_face_masks_up_to_February_2021
8. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries

ARGUMENT 13: NISKIE RYZYKO ZARAŻENIA SIĘ W PRZELOTNYM KONTAKCIE W PRZESTRZENI PUBLICZNEJ

New England Journal of Medicine, 2020: *„Organy odpowiedzialne za zdrowie publiczne definiują znaczną ekspozycję na Covid-19 jako kontakt twarzą w twarz w odległości 6 stóp z pacjentem z objawowym Covid-19, który utrzymuje się przez co najmniej kilka minut (a niektórzy mówią, że dłużej niż 10 minut lub nawet 30 minut) SZANSA NA ZŁAPANIE COVID-19 Z PRZELOTNEJ INTERAKCJI W PRZESTRZENI PUBLICZNEJ JEST ZATEM MINIMALNA"* [1]

Norwegian Institute of Public Health *w ocenianych warunkach oszacował, że około 200 000 OSÓB MUSIAŁOBY NOSIĆ MASKĘ, ABY ZAPOBIEC JEDNEJ NOWEJ INFEKCJI TYGODNIOWO* [2]

Przy nadal niepewnym założeniu, że asymptomatyczna transmisja wirusa jest istotna (patrz ARGUMENT IV), to i tak ryzyko bezobjawowej transmisji wirusa jest o 42% mniejsze niż objawowej [3].

Badania sugerują, że osoby zakażone bezobjawowo lub przedobjawowe nie przenoszą wirusa w takim stopniu jak osoby, u których rozwijają się objawy [4,5].

1. https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2006372
2. https://www.fhi.no/globalassets/dokumenter/filer_rapporter/2020/should-individuals-in-the-community-without-respiratory-symptoms-wear-facemasks-to-reduce-the-spread-of-covid-19-report-2020.pdf
3. Byambasuren O, Cardona M, Bell K, Clark J, McLaws ML, Glasziou P. Estimating the extent of true asymptomatic COVID-19 and its potential for community transmission: systematic review and meta-analysis. JAMMI 2020 doi: 10.3138/jammi-2020-0030
4. Buitrago-Garcia D, Egli-Gany D, Counotte MJ, Hossmann S, Imeri H, Ipekci AM, et al. Occurrence and transmission potential of asymptomatic and presymptomatic SARS-CoV-2 infections: A living systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 2020;17(9):e1003346

Qiu X, Nergiz I, Maraolo A, Bogoch, Low N, Cevik M. Defining the role of asymptomatic SARS-CoV-2 transmission: a living systematic review. MedRxiv. 2020 doi: 10.1101/2020.09.01.20135194.

ARGUMENT 14: CZĄSTECZKI WIRUSA Z NOŚNIKIEM SWOBODNIE PRZECHODZĄ PRZEZ PORY W MASCE

Fizyczne właściwości masek medycznych i niemedycznych sugerują, że maski są nieskuteczne w blokowaniu cząstek wirusów ze względu na różnice w ich skalach [1-3]. Ze względu na różnicę w rozmiarach między średnicą SARS-CoV-2 a średnicą porów maski (wirus jest 1000 razy mniejszy), SARS-CoV-2 MOŻE ŁATWO PRZECHODZIĆ PRZEZ DOWOLNĄ MASKĘ [3]. Ponadto SKUTECZNOŚĆ FILTRACJI MASEK JEST NISKA i waha się od 0,7% do 26% w przypadku niechirurgicznej maski bawełnianej [4]. W przypadku masek chirurgicznych i medycznych N95 współczynnik filtracji spada odpowiednio do 15% i 58%, gdy istnieje nawet niewielka szczelina między maską a twarzą [3].

Nawet przy założeniu, że maski skutecznie utrudniają przemieszczanie się cząstek aerozolu z wirusami do przodu, to okazuje się, że osoby przebywające obok lub za osobą noszącą maskę są bardziej narażone na aerosol wydychany przez osobę zamaskowaną w porównaniu z osobą bez maski [5].

Uważa się również, że wszystkie maski zmniejszają przepływ powietrza do przodu o 90% lub więcej w porównaniu z brakiem maski. Jednak obrazowanie Schlierena wykazało, że zarówno maski chirurgiczne, jak i maski odzieżowe miały większy strumień powietrza w górę za brwiami niż w przypadku braku maski (w przypadku braku maski ten efekt był niedostrzegalny). Stwierdzono, że przepływ powietrza do tyłu był silny w przypadku wszystkich masek w porównaniu z brakiem maski [6]

Dodatkowo, zarówno w przypadku masek N95, jak i masek chirurgicznych, wydychane cząstki o wielkości od 0,03 do 1 mikrona były odbijane wokół krawędzi każdej maski i wtedy nastąpiła mierzalna penetracja cząstek przez filtr każdej maski [7].

Wirusy w aerozolach (< 100 µm) mogą pozostawać zawieszone w powietrzu przez wiele sekund lub godzin, jak dym, i być wdychane. Osoby z COVID-19, z których wielu nie ma żadnych objawów, uwalniania tysiące cząstek aerozoli z ładunkiem wirusowym, a znacznie mniej kropelek podczas oddychania i mówienia. W związku z tym prawdopodobieństwo wydychania aerozoli jest znacznie większe niż rozpylania kropli, a zatem równowagę uwagi należy przesunąć na ochronę przed przenoszeniem drogą powietrzną [8]

Większość osób jest zakażona bezobjawowo, a to oznacza, że wydycha wirusa na nośnikach mniejszych niż 100 µm, a rozmiar między porami maski wynosi 55-440 µm [3]. W takiej sytuacji SARS-CoV-2 nawet na nośniku będzie w istotnym zakresie penetrował maskę.

Metaanalizy obejmujące badania RCT z potwierdzoną laboratoryjnie infekcją wskazują, że maski nie działają, bo prawdopodobne wirusy układu oddechowego przenoszą się drogą powietrzną przez drobiny aerozolu z łatwością penetrujące maskę, a w przypadku drogi kropelkowej silne strumienie powietrza w bok, do tyłu i w górę od osoby noszącej maskę skutecznie roznoszą wirusa w społeczeństwie.

Źródła:

1. Wiersinga WJ, Rhodes A, Cheng AC, Peacock SJ, Prescott HC. Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Review. JAMA 2020.
2. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. N Engl J Med 2020;382:727-33.
3. Konda A, Prakash A, Moss GA, Schmoldt M, Grant GD, Guha S. Aerosol Filtration Efficiency of Common Fabrics Used in Respiratory Cloth Masks. ACS Nano 2020; 14:6339-47.

4. Facemasks in the COVID-19 era: A health hypothesis. Baruch Vainshelboim
5. M Viola, B Peterson, et al. Face coverings, aerosol dispersion and mitigation of virus transmission risk https://arxiv.org/abs/2005.10720
6. https://pdmj.org/papers/masks_are_neither_effective_nor_safe/index.html
7. S Grinshpun, H Haruta, et al. Performance of an N95 filtering facepiece particulate respirator and a surgical mask during human breathing: two pathways for particle penetration. J Occup Env Hygiene. 2009; 6(10):593-603;
8. https://science.sciencemag.org/content/370/6514/303.2.full

ARGUMENT 15: OGRANICZONA WIARYGODNOSC PUBLIKACJI SUGERUJACYCH SKUTECZNOSC NOSZENIA MASEK.

Jest wiele publikacji, w których autorzy uznają, że maski są skuteczne [1-12,17]. Do tej pory jednak nie udało się przeprowadzić wystarczająco wiarygodnych badań RCT porównujących noszenie masek do nienoszenia w zakresie redukcji transmisji SARS-CoV-2 z potwierdzoną laboratoryjnie infekcją. Jedyne RANDOMIZOWANE badanie o dużej mocy statystycznej przeprowadzone na dużej próbie osób (ok 6000 uczestników) dotyczące skuteczności masek w przestrzeni publicznej w dobie pandemii C-19 nie stwierdziło statystycznie ani klinicznie istotnego wpływu stosowania maski na odsetek zakażeń SARS CoV-2 [13].

Poniżej kilka przykładów, dlaczego publikacje wskazujące na skuteczność masek mogą nie być wiarygodne.

Po pierwsze, decyzje światowych i krajowych agencji ds. zdrowia o rekomendacji powszechnego maskowania społeczeństwa pomimo odnotowania braku wystarczających dowodów naukowych [27] (patrz ARGUMENT III) mogły dać impuls innym autorom do odważniejszego formułowania wniosków zgodne z przyjętą przez te agencje narracją, pomimo braku twardych dowodów naukowych.

Konieczność stosowania niefarmakologicznych interwencji w celu ograniczania transmisji SARS-CoV-2 świat naukowy bardzo często argumentuje wynikami sponsorowanej przez WHO pracy opublikowanej w The Lancet [1], w której zidentyfikowano poważne błędy metodologiczne i były naciski ze strony innych naukowców na jej wycofanie [14-16].

Pomimo rekomendacji noszenia masek, autorzy nowych publikacji często wskazują na KONIECZNOŚĆ DALSZYCH BADAŃ nad skutecznością masek w przypadku SARS-CoV-2 [3,4,10] albo przyznają, że nierandomizowany charakter analizowanych badań jest istotnym ograniczeniem analizy [5,17].

W publikacji *„Human coronavirus data from four clinical trials of masks and respirators"* wskazano, że w czterech przeprowadzonych badaniach, gdzie oceniano maski w kontekście redukcji transmisji ludzkich koronawirusów, zgłaszano tylko złożone punkty końcowe (composite viral endpoints) [18]. Zastosowanie złożonego punktu końcowego może prowadzić do pewnych trudności w interpretacji wyników, jeśli niektóre składniki nie wykazują pozytywnych tendencji na korzyść badanej interwencji lub jeśli obserwowany efekt leczenia jest spowodowany składnikami postrzeganymi jako słabe i o mniejszym znaczeniu klinicznym [19].

Nowe publikacje na temat skuteczności masek to przeważnie modele symulacje [7,12,20], badania nierandomizowane obserwacyjne [23-26], ankietowe [8], poglądowe [5,9], opinie eksperckie [11] o niższym niż RCT poziomie wiarygodności lub są w formie nierecenzowanych preprintów [10, 20,21,22]. Należy zwrócić uwagę, że nie pojawiły się nowe przełomowe badania RCT oceniające skuteczność noszenia masek, więc nowe metaanalizy [1,2,17] uwzględniają właściwe te same wczesniej analizowane RCT i jedynie dodają nowe dowody niskiej jakości.

Należy zwrócić uwagę, że niektóre badania są sponsorowane przez CDC/WHO lub inne instytucje, które rekomendują noszenie masek [1,8].

Autorzy artykułu opublikowanego w PNAS rekomendują aby, funkcjonariusze publiczni i rządy zdecydowanie zachęcały do powszechnego stosowania masek w miejscach publicznych, w tym do stosowania odpowiednich przepisów, ale stwierdzają również, że „bezpośrednie dowody na skuteczność stosowania maski są pomocne, ale NIE SĄ ROZSTRZYGAJĄCE. Ze względu na brak RCT, tylko jedno badanie obserwacyjne i niejasne dowody dotyczące innych chorób układu oddechowego, będziemy musieli przyjrzeć się szerszej liczbie dowodów" [5].

Na przykład autorzy tej metaanalizy opublikowanej na razie w formie preprint konkludują, że ich dowody przemawiają za stosowaniem masek w celu ochrony przed wirusami układu oddechowego, ale jak spojrzymy na wyniki to pojawia się informacja: *„Metaanaliza wszystkich 17 badań nie wykazała związku między maską a infekcjami dróg oddechowych"*, a wyniki istotne klinicznie na korzyść masek osiągnięto dopiero dla skorygowanych współczynników szans. Sami autorzy przyznali, że skorygowane współczynniki szans mają ograniczenia metodologiczne, wspomniano również o wielu innych ograniczeniach tej metaanalizy [21].

W publikacji preprint [10], w którym zidentyfikowano 35 badań, w tym 3 badania z randomizacją (RCT) (4017 pacjentów), 10 badań porównawczych (18984 pacjentów), 13 modeli predykcyjnych, 9 laboratoryjnych badań eksperymentalnych autorzy stwierdzili „Wyniki tego systematycznego przeglądu i metaanalizy potwierdzają stosowanie masek w społeczeństwie", dodali jednak „POTRZEBNE SĄ SOLIDNE, RANDOMIZOWANE BADANIA SKUTECZNOŚCI MASEK, ABY OPRACOWAĆ STRATEGIE OPARTE NA DOWODACH". Co więcej, w sekcji wyników pojawiają się taki informacje *„Jeśli chodzi o zmniejszenie wskaźników infekcji, szanse/ryzyko dotyczące RCT z randomizowaną kwalifikacją do grup (cluster-RCT) były na korzyść noszenia masek w porównaniu z ich brakiem, ale NIEISTOTNE STATYSTYCZNIE"*. Podobne wyniki odnotowano w badaniach obserwacyjnych.

Z kolei w publikacji [2] posłużono się argumentem, że maski są „LEPSZE NIŻ NIC" i zwrócono uwagę na konieczność dodatkowego stosowania innych środków zapobiegawczych.

W opinii eksperckiej popierającej powszechne noszenie masek „What the data say about wearing face masks" opublikowanej na łamach Nature przytoczono taki oto argument: *„Nie można przeprowadzać randomizowanych badań dla wszystkiego – i nie powinno się, jak czasami lubią mawiać badacze kliniczni, spadochronu również nigdy nie były testowane w randomizowanych kontrolowanych badaniach"* [11]. Porównanie masek do spadochronów w tym kontekście jest czymś niezrozumiałym, w szczególności że przed pandemią mieliśmy co najmniej kilkanaście badań randomizowanych nad skutecznością masek. Takie stwierdzenie w prestiżowym periodyku naukowym pośrednio sugeruje, że noszenie maski w każdym przypadku skończy się śmiercią, jak skok bez spadochronu, jest oczywistym absurdem. Dlaczego przeprowadzenie badań randomizowanych dla masek jest bardzo ważne uzasadniono w ramach ARGUMENTU 1.

W badaniu [3] wskazano, że aktualny przegląd systematyczny i metaanaliza wykazały ogólną skuteczność masek w zapobieganiu transmisji wirusów układu oddechowego, ale „NADAL POTRZEBA WIĘCEJ DOWODÓW, ABY LEPIEJ WYJAŚNIĆ SKUTECZNOŚĆ MASKOWANIA W RÓŻNYCH OKOLICZNOŚCIACH." Autorzy wymieniają wiele ograniczeń, w tym „DOBRZE ZAPROJEKTOWANE, WYSOKIEJ JAKOŚCI BADANIA PROSPEKTYWNE ORAZ BADANIA DOTYCZĄCE OGÓŁU SPOŁECZEŃSTWA SĄ NADAL NIEWYSTARCZAJĄCE".

Autorzy tej publikacji [6] stwierdzili, że maski skutecznie ograniczają przenoszenie wirusów, mimo że w sekcji dotyczącej wyników cytują wyniki badań, które dają SPRZECZNE WYNIKI. Zwracają jednak uwagę na konieczność stosowania również innych środków bezpieczeństwa.

Warto odnotować, że badania głównie skupiają się na skuteczności pomijając kwestię bezpieczeństwa, a kluczowa jest ocena KORZYŚĆ VS RYZYKO tego środka ochrony indywidualnej, zarówno dla osób zdrowych, jak i z chorobami przewlekłymi. Jeśli skuteczność jest niepewna, to tym bardziej należy zwracać uwagę na bezpieczeństwo danej interwencji.

1. Chu, Derek K., et al. „Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis." The Lancet 395.10242 (2020): 1973-1987.
2. Sharma, Suresh K., Mayank Mishra, and Shiv K. Mudgal. „Efficacy of cloth face mask in prevention of novel coronavirus infection transmission: A systematic review and meta-analysis." Journal of Education and Health Promotion 9 (2020).
3. Liang, Mingming, et al. „Efficacy of face mask in preventing respiratory virus transmission: a systematic review and meta-analysis." Travel Medicine and Infectious Disease (2020): 101751.
4. MacIntyre, C. Raina, and Abrar Ahmad Chughtai. „A rapid systematic review of the efficacy of face masks and respirators against coronaviruses and other respiratory transmissible viruses for the community, healthcare workers and sick patients." International Journal of Nursing Studies (2020): 103629.
5. Howard, Jeremy, et al. „Face masks against COVID-19: an evidence review." (2020).
6. https://royalsociety.org/-/media/policy/projects/set-c/set-c-facemasks.pdf?la=en-GB&hash=A22A87CB28F7D6AD9BD93BBCBFC2BB24
7. Li, Tom, et al. „Mask or no mask for COVID-19: A public health and market study." PloS one 15.8 (2020): e0237691.
8. Rader B, White LF, Burns MR, et al. Mask-wearing and control of SARS-CoV-2 transmission in the USA: a cross-sectional study. Lancet Digit Health 2021; published online Jan 19.

KOSMOS
PROBLEMY NAUK BIOLOGICZNYCH

Tom 65 2016
Numer 4 (313)
Strony 631–636

Polskie Towarzystwo Przyrodników im. Kopernika

ANTONI MURKOWSKI, ELŻBIETA SKÓRSKA

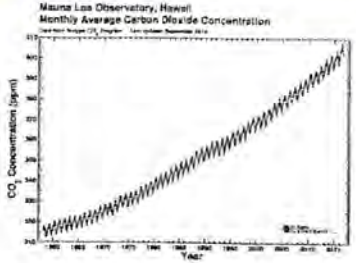
Katedra Fizyki i Agrofizyki
Wydział Kształtowania Środowiska i Rolnictwa
Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny w Szczecinie
Papieża Pawła VI nr 3, 71-459 Szczecin
E-mail: eskorska@zut.edu.pl

CZY ZWIĘKSZONA ZAWARTOŚĆ DWUTLENKU WĘGLA W POWIETRZU MA WPŁYW NA SPRAWNOŚĆ INTELEKTUALNĄ CZŁOWIEKA?

WPROWADZENIE

Od właściwego składu oraz czystości powietrza zależy zdrowie i samopoczucie człowieka. Współcześni ludzie spędzają ponad 80% czasu w pomieszczeniach zamkniętych, w których panuje specyficzny mikroklimat, dość często odbiegający od optymalnego. Szczególnym składnikiem powietrza atmosferycznego jest dwutlenek węgla (ditlenek węgla), o wzorze sumarycznym CO_2, będący ważnym gazem cieplarnianym, a także głównym substratem fotosyntezy i produktem utleniania biologicznego. Szybki wzrost liczby ludności w XX w., dynamiczny rozwój środków produkcji oraz upowszechnienie motoryzacji są powodem systematycznego wzrostu stężenia dwutlenku węgla w powietrzu atmosferycznym. W czasach, przed rewolucją przemysłową, na początku XIX w., zawartość CO_2 wynosiła 280 ppm (1 ppm ang. part per million oznacza 0,000001), w połowie XX w. 310 ppm, a w 2015 r. przekroczyła wartość 400 ppm. Zmiany zawartości CO_2 w powietrzu atmosferycznym przedstawia krzywa Keelinga (Ryc. 1), opracowywana w sposób ciągły od lat 60. XX w. przez obserwatorium zlokalizowane na Hawajach (SKÓRSKA i współaut. 2009).

Spowolnienie wzrostu zawartości CO_2, podobnie jak i pozostałych gazów cieplarnianych w powietrzu, jest jednym z głównych proekologicznych wyzwań naszego czasu, a można nawet uznać, że jest to warunek przetrwania cywilizacji w obecnym jej kształcie. Wysoce niepokojące są obserwowane liczne skutki zmian klimatu, zanik lodowców górskich, cofanie granicy lądolodów i pokrywy lodowej mórz okołobiegunowych, a także wzrost poziomu wód oceanów oraz postępujące ich zakwaszenie. Na tle tych zjawisk umykają uwadze trudniej dostrzegalne negatywne skutki zdrowotne związane ze wzrostem zawartości dwutlenku węgla w naszym bliskim otoczeniu, na ulicach miast, w mieszkaniach, salach szkolnych i szpitalnych, a także w biurach i pomieszczeniach przeznaczonych dla osób wykonujących pracę umysłową. Wyniki badań wskazują bowiem, że poziom CO_2 w pomieszczeniach mieszkalnych, szkolnych i przedszkolnych osiągał wartości sześciokrotnie przewyższające stężenie zewnętrzne (CHMIELEWSKI 2011, GRABOSZEWSKA-FEDORUK 2011, CICHOWICZ i współaut. 2015, MAINKA i ZAJUSZ-ZUBEK 2015), w niewentylowanych audytoriach uczelnianych 7000 ppm (CICHOWICZ i współaut. 2014), a w kabinach samochodów, w zależności od liczby pasażerów i czasu przebywania bez otwierania okien, nawet do 10.000 ppm (CONSTANTIN i współaut. 2016). Niestety nawiew i kontrolowane kondycjonowanie powietrza do celów klimatyzacyjnych jest kosztowne i w Polsce jeszcze mało popularne. Sytuację paradoksalnie pogarsza lepsza jakość okien o regulowanej szczelności (CHMIELEWSKI 2012). W chłodne dni szczelność przeciwdziała ochłodzeniu pomieszczenia, a w porze zwiększonego ruchu izoluje od hałasu miejskiego. Dotyczy to szczególnie szkół, w których drastycznie pogorszyła się jakość powietrza, gdy z powodu przeprowadzanych remontów nastąpiła wymiana okien, a nowe szczelne framugi, zapewniające dobrą izolację cieplną i akustyczną, stwarzają pokusę, aby w imię pozornej oszczędności minimalizować wietrzenie klas szkolnych. Dwutlenek węgla ma gęstość większą od tlenu i azotu, głównych składników powietrza, zatem jego stężenie w powietrzu miejskim może być kilkakrotnie wyższe niż na otwartej przestrzeni, co ma wpływ na mniejszą efektywność wietrzenia pomieszczeń. Celem pracy jest zasygnalizowanie problemu zbyt wysokiego stężenia dwutlenku węgla w pomieszczeniach mieszkalnych, biurowych, użyteczności publicznej, szczególnie w klasach szkolnych i innych placówkach edukacyjnych, gdzie nadmiar tego gazu może obniżać sprawność intelektualną i ograniczać zdolność do pracy koncepcyjnej.



Ryc. 1. Krzywa Keelinga obrazująca stężenie CO_2 w powietrzu, rejestrowane w obserwatorium Mauna Loa (http://scrippsco2.ucsd.edu, za zgodą Scripps CO_2 Program)

Słowa kluczowe: CO_2, jakość powietrza, podejmowanie decyzji, wydajność pracy, zdolność poznawcza

JAKIE STĘŻENIE DWUTLENKU WĘGLA MOŻE BYĆ TOLEROWANE W POMIESZCZENIACH?

Według ustaleń europejskiego oddziału Światowej Organizacji Zdrowia (WHO 2000) i Amerykańskiego Stowarzyszenia Inżynierów Ogrzewnictwa, Chłodnictwa i Klimatyzacji (ASHRAE 2007), dopuszczalne stężenie dwutlenku węgla w pomieszczeniach zamkniętych wynosi 1000 ppm (0,1%), stanowiąc wymóg tzw. minimum higienicznego. W Polsce nie ma specjalnych ustaleń prawnych dotyczących dopuszczalnego poziomu CO_2 w pomieszczeniach mieszkalnych, dlatego zaleca się tę samą wartość (CICHOWICZ i współaut. 2014). Informacje o maksymalnym stężeniu CO_2 znajdują się w rozporządzeniu dotyczącym dopuszczalnych stężeń czynników szkodliwych w środowisku pracy (Dz.U. 2014). Określono w nim najwyższe dopuszczalne stężenie (NDS) wynoszące 9000 mg·m^{-3} (odpowiada ono wartości 5000 ppm) oraz najwyższe dopuszczalne stężenie chwilowe (NDSCh) o wartości 27.000 mg·m^{-3} (15.000 ppm). Najwyższa dopuszczalna wartość (5000 ppm) rzadko występuje w budynkach mieszkalnych i użyteczności publicznej, gdzie głównym źródłem CO_2 są ludzie. Podane normy mają ograniczyć szkodliwe oddziaływanie na ludzi dwutlenku węgla wydzielającego się w procesach produkcyjnych, podczas gdy normy ASHRAE i WHO podają dopuszczalne stężenie CO_2, które w tym przypadku jest wskaźnikiem jakości powietrza w pomieszczeniach, gdzie głównym źródłem tego gazu są ludzie. Mimo iż stężenie dwutlenku węgla w ilościach wydzielanych podczas oddychania zwykle nie przekracza progu szkodliwości, to może stanowić bardzo dobry wskaźnik jakości powietrza w typowych pomieszczeniach bytowych, szkolnych, biurowych i in. Wykorzystując pomiar stężenia gazu jako wskaźnika jakości powietrza wewnętrznego, bardzo istotne jest powiązanie jego wartości ze stężeniem dwutlenku węgla w powietrzu zewnętrznym. Już w 1858 r. niemiecki fizjolog Max von Pettenkofer zaproponował graniczną wartość stężenia CO_2 w powietrzu pomieszczeń mieszkalnych i użyteczności publicznej na poziomie 1000 ppm, jako akceptowalny przez ludzi limit dobrej jakości powietrza (PETTENKOFER 1858). Dopuszczał on więc trzykrotnie wyższe stężenie dwutlenku węgla w pomieszczeniu, w stosunku do jego ówczesnej zawartości w powietrzu atmosferycznym. Konsekwencją takiego założenia jest ustalenie niezbędnej ilości powietrza wentylacyjnego potrzebnego do rozcieńczenia wydalanego przez człowieka dwutlenku węgla (w zamkniętym pomieszczeniu) do postulowanej wartości 1000 ppm. Zakładając, że człowiek wydziela 18 dm^3·h^{-1} CO_2, zawartość w powietrzu zewnętrznym wynosi 400 ppm, a dopuszczalne jego stężenie w powietrzu wewnętrznym ustalony na 1000 ppm, to niezbędna ilość powietrza wentylacyjnego wynosi V=0,018 dm^3·h^{-1}/(0,001–0,0004)=30 dm^3·h^{-1}.

Polski Komitet Normalizacyjny, zgodnie z dyrektywą Unii Europejskiej, opracował wytyczne dotyczące jakości powietrza wewnątrz budynków niemieszkalnych (Tabela 1), wpro-

Tabela 1. Jakość powietrza w budynkach niemieszkalnych (PKN 2008).

Kategoria	Różnica pomiędzy wartością CO_2 wewnątrz pomieszczenia i na zewnątrz w powietrzu [ppm]
1	≤400
2	400–600
3	600–1000
4	>1000

Tabela 2. Oddziaływanie dwutlenku węgla w pomieszczeniach zamkniętych na zdrowie człowieka (opracowanie własne).

Stężenie CO_2 [ppm]	Wpływ na organizm człowieka
1000	Minimum higieniczne
> 5000	Poczucie zmęczenia i dyskomfortu
> 15 000	Zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej krwi i oddychania
> 30 000	Zawroty i ból głowy, mdłości
> 50 000	Utrudnione oddychanie, zaburzenie widzenia
> 100 000	Utrata przytomności, a nawet śmierć

wadzając 4 kategorie na podstawie wartości określających różnicę stężenia CO_2 wewnątrz i na zewnątrz pomieszczenia (ΔCO_2).

JAK ZWIĘKSZONE STĘŻENIE CO_2 DZIAŁA NA ORGANIZM CZŁOWIEKA?

Ludzie wydychają powietrze wzbogacone w dwutlenek węgla (2–3%). Jeżeli znajdują się w małym lub słabo wentylowanym pomieszczeniu, a osób jest dużo, to stężenie CO_2 w powietrzu szybko wzrasta (Constantin i współaut. 2016). Gdy wdychamy takie powietrze, zawarty w nim dwutlenek węgla rozpuszcza się we krwi i reagując z wodą tworzy kwas węglowy (H_2CO_3). Ten zaś dysocjuje na jony: wodorowy [H^+] i wodorowęglanowy [HCO_3^-]. Wzrost ilości jonów wodorowych prowadzi z kolei do zakwaszania krwi i zaburzenia równowagi elektrolitów, a w efekcie do pogorszenia naszego samopoczucia i obniżenia aktywności. Już przy stężeniu CO_2 większym niż 5000 ppm nasila się poczucie zmęczenia, depresji i ogólnego dyskomfortu, stajemy się otępiali i mniej skłonni do wysiłku intelektualnego i fizycznego (Chmielewski 2011). Przy stężeniu CO_2 powyżej 15.000 ppm oddychanie jest utrudnione, a powyżej 30.000 ppm mogą wystąpić zawroty lub bóle głowy i mdłości (Jones 1999). Utrudnione oddychanie, zaburzenia widzenia mogą się pojawiać przy stężeniu 50.000 ppm, a przy 10.000 ppm może nastąpić utrata przytomności, a nawet śmierć (Vercruyssen i współaut. 2007). Opisane objawy zestawiono w Tabeli 2.

WPŁYW ZWIĘKSZONEJ ZAWARTOŚCI CO_2 W POWIETRZU NA PRACĘ UMYSŁOWĄ

Do niedawna uważano, że umiarkowane podwyższone stężenie dwutlenku węgla (do około 5000 ppm) powoduje jedynie przejściowy dyskomfort (bóle głowy, złe samopoczucie, niepokój) bez istotnego wpływu na zdrowie, jakość wykonywanej pracy i funkcje umysłowe. Badacze węgierscy (Kajtar i współaut. 2006) zakwestionowali taki pogląd, wykazując w dwóch doświadczeniach, że poddanie ludzi kontrolowanej ekspozycji na CO_2 o zawartości od 3000 ppm do 5000 ppm miało niekorzystny wpływ na czytanie tekstu ze zrozumieniem, jednak w krótkim doniesieniu konferencyjnym autorzy nie podali szczegółów. W innym eksperymencie, przeprowadzonym na 10 osobach, autorzy wykazali negatywny wpływ CO_2 o stężeniu 3000 ppm w ciągu 2–3 h na wyniki testów polegających na czytaniu ze zrozumieniem, ponadto zaobserwowali zwiększone ciśnienie krwi oraz zmiany w rytmie pracy serca związane ze zwiększonym poziomem stresu i podnieceniem (Kajtar i Herczeg 2012).

Satish i współaut. (2012) wykazali związek zwiększonego stężenia CO_2 z pogorszeniem się wyników pracy, zwiększeniem zaburzeń zdrowotnych i gorszą oceną jakości powietrza. Na 22 uczestnikach (6 grup) sprawdzano bezpośredni wpływ CO_2 o wartościach 600 ppm, 1000 ppm i 2500 ppm na zdolność podejmowania decyzji (testy w 9 wariantach o różnych rodzajach działań). Badano ich w specjalnie przystosowanym do tego celu pomieszczeniu biurowym. Każda grupa przebywała tam w trzech 2,5 godzinnych sesjach; wszystkie odbywały się jednego dnia, przy zachowaniu odpowiedniej kolejności grup. Dwutlenek węgla o stężeniu 600 ppm pochodził z oddychania uczestników i był uzupełniany z zewnętrznego źródła. Wydajność wentylacji i temperatura były stałe. W każdym wariancie uczestnicy wypełniali test wymagający podejmowania decyzji i ankietę dotyczącą samopoczucia i jakości powietrza. Testy podzielono na 9 kategorii: aktywność podstawowa, aktywność stosowana, aktywność skupiona, orientacja zadaniowa, inicjatywa, wyszukiwanie informacji, wykorzystanie informacji, rozległość dostępu i podstawowa strategia. Uczestnicy nie byli informowani o poziomie stężenia CO_2. Przy 600 ppm i 1000 ppm, CO_2, umiarkowane (ale statystycznie istotne) pogorszenie wyników nastąpiło tylko w kategorii – wyszukiwania informacji. Przy 2500 ppm CO_2 zaobserwowano znaczne, statystyczne istotne pogorszenie aż w 7 kategoriach testów. Bezpośredni, niekorzystny wpływ zwiększonego stężenia CO_2 na pracę ludzi może mieć ważny aspekt ekonomiczny i może limitować pozorne oszczędności uzyskane na ograniczeniu zużycia energii wydatkowanej na klimatyzację i wentylację

(Satish i współaut. 2012). W 2013 r. Fisk i współaut. przeprowadzili podobny eksperyment, którego uczestnicy brali udział w teście decyzyjnym – komputerowej grze symulującej zarządzanie organizacją przechodzącą serię problemów i kryzysów. Test składał się z trzech części, trwających po 2,5 godziny, przeprowadzanych w losowej kolejności w identycznych warunkach. Zmieniało się jedynie stężenie CO_2 (600 ppm, 1000 ppm lub 2500 ppm). Okazało się, że już przy stężeniu 1000 ppm zarejestrowano obniżenie zdolności intelektualnych, a przy 2500 ppm inicjatywa i myślenie strategiczne uczestników zmniejszyły się do poziomu dysfunkcjonalnego. Podobnie zmniejszyła się zdolność wykorzystywania dostępnych informacji i integralna ocena problemu. Z kolei, Allen i współaut. (2015) 24 uczestników poddali 8-godzinnemu działaniu CO_2 w stężeniach: 550 ppm, 945 ppm i 1400 ppm. Wykazali, że przy stężeniu 945 ppm i 1400 ppm w kilku kategoriach wykonywanych testów nastąpiło istotne pogorszenie wyników, w porównaniu z wynikami przy 550 ppm. Oznacza to, że negatywny wpływ długotrwałego oddziaływania zwiększonego stężenia CO_2 był rejestrowany przy poziomie niższym, niż w badaniach Satish i współaut. (2012).

W swoich badaniach Zhang i współaut. (2015), przez ponad 4 godz., poddawali 25 studentów działaniu dwutlenku węgla o stężeniu 500 ppm, 1000 ppm i 3000 ppm w specjalnych kamerach. Studenci rozwiązywali proste testy w kilku kategoriach, których wyniki pogarszały się w miarę wzrostu stężenia CO_2. Ci sami badacze (Zhang i współaut. 2016) nie stwierdzili jednak wpływu podwyższonego stężenia CO_2 o wartości 5000 ppm (względem 500 ppm) w ciągu 2,5 godz. badań na grupie 10 studentów, którzy nie sygnalizowali zmiany jakości powietrza ani pogarszania samopoczucia. Sugerowano więc, że uzyskane rezultaty mogą stanowić podstawę do weryfikacji aktualnie rekomendowanego limitu CO_2 na poziomie 5000 ppm, jednak podczas ekspozycji nie dłuższej niż 2,5 godz. w przypadku typowych prac biurowych.

Pacurar i Cernazanu (2013), badając 18 studentów węgierskiej politechniki podczas ćwiczeń seminaryjnych w okresie letnim (czerwiec i lipiec), wykazali zależność między uzyskanymi ocenami a wzrastającym stężeniem CO_2 w sali seminaryjnej, w której podczas eksperymentu nie włączono wentylacji. W ciągu 3 godz. zajęć, stężenie CO_2 wzrosło od 400 ppm do 2200 ppm. Studenci uzyskali oceny tym niższe, im wyższy był poziom stężenia dwutlenku węgla. Autorzy podkreślili znaczenie wentylacji i kontroli stężenia dwutlenku węgla w salach dydaktycznych.

Bako-Biro i współaut. (2011) opisali eksperyment przeprowadzony w ośmiu angielskich szkołach podstawowych na grupie ponad 200 uczniów łącznie. W każdej szkole stężenie CO_2 było monitorowane przez trzy tygodnie w dwóch wybranych pomieszczeniach i wynosiło od 1000 ppm do 5000 ppm. Wyniki testów, polegających na zapamiętywaniu obrazów lub rozpoznawaniu wyrazów, wykonanych w salach o niższym poziomie CO_2 (włączona wentylacja) były lepsze od 8% do 15% niż w pozostałych salach.

PODSUMOWANIE

W globalnym wzroście stężenia gazów cieplarnianych prym wiedzie dwutlenek węgla, którego zawartość w atmosferze przekroczyła rekordowy od 0,8 miliona lat poziom 400 ppm. Konsekwencjami tych zmian w składzie atmosfery są zmiany klimatu również o zasięgu globalnym. Niewiele osób zdaje sobie jeszcze sprawę, że współczesny model życia i działalności zawodowej, w połączeniu ze zmianami mikroklimatu miejskiego, stwarza nowe zagrożenia także dla sprawności intelektualnej. Upowszechnienie motoryzacji i znaczne zagęszczenie ludności na obszarach miast spowodowało kilkakrotny wzrost stężenia dwutlenku węgla w powietrzu miejskim, w porównaniu ze średnią wartością globalną. W celu utrzymania w pomieszczeniach stężenia CO_2 poniżej 1000 ppm (minimum higieniczne), niezbędna jest właściwie funkcjonująca instalacja wentylacyjna lub tradycyjne wietrzenie, którego efektywność maleje wraz ze wzrostem zewnętrznego stężenia CO_2 oraz wzrostem koncentracji toksycznych zanieczyszczeń gazowych i pyłowych. Znane jest ogólne przekonanie o negatywnym wpływie niewietrzonych pomieszczeń na samopoczucie i wydajność pracy umysłowej uczniów, pracowników biurowych, uczestników konferencji itp. Do niedawna uważano, że progiem wykrywalnej dysfunkcji intelektualnej jest stężenie CO_2 przekraczające 10.000 ppm, przy dopuszczalnym ustawowo w Polsce stężeniu 5000 ppm CO_2 (chwilowe nawet trzykrotnie wyższe). Ustawowe normy mają za zadanie ochronę przed trwałymi, ujemnymi zmianami w stanie zdrowia pracownika przy zachowaniu jego zdolności do wykonywania niekomplikowanych czynności zawodowych. Na obecnym rynku pracy od większości zatrudnionych wymagane jest coraz lepsze przygotowanie do wykonywania czynności złożonych i wymagających sprawności intelektualnej. Nie jest przypadkiem, że w USA i innych krajach wysoko rozwiniętych zajęto się problemem oddziaływania podwyższonego stężenia CO_2 (w granicach

dopuszczalnej normy) na funkcje intelektualne. Badania były wykonywane głównie z udziałem studentów lub młodzieży szkolnej. Część badań miało charakter psycho-fizyczny i oprócz oceny sprawności umysłowej wprowadzono kontrolę stanu fizjologicznego uczestników. Testy były wykonywane z udziałem niewielkich zespołów, treści i zakres testów nie były standaryzowane, a eksperymentatorzy stosowali różne środki techniczne i programy badań. Z tych więc względów porównywanie opublikowanych wyników jest utrudnione i wymaga pewnej dozy krytycyzmu. Do najlepiej przygotowanych badań z profesjonalnie opracowanymi wynikami należą eksperymenty wykonane na uniwersytecie w Berkeley (USA) w latach 2011 i 2013. Badania prowadzono przy poziomach: 600 ppm, 1000 ppm i 2500 ppm CO_2. Przy najwyższym stężeniu stwierdzono u badanych osób znaczne obniżenie zdolności do podejmowania inicjatywy i do oceny strategicznej.

Wyniki badań potwierdzono w eksperymencie wykonanym w 2013 r.w tym samym laboratorium i przy tych samych co poprzednio poziomach stężeń CO_2, gdy uczestnicy brali udział w teście decyzyjnym symulującym zarządzanie organizacją w czasie kryzysu.

Streszczenie

Szczególnym składnikiem powietrza atmosferycznego jest dwutlenek węgla, którego zawartość systematycznie wzrasta i w 2015 r. przekroczyła 400 ppm. Według norm europejskich i amerykańskich w pomieszczeniach zamkniętych zawartość CO_2 nie powinna przekraczać 1000 ppm. Pomiary wykonane w pomieszczeniach szkolnych i salach uczelnianych wykazywały wielokrotne przekroczenie tej wartości, osiągając nawet 7000 ppm. Do niedawna uważano, że umiarkowane podwyższone stężenie dwutlenku węgla (do ok. 5000 ppm) powoduje jedynie przejściowy dyskomfort (ból głowy, złe samopoczucie, niepokój), bez istotnego wpływu na funkcje umysłowe i jakość wykonywanej pracy. Coraz liczniejsze badania wskazują jednak na obniżoną zdolność percepcji i sprawność intelektualną, gdy zawartość CO_2 w pomieszczeniach przekracza 1400 ppm. W bardzo starannie przeprowadzonych eksperymentach amerykańskich wykazano, że nawet przy umiarkowanie podwyższonym poziomie (2500 ppm CO_2) może nastąpić upośledzenie działań decyzyjnych, zdolność do podejmowania inicjatywy i umiejętność myślenia strategicznego.

LITERATURA

ALLEN J. G., MACNAUGHTON P., SATISH U., SANTANAM S., VALLARINO J., SPENGLER J. D., 2015. *Associations of cognitive function scores with carbon dioxide, ventilation, and volatile organic compound exposures in office workers: a controlled exposure study of green and conventional office environments.* Environ. Health Perspect. 124, 6, 805-812.

ASHRAE, 2007. *Ventilation for acceptable indoor air quality. Standard 62.1.* American Society of Heating, Refrigerating and Air-Conditioning Engineers.

BAKÓ-BIRÓ ZS., CLEMENTS-CROOME D. J., KOCHHAR N., AWBI H. B., WILLIAMS M. J., 2011. *Ventilation rates in schools and pupils' performance.* Build. Environ. 48, 1-9.

CHMIELEWSKI K., 2011. Świeże powietrze w domu, szkole i pracy. Bud. Inż. Środ. 2, 443-447.

CHMIELEWSKI K. 2012. *Jakość powietrza w budynkach a wentylacja powietrza.* Install Reporter 3, 54-55.

CIEMNIEWICZ R., GAWRON-SKARBEK A., GODALA M., ŻEMNA-WALENDZIK E., SABINIAK H., SZATKO P., 2014. *Ocena stężenia dwutlenku węgla w powietrzu wybranych pomieszczeń uczelni wyższej.* Probl. Hig. Epidemiol. 95, 287-291.

CIEMNIEWICZ R., SABINIAK H., WIELGOSIŃSKI G., 2015. *The influence of a ventilation on the level of carbon dioxide in a classroom at a higher university.* Ecol. Chem. Eng. S 22, 61-71.

CONSTANTIN D., MAZILESCU C. A., NAGI M., DRAGHICI A., MIHARTESCU A. A., 2016. *Perception of cabin air quality among drivers and passengers.* Sustainability 8, 852.

DZ.U., 2014. *Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy.* Dz. U. RP z 23 czerwca 2014 r. poz. 817.

FISK W. J., SATISH U., MENDELL M. J., HOTCHI T., SULLIVAN D., 2013. *Is CO_2 an indoor pollutant? Higher levels of CO_2 may diminish decision making performance.* REHWA 10, 63.

GŁADYSZEWSKA-FEDORUK K., 2011. *Analysis of stuck ventilation system effectiveness in an average kindergarten in north-eastern Poland.* Energy Build. 43, 2488-2493.

JONES A. P., 1999. *Indoor air quality and health.* Atm. Environ. 33, 4535-4564.

KAJTÁR L., HERCZEG L., 2012. *Influence of carbon-dioxide concentration on human well-being and intensity of mental work.* Q. J. Hung. Meteorol. Serv. 116, 145-169.

KAJTÁR L., HERCZEG L., LANG E., HRUSTINSKY T., BANHIDI L., 2006. *Influence of carbon dioxide pollutant on human well-being and work intensity.* Proc. Int. Conf. 'Healthy Buildings 2006', Lisboa 4-8.07.2006, 1, 85-90.

MAINKA A., ZAJUSZ-ZUBEK E., 2015. *Indoor air quality in urban and rural preschools in upper Silesia, Poland: particulate matter and carbon dioxide.* Int. J. Environ. Res. Public Health, 12, 7697-7711.

PACURAR C., CERNAZANU C., 2013. *A study of CO_2 influence on student activity in classroom.* Rev. Română Ing. Civ. 4, 2, 79-88.

PETTENKOFER M. V., 1858. *Über den Luftwechsel in Wohngebäuden.* München, Cotta'schenbuchhandlung.

PKN, 2008. *Wentylacja budynków niemieszkalnych. Wymagania dotyczące właściwości instalacji wentylacji i klimatyzacji.* PN-EN 13779:2008, Polski Komitet Normalizacyjny.

SATISH U., MENDELL M., SHEKHAR K., HOTCHI T., SULLIVAN D., STREUFERT S., FISK W., 2012. *Is CO_2 an indoor pollutant? Direct effects of low-to-moderate CO_2 concentrations on human decision-making performance.* Env. Health Persp. 120, 1671-1677.

SKÓRSKA E., BASIUTSKA U., STANKOWSKI S., 2000. *Measurements of carbon dioxide concentration (CO_2) in atmosphere and influence of enhanced CO_2 on plants of wheat (Triticum aestivum L.).* UNFU Sci. J. Ukraine 19.15, 198-205.

VERCHUYSSEN M., KAMON E., HANCOCK P. A., 2007. *Effects of carbon dioxide inhalation on psychomotor and mental performance during exercise and recovery.* Int. J. Occupat. Safety Ergon. 13, 15-27.

WHO, 2000. *Air Quality Guidelines for Europe.* World Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen. WHO Regional Publications European Series 91.

ZHANG X., WARGOCKI P., LIAN Z., 2015. *Effects of exposure to carbon dioxide and human bioeffluents on cognitive performance.* Proc. Eng. 121, 138-142.

ZHANG X., WARGOCKI P., LIAN Z., 2016. *Human responses to carbon dioxide, a follow-up study at recommended exposure limits in non-industrial environments.* Build. Environ. 100, 162-171.

PODZIĘKOWANIE

Autorzy dziękują Panu Ralfowi Keelingowi z Scripps CO_2 Program za wyrażenie zgody na zamieszczenie w artykule aktualnej krzywej Keelinga.

KOSMOS Vol. 65, 4, 631–636, 2016

ANTONI MURKOWSKI, ELŻBIETA SKÓRSKA

Department of Physics and Agrophysics, Faculty of Environmental Management and Agriculture, West Pomeranian University of Technology in Szczecin, Papieża Pawła VI, 71-459 Szczecin, e-mail: eskorska@zut.edu.pl

DOES THE INCREASED CARBON DIOXIDE CONTENT IN THE AIR HAVE AN EFFECT ON HUMAN INTELLECTUAL PERFORMANCE?

Summary

Carbon dioxide is a specific component of atmospheric air, its content steadily increases, and in 2015 it exceeded 400 ppm. According to European and American standards indoor CO_2 content should not exceed 1000 ppm. Measurements taken in school classrooms and university auditoria showed that this value was exceeded multifold, reaching reaching even 7000 ppm. Until recently it was thought that a moderately elevated levels of carbon dioxide (up to approx. 5000 ppm) cause only temporary discomfort (headaches, feeling unwell, anxiety), without significantly affecting the quality of work and mental functions. Increasing number of observations indicate a decreased ability of perception and intellectual performance, when the CO_2 content in the room exceeds 1400 ppm. Very carefully conducted experiments in USA have demonstrated that even moderately elevated levels (2500 ppm CO_2) can impair decision-making activities, the ability to take initiative and ability to think strategically.

Załącznik nr 5

ŚRODKI DEZYNFEKCYJNE A COVID-19
OCENA SKUTECZNOŚCI
EFEKTY UBOCZNE ICH STOSOWANIA
(AKTUALNY STAN WIEDZY MEDYCZNEJ)

Spis treści:

WSTĘP..... 2

ROZDZIAŁ I: OCENA SKUTECZNOŚCI ŚRODKÓW DEZYNFEKCYJNYCH..... 3

ROZDZIAŁ II: SKUTKI UBOCZNE STOSOWANIA ŚRODKÓW DEZYNFEKCYJNYCH 5

Wolna Polska Opole

https://wpopole.pl/

marzec 2021

WSTĘP

Od wielu miesięcy powszechnie zalecane jest stosowanie żeli i innych środków dezynfekcyjnych jako jedna z metod skutecznie powstrzymujących transmisję koronawirusa. W centrach handlowych, szkołach, urzędach i innych budynkach publicznych ustawione są dystrybutory tych środków i na ludzi wchodzących do tych obiektów wywierana jest presja do dokonania dezynfekcji.

W oficjalnym przekazie władz brakuje jednak podania merytorycznych podstaw dla takich działań. Rodzą się więc pytania. Czy rzeczywiście jest to skuteczna metoda w walce z Covid-19? Jakie są naukowe podstawy tych zaleceń? Czy taka dezynfekcja ma jakieś skutki uboczne? Poszukaliśmy odpowiedzi na te pytania przeprowadzając kwerendę dostępnych w internecie źródeł: naukowych badań przeprowadzonych w różnych ośrodkach naukowych na świecie oraz wypowiedzi naukowców - ekspertów w tej dziedzinie.

Nie znaleźliśmy żadnych naukowych dowodów potwierdzających skuteczność stosowania dezynfekcji w zwalczaniu wirusów wywołujących choroby układu oddechowego, w tym koronawirusów. Wprost przeciwnie, dostępne badania wskazują, że nie ma zależności pomiędzy dezynfekcją a rozprzestrzenianiem się tych chorób. Naukowcy stwierdzają wprost, że wystarczy w zupełności tradycyjny sposób dbałości o higienę - stosowanie wody z mydłem.

Ale jest coś jeszcze. Zbyt często stosowane środki dezynfekcyjne stanowią zagrożenie dla zdrowia. Skóra jest organem stanowiącym naturalną barierę ochronną organizmu. Środki dezynfekcyjne niszcząc mikroorganizmy na jej powierzchni, usuwają przy okazji warstwę lipidową skóry, co może prowadzić do podrażnień i rozwoju chorób skórnych, a także zaostrzenia już istniejących poważnych chorób takich jak atopowe zapalenie skóry, czy łuszczyca. Kolejna zła wiadomość to fakt, że wraz ze szkodliwymi bakteriami i wirusami usuwane są z powierzchni skóry pożyteczne bakterie. Zakłócona jest naturalna i pożądana różnorodność bakteryjna. Może to prowadzić do bardzo przykrych konsekwencji zdrowotnych. Np. badania wykonane przez laboratoria La Roche-Posay wykazały, że atopia jest związana z dramatycznym spadkiem różnorodności bakteryjnej, w wyniku czego do 30% całego ekosystemu zasiedla pojedynczy gatunek bakterii – gronkowiec złocisty (Staphylococcus aureus). Ma to ścisły związek z powstaniem dolegliwości atopowego zapalenia skóry (źródło).

W przypadku dzieci te konsekwencje zdrowotne mogą być dużo poważniejsze i zupełnie nieoczekiwane. Pojawiły się alarmistyczne doniesienia z Francji, gdzie odnotowano przypadki niewłaściwego użycia żelu dezynfekcyjnego przez małe dzieci. Żel dostał się do oczu, co spowodowało odklejenie rogówki i konieczność wykonania natychmiastowej operacji w celu uratowania wzroku.

Specjaliści uważają, że w przypadku dzieci w ogóle nie powinno się stosować środków dezynfekcyjnych. Główny Inspektor Sanitarny w Polsce nie zaleca stosowania tych środków w stosunku do dzieci (źródło). Mimo to w wielu szkołach czy przedszkolach dzieci są do tego zmuszane.

Najbardziej długofalowym i niepokojącym skutkiem masowego stosowania środków dezynfekcyjnych jest odnotowany już i potwierdzony w badaniach naukowych fakt nabywania przez bakterie oporności na te środki i powstawanie nowych szczepów tzw. superbakerii. Zjawisko to, do tej pory obserwowane w warunkach szpitalnych, gdzie dezynfekcja i sterylizacja są koniecznymi procedurami w celu zachowania odpowiedniego poziomu higieny, może teraz rozprzestrzenić się na całą populację. Grozi to powstaniem nowych niebezpiecznych dla ludzkiego zdrowia odmian drobnoustrojów. Naukowcy twierdzą: "Masowe stosowanie środków przeciwdrobnoustrojowych może zakłócić równowagę mikrobiologiczną na korzyść bakterii opornych". (źródło)

GŁÓWNY INSPEKTOR SANITARNY

HŚ.BW.560.2.2020.AM

Warszawa, dnia 29 kwietnia 2020

Pani
Marlena Maląg
Minister Rodziny, Pracy
i Polityki Społecznej

Pan
Dariusz Piontkowski
Minister Edukacji Narodowej

Szanowna Pani Minister,

Szanowny Panie Ministrze,

w nawiązaniu do przeprowadzonej w dniu 29 kwietnia 2020 r. wideokonferencji z wojewodami uprzejmie informuję, iż Główny Inspektor Sanitarny nie zaleca stosowania środków dezynfekujących do rąk w stosunku do dzieci, zwłaszcza małych, do 6 roku życia. Powyższe podyktowane jest obawą wystąpienia negatywnych skutków zdrowotnych u dzieci, w tym reakcji uczuleniowych. Produkty biobójcze przeznaczone do dezynfekcji nie posiadają szczególnych wytycznych, zastrzeżeń, czy zapisów dotyczących małych dzieci. Żaden produkt biobójczy nigdy nie był i nie jest przeznaczony typowo dla dzieci z uwagi na jego skład chemiczny.

Z poważaniem

z up. Głównego Inspektora Sanitarnego
Izabela Kucharska
Zastępca Głównego Inspektora Sanitarnego

/dokument podpisany elektronicznie/

Do wiadomości:

1. Pan Łukasz Szumowski, Minister Zdrowia
2. Pan Janusz Cieszyński, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

GŁÓWNY INSPEKTORAT SANITARNY
ul. Targowa 65 | 03-729 Warszawa
tel. +48 22 536 13 00 | fax +48 22 635 61 94
inspektorat@gis.gov.pl | www.gis.gov.pl

ROZDZIAŁ I: OCENA SKUTECZNOŚCI ŚRODKÓW DEZYNFEKCYJNYCH

1. Nie ma dowodów, że dezynfekcja zmniejsza zagrożenie wirusem

Badanie z 10 grudnia 2008r.

Tytuł: "Cochrane Review: Interventions for the interruption or reduction of the spread of respiratory viruses"

Autorzy: Tom Jefferson, Ruth Foxlee, Chris Del Mar, Liz Dooley, Eliana Ferroni, Bill Hewak, Adi Prabhala i inni

Duże badanie przeprowadzone przez międzynarodowy zespół naukowców z uniwersytetów w Nowym Jorku, Rzymie i Indiach. Pracami kierował profesor Tom Jefferson, brytyjski epidemiolog pracujący dla organizacji The Cochrane Collaboration. Jest to prestiżowa niezależna międzynarodowa organizacja typu non-profit, której celem jest ułatwianie podejmowania świadomych i trafnych decyzji dotyczących postępowania medycznego poprzez opracowywanie dowodów w oparciu o zasady medycyny opartej na faktach. Organizacja działa pod hasłem: "Wiarygodne dowody naukowe – Świadome decyzje – Lepsze zdrowie". Profesor Jefferson jest także doradcą włoskiej Narodowej Agencji Regionalnych Służb Zdrowia.

W przedmiotowym badaniu naukowcy przeanalizowali 51 badań (w tym badania RCT - z randomizacją i grupą kontrolną) poszukując dowodów na skuteczność stosowania środków zapobiegawczych w transmisji wirusów chorób układu oddechowego. Analizowano miedzy innymi wpływ stosowania środków dezynfekcyjnych do mycia rąk poza standardową procedurą mycia wodą z mydłem. Wyniki metaanalizy były mocno niejednoznaczne.

Badacze stwierdzili w podsumowaniu: "Nie ma pewności, czy dodawanie środków wirusobójczych lub antyseptycznych do normalnego mycia rąk rzeczywiście zmniejszyło obciążenie chorobami układu oddechowego."

2. Wątpliwa skuteczność dezynfekcji w walce z zakażeniami dróg oddechowych

Badanie z maja 2020r.

Tytuł: "Nonpharmaceutical Measures for Pandemic Influenza in Nonhealthcare Settings—Personal Protective and Environmental Measures".

Autorzy: Xiao J., Shiu E, Gao H., Wong J. Y., Fong M. W., Sukhyun Ryu i Benjamin J. Cowling

Autorami artykułu jest grupa naukowców w dziedzinie medycyny z Uniwersytetu w Hongkongu (Chiny). Kierownik zespołu badawczego, Jingyi Xiao, jest pracownikiem School of Public Health na tymże Uniwersytecie. Zajmuje się m.in. wirusami chorób układu oddechowego.

Badacze dokonali przeglądu i metaanalizy 14 randomizowanych badań naukowych przeprowadzonych przez różne ośrodki naukowe z całego świata.

Wniosek z tego przeglądu jest jednoznaczny: „Chociaż badania mechanistyczne potwierdzają potencjalny wpływ higieny rąk lub masek, dowody z (...) badań tych środków nie potwierdziły istotnego wpływu na przenoszenie się grypy potwierdzonej laboratoryjnie".

Przegląd dotyczył skuteczności zastosowania środków ochrony osobistej, w tym higieny rąk, przyjętych zachowań pacjentów w trakcie zachorowania, zastosowania masek, a także czyszczenia i dezynfekcji otoczenia. Autorzy badali między innymi wpływ higieny rąk w połączeniu z noszeniem masek na przenoszenie się wirusa grypy i wykazali, że ten wpływ nie był istotny statystycznie. Higiena rąk i czyszczenie oraz dezynfekcja pomieszczeń, w których przebywają ludzie, skutecznie zapobiega przenoszeniu drobnoustrojów przenoszących choroby układu pokarmowego (np. biegunki), a także niektóre choroby układu oddechowego (przenoszone przez wirusa RSV). Nie dotyczy to jednak przenoszenia wirusa grypy. Wspomniane środki ochrony osobistej mają znikomy (pomijalny statystycznie) wpływ na przenoszenie się wirusa grypy. Tylko w jednym badaniu

(przeprowadzonym w Egipcie) zauważono statystycznie istotny wpływ dezynfekcji rąk na transmisję wirusa. Naukowcy zwrócili jednak uwagę, że w tym badaniu specjalnie zainstalowano w szkołach bieżącą wodę dla potrzeb przeprowadzanego badania i wprowadzono powszechne użycie wody z mydłem przez uczniów, co nie było wcześniej stosowaną praktyką (!). Wyniki tego jednego badania nie są więc porównywalne z pozostałymi. Oznaczają one, że stosowanie standardowych procedur czyszczenia pomieszczeń i mycie rąk wodą z mydłem chroni w pewnym stopniu przed transmisją wirusa, ale wprowadzenie dodatkowej dezynfekcji wcale nie zwiększa stopnia tej ochrony.

ROZDZIAŁ II: SKUTKI UBOCZNE STOSOWANIA ŚRODKÓW DEZYNFEKCYJNYCH

1. Środki dezynfekcyjne nie są przeznaczone do stosowania przez dzieci

Artykuł z 4 września 2020r.z portalu internetowego radia rdn.pl

Tytuł: "Środki do dezynfekcji mogą być szkodliwe dla dzieci"

Wypowiedź dr. Zbigniewa Martyki, ordynatora oddziału zakaźnego Szpitala Powiatowego w Dąbrowie Tarnowskiej dla radia RDN.

"Główny Inspektor Sanitarny nie zaleca stosowania środków dezynfekujących do rąk w stosunku do dzieci, zwłaszcza małych, do 6 roku życia. Powyższe podyktowane jest obawą wystąpienia negatywnych skutków zdrowotnych u dzieci, w tym reakcji uczuleniowych. Produkty biobójcze przeznaczone do dezynfekcji nie posiadają szczególnych wytycznych, zastrzeżeń, czy zapisów dotyczących dzieci. Żaden produkt biobójczy nigdy nie był i nie jest przeznaczony typowo dla dzieci z uwagi na jego skład chemiczny. Myślę, że do starszych dzieci też się to dotyczy, tak, że nie jest to bezpieczne."

2. Środki dezynfekcyjne mogą zaostrzyć przebieg chorób skórnych

Artykuł z 23 października 2020r. ze strony internetowej portalu medicover.pl

Tytuł: "Częsta higiena rąk a problemy ze skórą"

Autor: Beata Tarnowska

"Mycie rąk mydłem lub silnymi środkami dezynfekującymi usuwa ze skóry naturalną warstwę lipidową (płaszcz hydrolipidowy), która chroni skórę, co może powodować podrażnienia, a nawet rozwój kontaktowego zapalenia skóry."

"Coraz więcej osób zwraca się do dermatologów o poradę w związku z podrażnieniem skóry spowodowanym zwiększoną częstotliwością mycia rąk i nadużywaniem preparatów dezynfekujących. Stosowanie na skórę rąk detergentów czy płynów dezynfekujących może także zaostrzyć przebieg istniejących chorób skóry, takich jak atopowe zapalenie skóry lub łuszczyca." "Nawet dla tych, którzy nie mieli wcześniej problemów z wypryskiem, niektóre składniki znajdujące się w środkach dezynfekujących i detergentach mogą zakłócać naturalną barierę ochronną i powodować suchość skóry."

3. Stosowanie środków dezynfekcyjnych niszczy naturalną barierę ochronną skóry

Artykuł z 27 maja2020 r. ze strony internetowej dziennika "Rzeczpospolita"

Tytuł: "Co zrobić, by dezynfekcja nie szkodziła dłoniom?"

"Częste mycie rąk i stosowanie środków dezynfekcyjnych niszczy płaszcz hydrolipidowy oraz barierę naskórkową, powodując suchość skóry, a często również inne, poważniejsze problemy, takie jak np. kontaktowe zapalenie skóry z podrażnienia - tłumaczy prof. Joanna Narbutt, kierownik Kliniki Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej łódzkiego Uniwersytetu Medycznego. ¬- Szczególnie narażone na nasilone reakcje związane ze zwiększoną częstością zabiegów higienicznych są osoby ze współistniejącymi chorobami skóry, w których w znacznym stopniu zaburzona jest funkcja bariery skórnej, takimi jak atopowe zapalenie skóry."

"W związku z koronawirusem wiele osób sięga po mydła antybakteryjne. To błąd. Dodatkowo wysuszają skórę, która i tak już narażona jest na działania preparatów odkażających zawierających alkohol, który nie tylko zabija te "złe" bakterie, ale również niszczy florę bakteryjną, która stanowi naturalną tarczę chroniącą ciało przed rozwojem grzybic i zakażeń. Żeby skutecznie usunąć zarazki ze skóry dłoni wystarczy dokładne (przez 30 sekund) mycie mydłem i wysuszenie rąk - twierdzi kosmetolog Karolina Martin."

4. Środki dezynfekcyjne poważnym zagrożeniem dla dzieci

Artykuł z 29 lipca 2020r. ze strony internetowej portalu medonet.pl poświęconego zdrowiu i medycynie

Tytuł: "Okuliści ostrzegają: żele do dezynfekcji mogą być zagrożeniem dla oczu"

Autor: Katarzyna Stańko (PAP)

"Okuliści z Francji ostrzegają, że środki dezynfekcyjne mogą stanowić zagrożenie dla dzieci. Kilkoro dzieci wymagało operacji po tym, jak żel dostał się do ich oczu."

"Troje dzieci poniżej 4. roku życia poddanych zostało pilnym operacjom z tego powodu" - informuje Francuskie Towarzystwo Okulistyczne (SFO), ostrzegając przed możliwymi uszkodzeniami oczu u dzieci spowodowanymi przez środki dezynfekujące."

"Odklejenie rogówki może powstać w ciągu zaledwie 30 sekund, jeśli substancja zawierająca 20 proc. alkoholu dostanie się do oka. Żele wodno-alkoholowe zawierają od 60 do 80 proc. alkoholu" – powiedział profesor Eric Gabison ze szpitala Fundacji Rothschilda, cytowany przez dziennik "Le Parisien". Szpital apeluje o umieszczenie ostrzeżeń na temat skutków dostania się żelu do oczu.

Profesor oftalmologii, Laurent Kodjikian z SFO, proponuje nawet wycofanie dystrybutorów umieszczonych na niskich wysokościach w miejscach, gdzie mogą przebywać dzieci.

5. Eksperci ostrzegają przed "superbakteryjnym Armageddonem" w wyniku masowego stosowania środków dezynfekcyjnych

Artykuł z 30 sierpnia 2020r.ze strony internetowej brytyjskiej gazety Daily Mail

Tytuł: "Mass use of hand gels to control Covid risks creating superbug 'armageddon' as other bacteria and viruses build up resistance, researchers warn"

Autor: Katie Feehan

Eksperci ostrzegają, że masowe stosowanie żeli antybakteryjnych podczas pandemii koronawirusa przyniesie nieoczekiwane szkodliwe skutki, takie jak przetrwanie i rozwój innych znanych bakterii i wirusów znajdujących się na ludzkich rękach, które uodpornią się na te środki. Grozi to "superbakteryjnym Armageddonem", jak twierdzi dr Andrew Kemp, przewodniczący Naukowej Rady Doradczej w British Institute of Cleaning Science. Dr Kemp mówi, że nie ma dowodu na to, że żele na bazie alkoholu są w stanie zabić koronawirusa. Nawet jeśli zabijają 99,9% bakterii i wirusów, to biorąc pod uwagę, że na rękach są ich miliony, nadal pewna ich część pozostaje." „Ostatnie badania pokazują, że pozostałe patogeny, które nie są zabijane przez żele alkoholowe, są same w sobie bardzo niebezpieczne i ich liczba może wzrosnąć. Oznacza to, że rutynowe stosowanie przez nas żeli może ostatecznie wyrządzić więcej szkody niż pożytku."

Dr Kemp uważa, że żele dezynfekcyjne do rąk powinny być używane tylko w ostateczności, jeśli mydło i woda nie są dostępne.

Również WHO (Światowa Organizacja Zdrowia) stwierdza, że najlepszym sposobem ochrony przed koronawirusem jest umycie rąk wodą z mydłem. Żel do rąk powinien być stosowany tylko „ jeśli nie masz bezpośredniego dostępu do mydła i wody".

6. Superbakterie coraz bardziej odporne na działanie środków dezynfekcyjnych

Artykuł z 3 sierpnia 2018r. ze strony internetowej portalu Science Alert

Tytuł: "Superbugs Are Growing More Resistant to Hand Sanitizer, Scientists Warn"

Autor: David Nield

Naukowcy ostrzegają, że nawet szpitalny środek dezynfekujący o dużej sile działania traci skuteczność w walce z superbakteriami, a bakterie przystosowują się, aby przetrwać działanie środków do dezynfekcji rąk na bazie alkoholu. Bakterie stają się coraz bardziej odporne. Tak wynika z najnowszego badania, które skupiło się szczególnie na bakteriach Enterococcus faecium - jednej z głównych przyczyn zakażeń w szpitalach.

Naukowcy przebadali łącznie 139 próbek E. faecium pobranych od pacjentów przed i po powszechnym zastosowaniu w australijskich szpitalach środka do dezynfekcji rąk na bazie alkoholu, w okresie od 1997 do 2015 roku. Po wystawieniu tych próbek na działanie dezynfekującego roztworu alkoholu stwierdzono, że bakterie zebrane po 2010 roku były około dziesięciokrotnie bardziej tolerancyjne na tę substancję.

Wydaje się, że pewna grupa bakterii, znana jako enterokoki oporne na wankomycynę (VRE), uległa mutacji, aby zapobiec zniszczeniu jej przez alkohol. Grupa bakterii VRE jest szczególnie niebezpieczna dla pacjentów, którzy przeszli kurację antybiotykową, która zaburzyła normalny skład ich bakterii jelitowych. Innymi słowy, osoby najbardziej chore w szpitalu są najbardziej zagrożone.

Bakterie VRE mogą powodować infekcje dróg moczowych, ran i układu krwionośnego i są już odporne na kilka klas antybiotyków.

Naukowcy twierdzą, że nie czas jeszcze na rezygnację ze środków odkażających, ale należy ponownie przeanalizować to zagadnienie.

7. Masowe stosowanie środków dezynfekcyjnych zakłóca równowagę mikrobiologiczną w przyrodzie

Badanie z października/grudnia 2007r.

Tytuł: "Disinfectant-resistant bacteria in Buenos Aires city hospital wastewater"

Autorzy: L. Nuñez, J. Moretton

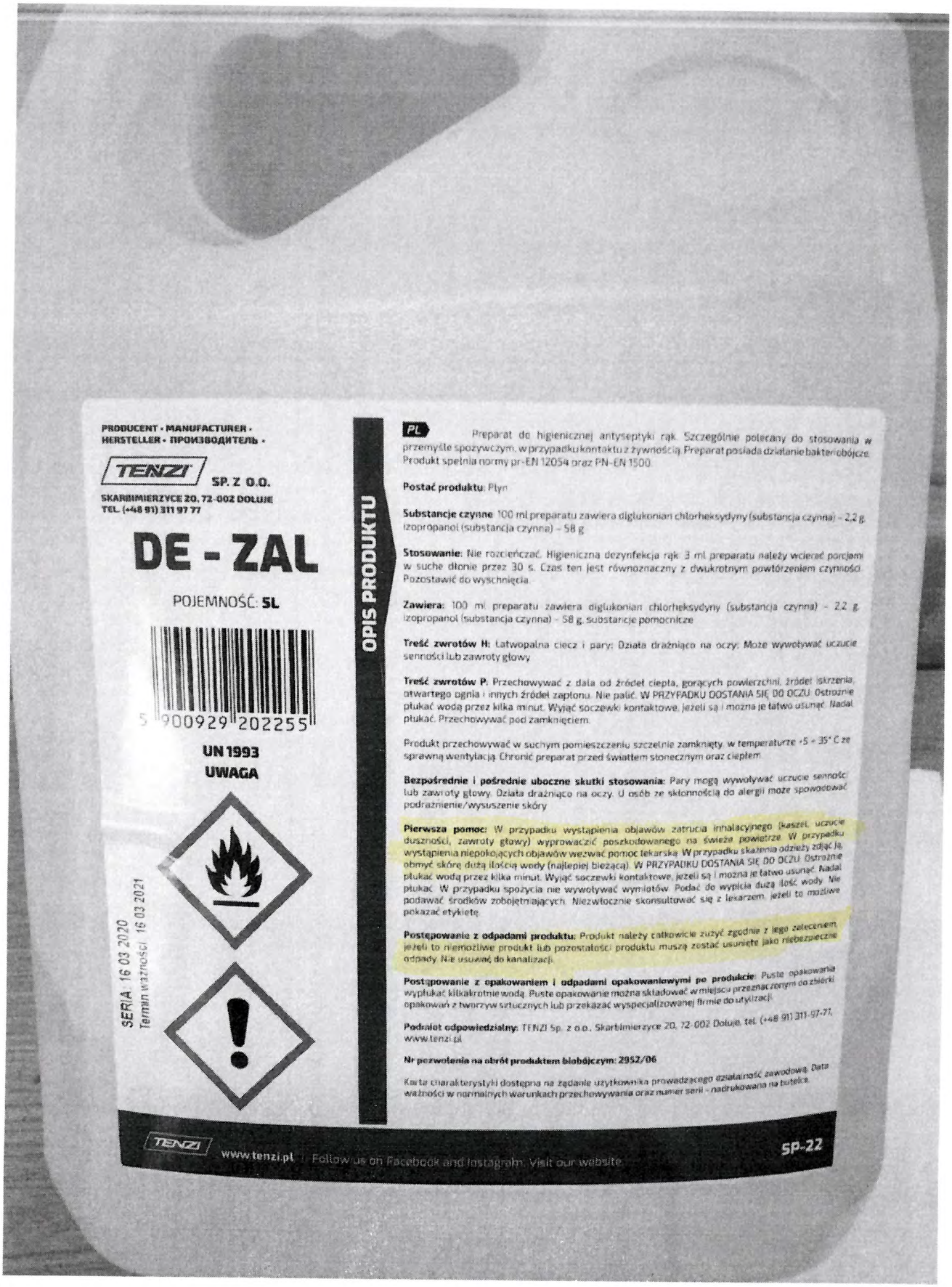
Badanie wykonane przez zespół naukowców z Wydziału Farmacji i Biochemii Uniwersytetu Buenos Aires dotyczyło rozwoju oporności bakterii na środki dezynfekcyjne.

Obecnie w szpitalach stosowane są duże ilości środków dezynfekcyjnych. Po użyciu resztkowe ilości tych produktów trafiają do ścieków, wystawiając bakterie, które przeżywają w ściekach szpitalnych, na szeroką gamę biocydów, które mogą wywierać selektywną presję na rozwój oporności. W związku z tym coraz większą uwagę zwraca się ostatnio na oporność bakterii na środki dezynfekujące.

W badaniu wyizolowano i poddano typizacji szczepy bakterii oporne na środki dezynfekujące. Populacja bakterii odpornych na środki dezynfekujące składała się głównie z Enterobacteriaceae, Staphylococcus spp i Bacillusspp., które są silnie związane z zakażeniami szpitalnymi. Uzyskane wyniki wskazują, że ścieki szpitalne mają znaczenie w procesie selekcji oporności bakterii, szczególnie w przypadku środków dezynfekujących.

W podsumowaniu naukowcy stwierdzili: "Powszechnie uważa się, że należy unikać selekcji i rozprzestrzeniania opornych bakterii w przyrodzie, aby zapewnić skuteczne leczenie chorób zakaźnych u ludzi i zachować równowagę ekologiczną sprzyjającą dominacji podatnej flory bakteryjnej w przyrodzie. Masowe stosowanie środków przeciwdrobnoustrojowych może zakłócić równowagę mikrobiologiczną na korzyść bakterii opornych."

Załącznik nr 6



PRODUCENT • MANUFACTURER •
HERSTELLER • ПРОИЗВОДИТЕЛЬ •

TENZI SP. Z O.O.

SKARBIMIERZYCE 20, 72-002 DOŁUJE
TEL. (+48 91) 311 97 77

DE - ZAL

POJEMNOŚĆ: **5L**

5 900929 202255

UN 1993

UWAGA

SERIA 16 03 2020
Termin ważności 16 03 2021

OPIS PRODUKTU

PL Preparat do higienicznej antyseptyki rąk. Szczególnie polecany do stosowania w przemyśle spożywczym, w przypadku kontaktu z żywnością. Preparat posiada działanie bakteriobójcze. Produkt spełnia normy pr-EN 12054 oraz PN-EN 1500.

Postać produktu: Płyn

Substancje czynne: 100 ml preparatu zawiera diglukonian chlorheksydyny (substancja czynna) – 2,2 g, izopropanol (substancja czynna) – 58 g

Stosowanie: Nie rozcieńczać. Higieniczna dezynfekcja rąk: 3 ml preparatu należy wcierać porcjami w suche dłonie przez 30 s. Czas ten jest równoznaczny z dwukrotnym powtórzeniem czynności. Pozostawić do wyschnięcia.

Zawiera: 100 ml preparatu zawiera diglukonian chlorheksydyny (substancja czynna) – 2,2 g, izopropanol (substancja czynna) – 58 g, substancje pomocnicze

Treść zwrotów H: Łatwopalna ciecz i pary; Działa drażniąco na oczy; Może wywoływać uczucie senności lub zawroty głowy

Treść zwrotów P: Przechowywać z dala od źródeł ciepła, gorących powierzchni, źródeł iskrzenia, otwartego ognia i innych źródeł zapłonu. Nie palić. W PRZYPADKU DOSTANIA SIĘ DO OCZU: Ostrożnie płukać wodą przez kilka minut. Wyjąć soczewki kontaktowe, jeżeli są i można je łatwo usunąć. Nadal płukać. Przechowywać pod zamknięciem.

Produkt przechowywać w suchym pomieszczeniu szczelnie zamknięty w temperaturze +5 ÷ 35° C ze sprawną wentylacją. Chronić preparat przed światłem słonecznym oraz ciepłem.

Bezpośrednie i pośrednie uboczne skutki stosowania: Pary mogą wywoływać uczucie senności lub zawroty głowy. Działa drażniąco na oczy. U osób ze skłonnością do alergii może spowodować podrażnienie/wysuszenie skóry.

Pierwsza pomoc: W przypadku wystąpienia objawów zatrucia inhalacyjnego (kaszel, uczucie duszności, zawroty głowy) wyprowadzić poszkodowanego na świeże powietrze. W przypadku wystąpienia niepokojących objawów wezwać pomoc lekarską. W przypadku skażenia odzieży zdjąć ją, obmyć skórę dużą ilością wody (najlepiej bieżącą). W PRZYPADKU DOSTANIA SIĘ DO OCZU: Ostrożnie płukać wodą przez kilka minut. Wyjąć soczewki kontaktowe, jeżeli są i można je łatwo usunąć. Nadal płukać. W przypadku spożycia nie wywoływać wymiotów. Podać do wypicia dużą ilość wody. Nie podawać środków zobojętniających. Niezwłocznie skonsultować się z lekarzem, jeżeli to możliwe pokazać etykietę.

Postępowanie z odpadami produktu: Produkt należy całkowicie zużyć zgodnie z jego zaleceniem, jeżeli to niemożliwe produkt lub pozostałości produktu muszą zostać usunięte jako niebezpieczne odpady. Nie usuwać do kanalizacji.

Postępowanie z opakowaniem i odpadami opakowaniowymi po produkcie: Puste opakowania wypłukać kilkakrotnie wodą. Puste opakowanie można składować w miejscu przeznaczonym do zbiórki opakowań z tworzyw sztucznych lub przekazać wyspecjalizowanej firmie do utylizacji.

Podmiot odpowiedzialny: TENZI Sp. z o.o., Skarbimierzyce 20, 72-002 Dołuje, tel. (+48 91) 311-97-77, www.tenzi.pl

Nr pozwolenia na obrót produktem biobójczym: 2952/06

Karta charakterystyki dostępna na żądanie użytkownika prowadzącego działalność zawodową. Data ważności w normalnych warunkach przechowywania oraz numer serii - nadrukowana na butelce.

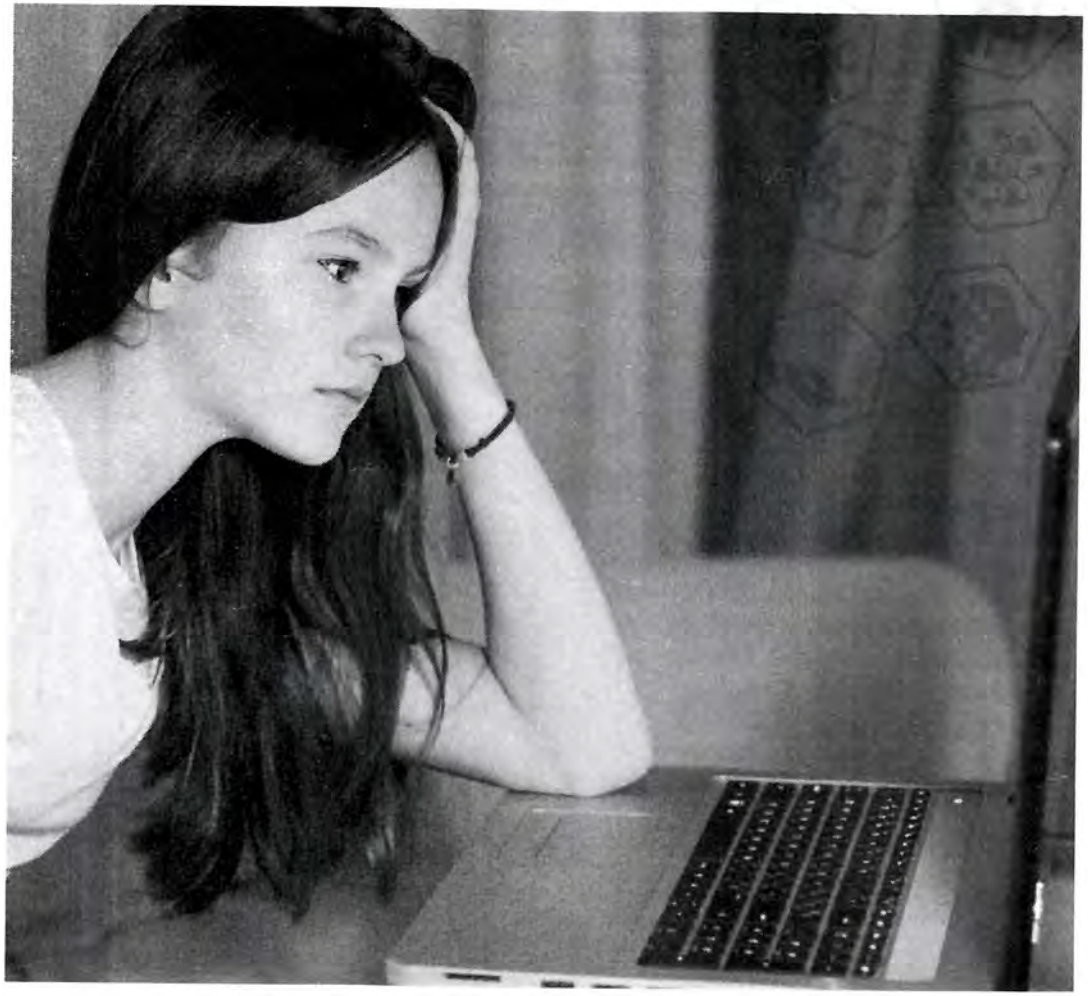
TENZI www.tenzi.pl | Follow us on Facebook and Instagram. Visit our website

SP-22

RAPORT 2021

ETAT W SIECI 2.0

ZDROWIE PSYCHICZNE POLSKICH NASTOLATKÓW W NAUCE ZDALNEJ



FUNDACJA EDUKACJI ZDROWOTNEJ I PSYCHOTERAPII RODZICE.CO

SPIS TREŚCI

DLACZEGO ETAT W SIECI 2.0? 3
Jakie skutki dla rozwoju i zdrowia psychicznego miała inwazja ekranów? 3

METODA i NAJWAŻNIEJSZE DANE 4

CO MŁODZIEŻ CHCE BYŚMY USŁYSZELI? 7
Jak było, jak jest? Analiza porównawcza 8
Postawy wobec nauki zdalnej 9

JAK NAUKĘ ZDALNĄ OCENIA SAMA MŁODZIEŻ? 11
„Co jeszcze chciałbyś, by dorośli usłyszeli o Waszej aktualnej sytuacji?" 11

PROBLEMY EMOCJONALNE I DEPRESYJNOŚĆ 13

PROBLEM IZOLACJI SPOŁECZNEJ 15
„Co jeszcze chciałbyś, by dorośli usłyszeli o Waszej aktualnej sytuacji?" 15

MYŚLI O ŚMIERCI 17
„Co jeszcze chciałbyś, by dorośli usłyszeli o Waszej aktualnej sytuacji?" 17

ZŁY STAN PSYCHICZNY 20
„Co jeszcze chciałbyś, by dorośli usłyszeli o Waszej aktualnej sytuacji?" 20
To jest ważne dla młodzieży 21
Młodzież ma też dość siedzenia cały dzień przed ekranami 22
Część osób, ma poczucie przytłoczenia dodatkowymi obowiązkami 23
Wiele osób, prosi dorosłych wprost o wsparcie emocjonalne 23

REKOMENDACJE 25
Co można zrobić w zaistniałej sytuacji? Działania doraźne 25
Co już zrobiliśmy? 26

Literatura przedmiotu 28

załącznik nr 4

DLACZEGO ETAT W SIECI 2.0?



Gdy w maju 2020 roku Fundacja Edukacji Zdrowotnej i Psychoterapii przeprowadziła badanie wśród młodzieży (Raport 2020. Etat w sieci), dotyczące funkcjonowania młodych w czasie lockdownu, wyłonił się przytłaczający obraz ich życia. Zdalna stała się praca, zdalna nauka, zdalne kontakty z rodziną i przyjaciółmi, zdalna rozrywka. Choć część młodzieży radziła sobie w tej sytuacji bardzo dobrze, większość przeżywała trudności. Wszyscy jednak uważali, że nadmiarowy czas spędzany przed ekranem na dłuższą metę zaburza ich funkcjonowanie.

Jakie skutki dla rozwoju i zdrowia psychicznego miała inwazja ekranów?



Pod koniec roku szkolnego 2019/2020 dzieci i młodzież wyrabiały dziennie etat z nadgodzinami przed ekranem. Choć w lutym 2020 roku średnia czasu spędzanego przez młodzież przed ekranami wynosiła i tak dużo: 5 godzin dziennie, w maju 2020 roku średnia ta podskoczyła do 9 godzin dziennie.



Ponad połowa (51%) nastolatków miała problemy ze snem, 40% nastolatków zauważyła u siebie objawy uzależnienia od nowych mediów.





Pod koniec listopada, w kolejnej fali nauki zdalnej i izolacji społecznej zaczęliśmy otrzymywać niepokojące sygnały od dyrektorów szkół i nauczycieli.

Oto wielu uczniów przestało w ogóle angażować się w naukę. Przymuszeni, odsiadywali swoje przed ekranem w czasie e-lekcji, jednak ich aktywność była szczątkowa. Dotyczyło to również uczniów wybitnie zdolnych, w normalnych warunkach doskonale funkcjonujących w szkole.

Dlatego postanowiliśmy, przeprowadzić kolejne badanie – tym razem koncentrując się na samej nauce zdalnej oraz na zdrowiu psychicznym młodzieży.



Trudno jest się zmotywować do nauki, a wizja że to się kiedyś skończy wcale nie poprawia sytuacji. Czuję się źle. Jest nam bardzo trudno.*

*Wybrane wypowiedzi Raport 2.0 (s. 272, wiek 11-18 lat)

METODA i NAJWAŻNIEJSZE DANE



Na nasz apel odpowiedziało 5 szkół podstawowych i ponadpodstawowych, rozprowadzając ankietę wśród uczniów, po części przeprowadziliśmy ją za powiernictwem współpracujących z nami organizacji. W rezultacie uzyskaliśmy **906 odpowiedzi** (806 od osób w wieku 11-18 lat i kolejne 100 od młodych dorosłych 18-26 lat). W naszym raporcie koncentrujemy się na danych dotyczących nieletnich.

Nie występują znaczące różnice między płciami, ani w zależności od wieku, dlatego dane podajemy zbiorczo.

Średnia czasu przed ekranem okazała się już nie wzrastać – tak jakby, 9 godzin dziennie stanowiło pewien próg wysycenia ekranami.

Aż 62% nastolatków ma problemy ze snem. Niepokój budziły dane już w okresie pierwszego lockdownu, gdzie ponad połowa naszych ankietowanych nastolatków 51%, (Raport 2020. Etat w sieci) miała problemy ze snem: zasypianiem, budzeniem się w nocy czasem nawet na kilka godzin, czy niewysypianiem się. Grudniowe badanie nie tylko potwierdziło, że młodzi „śpią gorzej" (zarówno ilościowo jak i jakościowo), ale wskazało również na znaczący wzrost zagrożenia, bo aż o 11 punktów procentowych na przestrzeni kilku miesięcy.





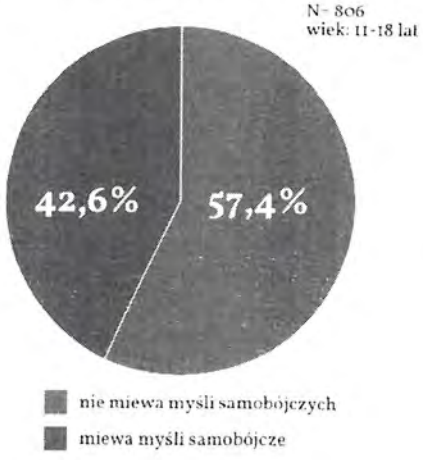
W oczy rzuca się **przeważający negatywny stosunek do idei nauczania zdalnego, poczucie izolacji,** frustracji związanej z nie radzeniem sobie z tą sytuacją, cierpienia związanego z izolacją społeczną.

W badaniu wykorzystaliśmy kwestionariusz depresyjności Becka (eliminując z niego pytanie dotyczące aktywności seksualnej, ze względu na adresata – osoby nieletnie). Wybraliśmy ten akurat test, a nie testy depresyjności dedykowane nastolatkom, ponieważ zawiera dobrze sformułowane pytania dotyczące stanu psychicznego, dające solidną podstawę do analizy jakościowej zagadnienia.

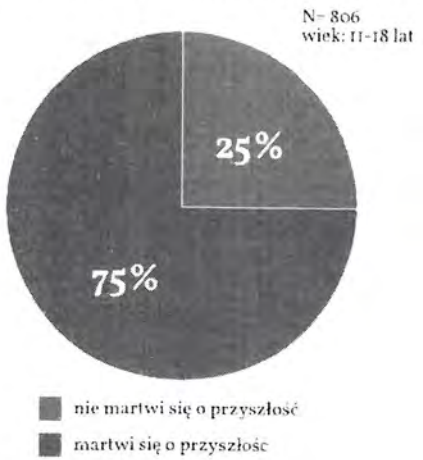
Badanie przeprowadzono w grudniu 2020 r.

Najważniejsze dane:

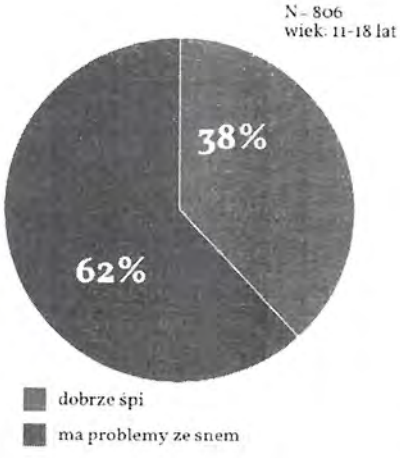
43% badanych myśli o śmierci



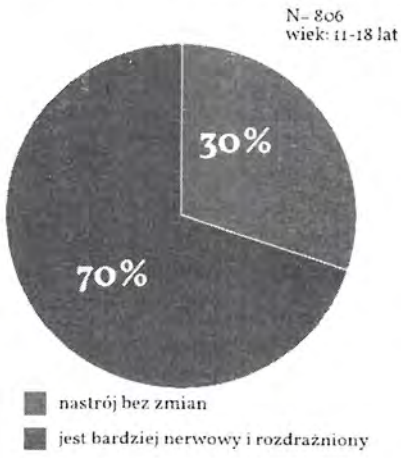
75% badanych martwi się o przyszłość

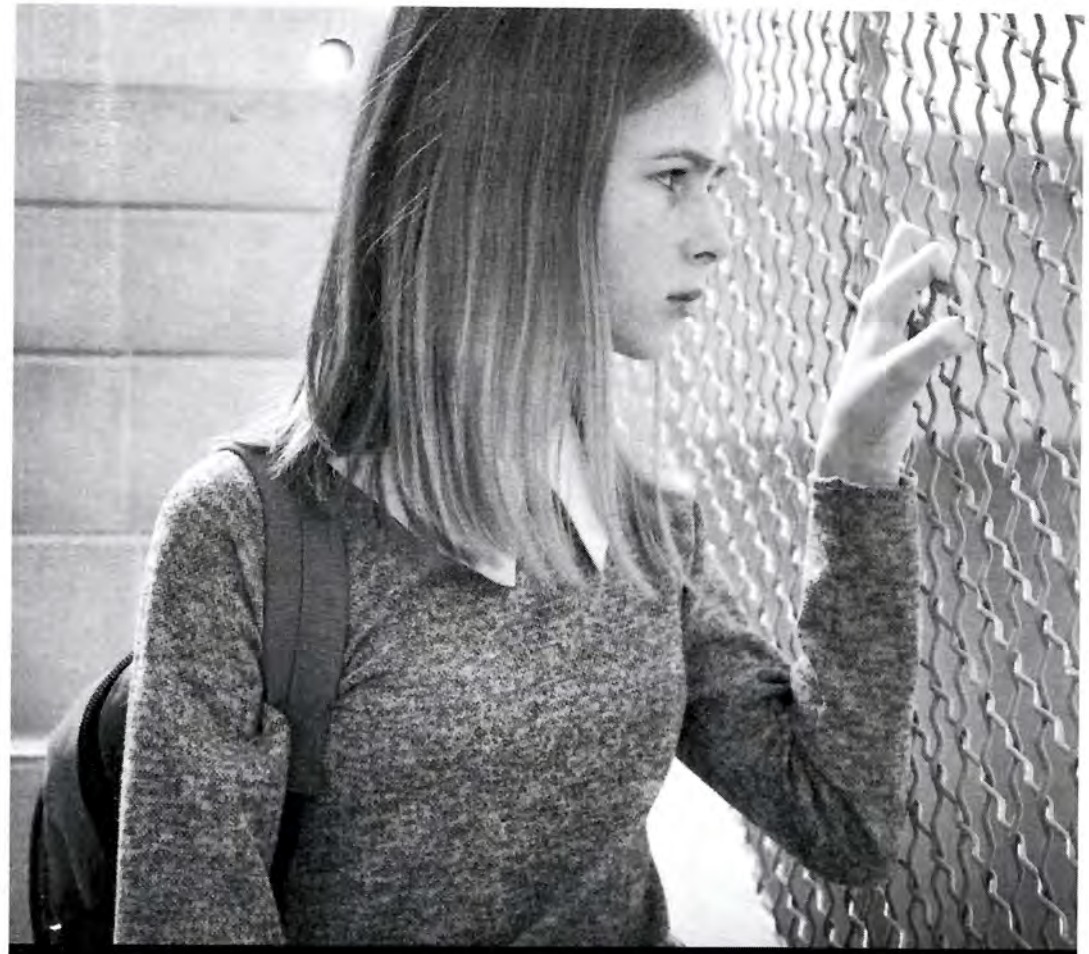


62% badanych ma problemy ze snem



70% czuje się bardziej nerwowymi i rozdrażnionymi niż wcześniej





Dla współczesnych dzieci Internet to rzeczywistość, w której poruszają się od najmłodszych lat i którą traktują jak naturalne środowisko. Podczas izolacji pandemicznej do sfery online przeniosła się większość aktywności towarzyskich, a za sprawą zdalnego nauczania – cała edukacja. Dzieci i młodzież bardziej niż kiedykolwiek zanurzone są w wirtualnym świecie, co budzi powszechny niepokój, bo ma to bezpośredni wpływ np. na zdolność do budowania trwałych, głębokich więzi społecznych.

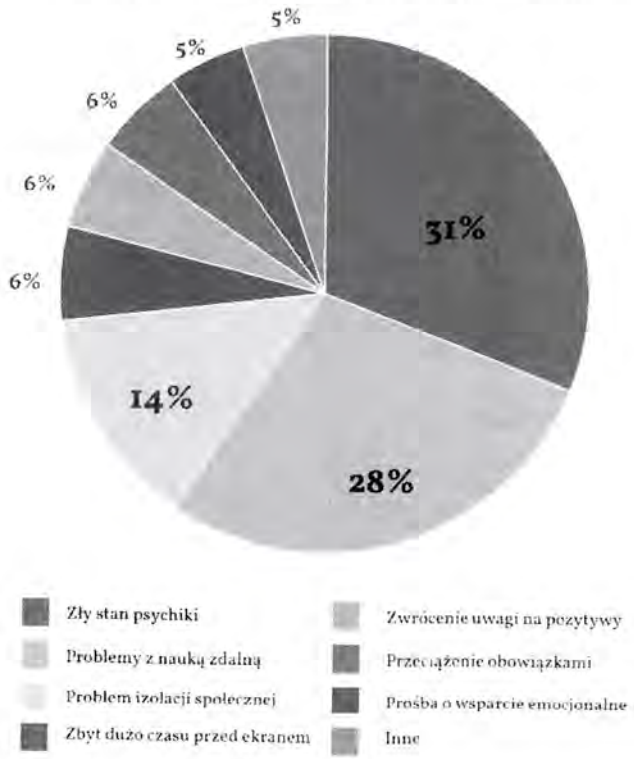
Badanie „Szkodliwość używania telefonów komórkowych wśród dzieci" 2020, Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej

CO MŁODZIEŻ CHCE BYŚMY USŁYSZELI?

W nasze badanie włączyliśmy pytanie otwarte: „Co jeszcze chciałbyś, by dorośli usłyszeli o Waszej aktualnej sytuacji?"

Uzyskaliśmy 272 konkretne sugestie (nie licząc odpowiedzi typu „nie wiem" lub „nic"). Analiza jakościowa pozwoliła na wyłonienie kilku kategorii ogólnych obszarów troski młodzieży. Ponieważ każdy głos jest ważny, publikujemy wszystkie wypowiedzi młodzieży w osobnym dokumencie (plik dostępny na stronie www.etatwsieci.pl). W niniejszym raporcie przytoczymy głosy, które nas szczególnie poruszyły.

Problemy sygnalizowane spontanicznie przez młodzież



JAK BYŁO, JAK JEST?
ANALIZA PORÓWNAWCZA



Największa zmiana, która nastąpiła w roku 2020 to średni czas spędzany przez nastolatki przed ekranami.

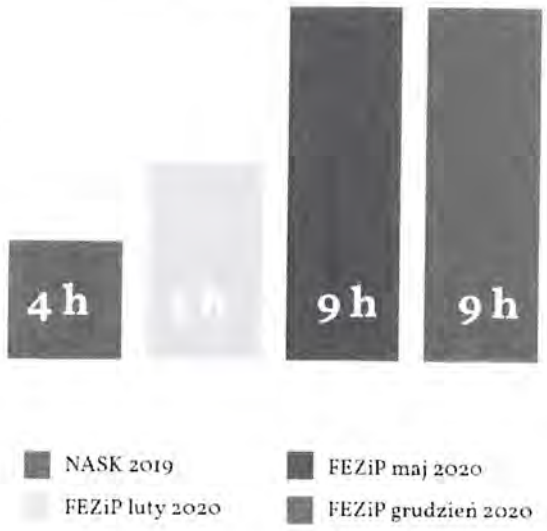
Zgodnie z badaniami NASK „Nastolatki 3.0" z roku 2019 (próba n=1173 osób, 13-17 lat), młodzież spędzała wówczas średnio 3-4 godziny dziennie przed ekranem. Warto zwrócić uwagę, że w raporcie tym uwzględniono też osoby niezwykle rzadko lub wcale nie korzystające z mediów elektronicznych.

Według naszych badań „Etat w sieci" maj 2020 r. (próba n=281 osób, 10-18 lat) polskie nastolatki spędzały przed ekranem średnio: 5 godzin dziennie w lutym 2020 oraz **znaczący wzrost do 9 godzin dziennie w maju 2020 r.**

Z kolei z naszego bieżącego badania przeprowadzonego w grudniu 2020 r. (próba n=806 osób, 10-18 lat) wynika, **że średnia nie uległa dalszej zmianie i wynosi 9 godzin dziennie w grudniu 2020 r.**

Warto zauważyć, że 40% badanych ma zainstalowane oprogramowanie śledzące czas ekranowy i opierali swoje oszacowanie na danych zarejestrowanych przez oprogramowanie.

Średnia liczba godzin przed ekranem dziennie



POSTAWY WOBEC NAUKI ZDALNEJ

Wcześniejsze polskie badania:

Zgodnie z badaniami przeprowadzonymi w czerwcu 2020 r. przez zespół badawczy UMCS (n=360 osób wiek 12-18 lat), połowa nastolatków była nastawiona pozytywnie do nauki zdalnej. 51,7% badanych zgodziło się całkowicie lub częściowo z twierdzeniem: „Nauka w domu jest dla mnie bardziej komfortowa, daje mi większe poczucie bezpieczeństwa, nie czuję nadmiernej kontroli.", a 48,3% zgodziło się z twierdzeniem: „Polubiłem/-am zdalne nauczanie – nie muszę wychodzić z domu, pracuję we własnym tempie, mam więcej wolnego czasu".

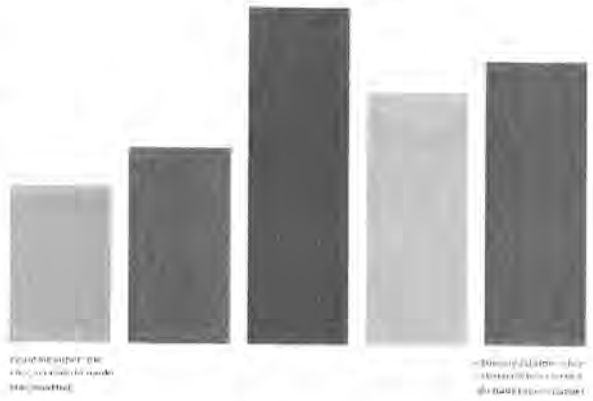
Jednak już wtedy prawie połowa młodzieży (47,2%) uważała, że tradycyjne nauczanie jest bardziej efektywne, a w domu nie potrafią się skupić. Aż 60% było zdania, że za dużo czasu spędzają przed komputerem.

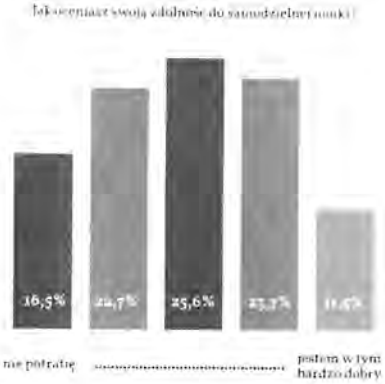
Zaledwie 28,8% młodych miało pozytywny lub zdecydowanie pozytywny stosunek do nauki zdalnej, 27,5% neutralny, lecz aż **43,7% miało stosunek negatywny lub zdecydowanie negatywny!**

W grudniu 2020 roku nie było już optymistycznie.

Warto też zauważyć, że tylko 11,5% młodych uznaje, że świetnie sobie radzi z samodzielną nauką, a 16,5% nie radzi sobie z nią w ogóle.

Stosunek do nauki zdalnej





Zagrożenia wynikające z nauki zdalnej zostały potwierdzone również w raporcie z badań przeprowadzonych w środowisku szkolnym: „Edukacja zdalna w czasie pandemii" (A. Buchner, M. Wierzbicka Warszawa 2020). Na pytania o naukę zdalną odpowiedziało ponad 700. nauczycieli, którzy zaobserwowali m.in.:

- rozregulowanie zegara biologicznego uczniów
- poświęcanie nocy na gry i media społecznościowe, połączone z odsypianiem w dzień
- „zdalnymi wagarami" – notorycznym pomijaniem przed godz. 10:00, lekcji odbywających się online.

Kolejnym problemem były niskie kompetencje cyfrowe uczniów: **„dzieci i młodzież biegła w obsłudze mediów społecznościowych oraz komunikatorów nie potrafi odebrać maila, wejść we wskazany link, wysłać załącznik, ani skorzystać z narzędzi pakietu Office."**

Dodatkowe wyzwanie stanowił fakt, że wielu uczniów nie posiadało komputera, uczestnicząc w lekcjach i wykonując prace za pośrednictwem smartfona, co znacznie utrudniało efektywną pracę.

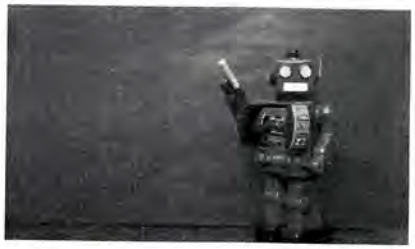
W praktyce oznacza to, że młodzież boryka się z szeregiem trudności. W normalnej sytuacji szkoła aranżuje ustalony rytm dnia. Wymusza poranne wstanie, ubranie się, wykonanie czynności higienicznych, czy zjedzenie śniadania. Potem następuje co najmniej minimalna dawka ruchu na świeżym powietrzu – dojazd do szkoły. E-lekcje dopuszczają do wstawania na ostatnią chwilę i siedzenia pół dnia przed ekranem w pidżamie. Nawet dorośli mają problem z dyscypliną w tym zakresie w sytuacji pracy zdalnej, a co dopiero nastolatki, u których dopiero rozwija się zdolność samokontroli.

E-lekcje oznaczają też większy nacisk na naukę samodzielną, jednak niewielu uczniów naprawdę to potrafi. Borykają się z nieumiejętnością czytania analitycznego, robienia notatek, efektywnego uczenia pamięciowego i powtórek. Nie sprzyja temu system sprawdzania wiedzy, który bazuje na quizach i testach w Internecie.

JAK NAUKĘ ZDALNĄ OCENIA SAMA MŁODZIEŻ?

„Co jeszcze chciałbyś, by dorośli usłyszeli o Waszej aktualnej sytuacji?"

Nie jesteśmy robotami. Mamy też prywatne życie i prawo do odpoczynku od nauki, która nie ukrywajmy jest psychicznie męcząca, kiedy większość rzeczy musimy zrozumieć sami. Dużo nauczycieli skupia się na tym, aby przerobić jak najszybciej materiał, a nie na tym, aby uczniowie go zrozumieli.



Dom to dom a szkoła to szkoła, nie powinno się tego łączyć.



Lekcje następują tak szybko po sobie, że czasami jem śniadanie o godzinie trzynastej.



Chciałabym, żebyście zrozumieli, że siedzenie cały czas na lekcjach online nie jest wcale takie fajne i proste, bo przecież siedzimy w domu. Część ma większe kłopoty ze zrozumieniem, chęciami i zabraniem się za zadania, jest bardziej rozproszona i mniej systematyczna. Chodząc na lekcje mieliśmy tę motywację, że wstajemy rano z łóżka musimy gdzieś iść a teraz czuję, że jest większe rozleniwienie. Dodatkowo nauczyciele nie potrafią się skupić i boję się o swoją maturę, bo w nauce mogę polegać sama na siebie.



Wybrane wypowiedzi, Raport 2.0, N=272, wiek 11-18 lat

Jak już i tak jesteśmy w domu to wolałbym sam uczyć się tego co dla mnie ważne.



Moim zdaniem nauka zdalna jest o wiele bardziej męcząca dla uczniów niż normalna, bardzo trudne jest oddzielenie szkoły od domu, przez to nie czuję się za dobrze, trudne jest gdy nauczyciel zadaje coś do zrobienia do czego musimy wykorzystać znowu Internet lub urządzenie elektryczne wtedy bardziej się męczę i trudniej skupić mi się na nauce, wiem że może to być spowodowane tym, że nauczyciele nie mają teraz dzwonka, ale często się zdarza że nauczyciele przedłużają lekcje co jest bardzo męczące, ponieważ jak masz 10 minutowa przerwę, a nauczyciel przedłuża ją o 4 minuty i stanie się tak około 7 razy już tracimy około 0,5 h przerwy i nie jesteśmy w stanie w tak krótkim czasie cokolwiek zrobić tylko trzeba od razu łączyć się na kolejną lekcję.



Często się staramy ale coś jest ponad nasze siły, nie zakładajcie, że zawsze kiedy nie mam połączenia z Internetem to kłamie i nic nie robię.

Nauczyciele stawiają przed nami nieraz niemożliwe wyzwania, zabraniając równocześnie popełniania błędów, co mnie osobiście doprowadza do obłędu bo nie mogę być wystarczająco dobra i nie wiem czym się kierować.



Nie dajemy sobie rady już z lekcjami zdalnymi psychika nam nie wyrabia powoli.



Na zdalnych mój mózg pracuje dwa razy wolniej.

Nie każdy z nas jest zdolny do koncentracji w trakcie zdalnych i nawet jeśli bardzo chcemy koncentracja może być dla nas problemem.



PROBLEMY EMOCJONALNE I DEPRESYJNOŚĆ

Badania UMCS wykazały, że 68,4% nastolatków cierpi ze względu na izolację społeczną i niemożność bezpośredniego kontaktu z kolegami i koleżankami.



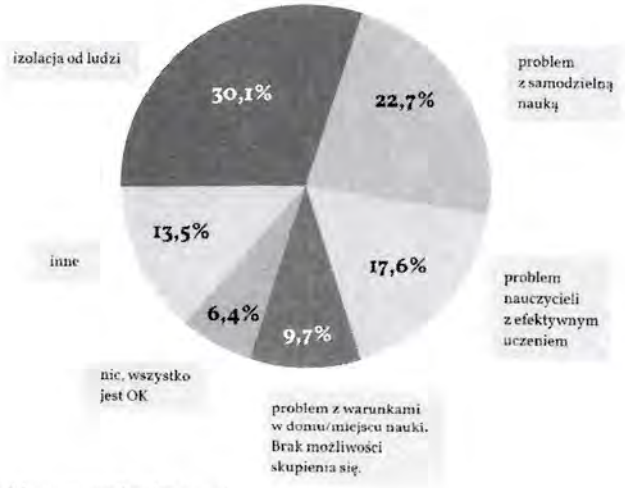
Podobne wyniki pokazało badanie FDDS 63,2% ich badanych (z grupy nastolatków 13-17 lat N=500) uznało izolację społeczną (brak możliwości spotykania się z koleżankami i kolegami) za najtrudniejsze doświadczenie nauki zdalnej. Na drugim miejscu w tych badaniach znalazła się konieczność siedzenia w domu (51,4%).



Także w naszych badaniach **największym problemem nauki zdalnej okazała się, izolacja od ludzi** – wskazało ją ponad **30% badanych**, na drugim miejscu znalazł się **problem z samodzielną nauką** – 22,7%, a na trzecim – problem nauczycieli **z efektywnym uczeniem online** –17,6%.

Wyniki o tyle różnią się od wcześniej przytoczonych, że w naszym badaniu pytaliśmy o główną przyczynę (jednokrotny wybór). Większość odpowiedzi „inne" to wskazanie zarówno na izolację, jak i problem z samodzielną nauką, jako równie znaczących.

Co jest dla Ciebie najtrudniejsze w nauce zdalnej?





Nie da się żyć bez innych ludzi i nie oszaleć a zdalna nauka jest żartem który pogrąży nasze pokolenie.

RAPORT Etat w sieci 2.0

Wybrana wypowiedź

N=272, wiek 11-18 lat

PROBLEM IZOLACJI SPOŁECZNEJ

„Co jeszcze chciałbyś, by dorośli usłyszeli o Waszej aktualnej sytuacji?"

Oddajcie mi moje życie. Oddajcie mi szkołę. Oddajcie mi koleżanki, pasje.



Zdalne i izolacja odbierają nam najlepszy okres w życiu.

Czasami spotkanie z przyjaciółmi nawet na chwilę powoduję, że odżywamy i jesteśmy szczęśliwi.



Idzie oszaleć w samotności.

Mam dość siedzenia przed komputerem po szkole, tęsknię za twarzami kolegów, koleżanek, a także niektórych nauczycieli.

Bardzo zrobiłem się leniwi i nie mam siły ani ochoty żeby coś robić i leżę w wolnym czasie na tel. Chciałbym znów porozmawiać z kimś kto nie jest moją rodziną.

Trudno nam nawiązać nowe znajomości, spędzamy więcej czasu na social mediach.



Chciałabym żeby zdawali sobie sprawę z tego, że izolacja od ludzi jest dla mnie osobiście bardzo krzywdząca i tęsknie za powrotem do normalności bo jest coraz gorzej. Chciałabym ich uświadomić, że to ile czasu teraz spędzam w sieci jest spowodowane tym, że to teraz moja jedyna sposobność do kontaktowania się z kimkolwiek. Wytykanie nam teraz błędów jest gorsze niż wcześniej, a obecna sytuacja odbiera mi chęci do czegokolwiek.



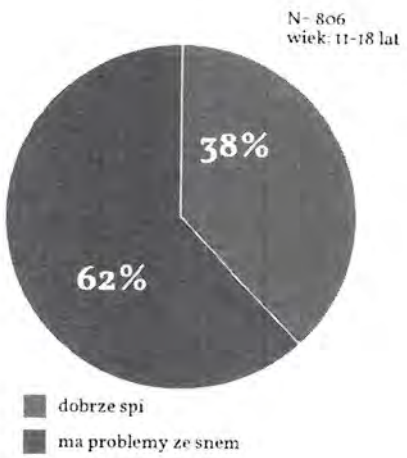
Wybrane wypowiedzi, Raport 2.0, N=272, wiek 11-18 lat

Dochodzimy do pytań o nastroje depresyjne. Jak widać, większość nastolatków NIE radzi sobie z aktualną sytuacją.

PRZYSZŁOŚĆ



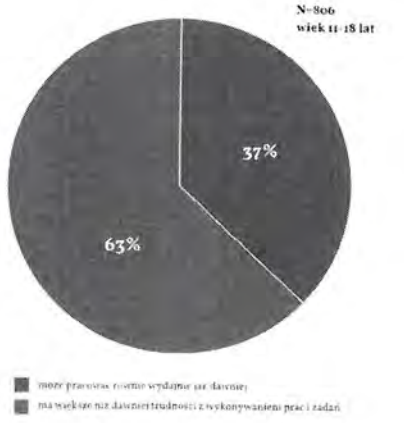
SEN



NASTRÓJ



EFEKTYWNOŚĆ



MYŚLI O ŚMIERCI

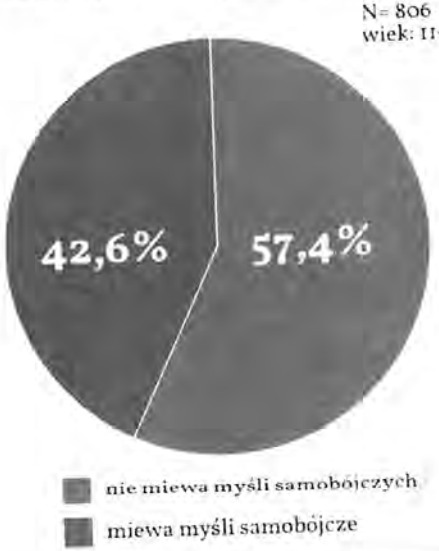


Niepokojący jest trend dotyczący myśli o śmierci. Badania naukowe dotyczące ideacji samobójczych wśród amerykańskiej młodzieży (Hill i inni 2000) wykazały, że 15,8% miało myśli samobójcze, a 4,3% podjęło próby samobójcze w okresie lockdownu w 2020 r. Był to znaczący statystyczne wzrost myśli i prób samobójczych w stosunku do analogicznych miesięcy roku 2019.

W polskim badaniu (Makaruk i inni 2020) zapytano o próby samobójcze w pierwszym okresie nauki zdalnej (do końca roku szkolnego 2020) 2,9% respondentów w wieku 15-17 lat zadeklarowało, że próbowało popełnić samobójstwo. Te zatrważające tendencje wykazał również raport przygotowany przez NIK na podstawie danych policji 2020). Nasze badanie dało podobne wyniki, do amerykańskich – **4% badanych zgłosiło poważne myśli samobójcze, kolejne 6,5% wyraziło pragnienie śmierci, a 32,1% miewało myśli o śmierci.**

57,4% badanych było wolnych od tego typu myśli.

Myśli te (jak wynika z analizy jakościowej wypowiedzi dowolnych), wynikają z poczucia, że aktualna sytuacja kryzysu, problemy związane z nauką zdalną, lockdownem oraz izolacją społeczną, odbierają im nadzieję na możliwość normalnego życia i rozwoju.





„Co jeszcze chciałbyś, by dorośli usłyszeli o Waszej aktualnej sytuacji?"

Boję się śmierci. Nie myślę o samobójstwie, ale są momenty kiedy mam dosyć. Nie tylko siedzenia w domu i problemów z nauką zdalną, ale zastanawiam się czy to wszystko ma sens i czy coś osiągnę w przyszłości. I przy całym tym natłoku ze wszystkich stron i kiedy zaczynam wątpić w swoją przyszłość mam ochotę umrzeć. Nie mówię tu o samobójstwie, bo tego nie chce, ale po prostu nie chce żyć.



Z dnia na dzień odechciewa się żyć.



W tym kraju dostęp do psychologa dla osób niepełnoletnich jest fatalny. Zróbcie coś z tym. Moi rodzice nie zapiszą mnie, bo nie widzą powodu, ale ja serio już nie daję rady. Teoretycznie nam wszystko czego mi trzeba, ale nie umiem zaakceptować siebie i nienawidzę się do tego stopnia, że brzydzę się patrzeć w lustro.

Wybrane wypowiedzi. Raport 2.0. N=272, wiek 11-18 lat

DEPRESYJNOŚĆ

Wyniki ankiety analizowaliśmy raczej pod kątem jakościowym niż ilościowym. Przede wszystkim dlatego, że skala samooceny Becka nie może zastępować diagnozy psychologicznej, a jedynie może sygnalizować pewne problemy. Należy **zwrócić uwagę na zwiększenie się liczby osób z zaburzeniami snu, co może być wynikiem zarówno życia w stanie permanentnego stresu jak i nieprawidłowych nawyków korzystania z technologii.**

O wpływie nadmiernej ekspozycji na ekran oraz nawyku korzystania z ekranu w godzinach wieczornych i w nocy na zaburzenia snu oraz na wzrost nastrojów depresyjnych pisaliśmy obszernie w raporcie „Etat w sieci" z roku 2020.

Warto przypomnieć, że większość z nas – zarówno dorosłych, jak i młodzieży – ma szkodliwe nawyki dotyczące nowych technologii. Dla przykładu – z badań Ptaszek i inni 2020 r., przeprowadzonych w pierwszym okresie nauki zdalnej roku 2020 wśród uczniów, nauczycieli i rodziców wynika, że większość uczniów i nauczycieli oraz niemal połowa rodziców korzysta z urządzeń ekranowych tuż przed pójściem spać (odpowiednio 66,5%, 61,4% oraz 46,9%).



Ludzie boją się prosić o pomoc
(Ps. Dziękuję za to, co robicie)

RAPORT Etat w sieci 2.0
Wybrana wypowiedź
N=272, wiek 11-18 lat

ZŁY STAN PSYCHICZNY



„Co jeszcze chciałbyś, by dorośli usłyszeli o Waszej aktualnej sytuacji?"

Pomimo tego, że wielu z nas daje sobie z tym radę, jest to dla nas ciężkie; od kilku miesięcy prawie cały czas musimy przebywać w domu, odpowiedzialność związana z edukacją ciąży na nas bardziej niż podczas realnego chodzenia do szkoły, nie spotykamy się z przyjaciółmi. Na pewno odczujemy skutki spędzania tak wiele czasu przed komputerem; jak nie teraz, to za parę lat.



Chcę aby dorośli usłyszeli że stan psychiczny bardzo wpływa na efektywne nauczanie, przez co duża większość uczniów martwi się o swoją maturę i tym bardziej o oceny na semestr. Ciężko jest wszystkim, a brak motywacji i ciągłe obostrzenia odbierają chęci.

Wprowadźcie zmiany teraz, bo zdechniemy a wy razem z nami.

Nie mogę pływać bo mi zamknęliście basen nie mogę grać w piłkę bo mi zabroniliście spotykać się z kolegami nie mogę jechać na narty bo mi zabraliście ferie dookoła ludzie bez twarzy bo kazaliście nosić maski jak ja mam być normalny?

Wszystkim uczniom jest bardzo trudno, bolą nas oczy, jesteśmy zmęczeni, pogorszył się nasz stan psychiczny.



Czuję się jak w więzieniu.

Chcę, żebyście zrozumieli, że nie mamy siły wychodzić i cieszyć się z życia, nie mamy mentalnej siły na „przyjemne spacerki", jedyne czego chce po lekcjach to iść spać, bo na następny dzień znowu czeka mnie to samo... W dodatku odebraliście nam możliwość wychodzenia gdziekolwiek, nienawidzę swojego domu przez to ile czasu w nim spędzam na lekcjach... Chcę już do ludzi...

Jest nam ciężko, mimo że tego nie pokazujemy lub nawet czasami ukrywamy to.



To jest ważne dla młodzieży:

Dając wolny głos i pozwalając na spontaniczne wypowiedzi, uzyskaliśmy dodatkową wiedzę o tym, co myślą nastolatki o obecnej sytuacji. Jak się okazuje, część młodych jest z niej zadowolona:

Bardzo mi odpowiada, ponieważ nie tracę czasu na długie dojazdy do szkoły i mam więcej czasu na naukę, sen a nawet czas na odpoczynek.



Mi jest bardzo dobrze podczas nauki zdalnej, nie przepadam za kontaktami z ludźmi, nie chce nic zmieniać.



Bardzo ciężko jest się samemu zebrać do pracy, ale jednocześnie czuję o wiele większy spokój i mniej presji co mobilizuje do świadomej nauki z poczuciem, że robisz to dla siebie a nie tylko dla ocen. Bardzo demotywuje świadomość, że tak na prawdę nie wiem co chce jeszcze w życiu robić, więc nie mam parcia aby się uczyć jakoś szczególnie, bo mnie to nie „kręci" mówiąc potocznie.



Zdalne nauczanie jest dobre pod tym względem że nie muszę się spotykać z ludźmi i mogę leżeć w spokoju cały dzień. Ale wiem że nie zdam za dobrze matury.



Wybrane wypowiedzi Raport 2.0, N=272, wiek 11-18 lat

Młodzież ma też dość siedzenia cały dzień przed ekranami:

Dorosłym wydaje się, że nie ma prawa nas to męczyć, bo siedzimy tylko przed komputerem, ale męczy to dużo bardziej, niż nauczanie stacjonarne.



Ilość godzin spędzona przed komputerem jest demotywująca, odbiera siły na dalsze działanie w ciągu dnia, brak chęci do robienia czegoś sensownego, rozbity plan dnia, pogorszenie stanu zdrowotnego, mniej ruchu...



Wstając do komputera, chce mi się po prostu płakać.



Siedzenie przed komputerem to nie jest wcale coś o czym marzyliśmy.



Siedzę tyle przed komputerem, że nie mam życia a teraz chcecie, byśmy siedzieli w domu w ferie. Wolałabym umrzeć na tego kowida.



Jesteśmy ludźmi i to też może być dla nas trudna sytuacja. Takie siedzenie ciągle przed komputerem też jest męczące, i wcale to nie wygląda tak, że podczas zdalnych jedynie gramy w gry.



Część osób, ma poczucie przytłoczenia dodatkowymi obowiązkami:



Chciałabym, żeby nas zrozumieli. Ponadto, to, że siedziby w domu, nie znaczy, że mamy być od razu jakimiś gosposiami, zalewając nas masą obowiązków i opiekując się młodszym rodzeństwem. My powinniśmy zająć się nauką a nie takimi sprawami. Ponadto sami nauczyciele, którzy myślą, że skoro jesteśmy w domu to mamy więcej czasu na naukę, więc zalewają nas masą zadań. Uwierzcie, że dla nas to też ciężki czas, a wy nam to utrudniacie.

Nie lekceważcie zdalnej nauki. Mimo mojej niechęci do niej, jest to dalej obowiązek, więc rodzice nie powinni nakładać więcej prac w domu niż dawniej.



Wiele osób, prosi dorosłych wprost o wsparcie emocjonalne:

Dajcież spokój, dajcież żyć, miejcie serce i patrzajcie w serce.



Chciałbym żeby dorośli nawet jeśli nasze problemy mogą wydawać się błahe nie lekceważyli ich, bo mogą być dla nas ważniejsze niż się to może wydawać.



Potrzebujemy normalności, potrzebujemy się przytulić, potrzebujemy wyrozumiałości.



Czujemy się samotni bez towarzystwa swoich znajomych i potrzebujemy wsparcia dorosłych - nawet jeśli mają nas tylko przytulić, bo nie wiedzą jak w inny sposób mogą pomóc - niech to zrobią.

Wybrane wypowiedzi Raport 2.0, N=272, wiek 11-18 lat



Nauczyciele wskazywali, że w czasie lockdownu czuli się w obowiązku monitorować stan psychiczny swoich uczennic i uczniów.
Głównym czynnikiem wpływającym na stan psychiczny dzieci był brak kontaktu z rówieśnikami.

Raport „Edukacja zdalna w czasie pandemii", Fundacja Centrum Cyfrowe, Warszawa 2020

REKOMENDACJE:

Co można zrobić w zaistniałej sytuacji? Działania doraźne:

Natychmiastowa organizacja systemu bezpośredniego (nie online) wsparcia psychologicznego dla dzieci i młodzieży.





Trwałe zniesienie zakazu wychodzenia dzieci w wieku do 16 lat z domu bez opieki dorosłych.

Organizowanie w ramach nauki szkolnej zajęć sportowych i terenowych dla dzieci i młodzieży na wolnym powietrzu, umożliwiających nawiązywanie poprawnych relacji społecznych i pracy zespołowej.





Nacisk na promocję zdrowego trybu życia – ćwiczenia fizyczne, zdrowa dieta, zajęcia na wolnym powietrzu.

Uczenie młodzieży samodzielnej nauki – robienia notatek, analizy tekstu, roli powtórek, snu w procesie uczenia się zapamiętywania.



Co już zrobiliśmy?

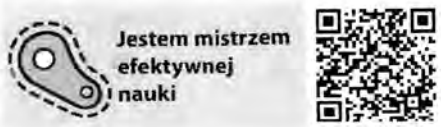
W ramach działań Fundacji Edukacji Zdrowotnej i Psychoterapii przygotowaliśmy i rozbudowujemy na portalu dedykowanym młodzieży www.pytam.edu.pl np.:



- dział „Efektywna nauka", w którym zamieszczamy materiały pomagające w opanowaniu tej sztuki
- dział „Zdrowe nawyki" opisujący podstawy zdrowego życia
- dział „Złe emocje" podpowiadający jak radzić sobie między innymi z nastrojami depresyjnymi.

W ramach e-learningu psychoedukacyjnego przygotowaliśmy dwa bezpłatne kursy online:

- Warsztaty: **„Podstawy efektywnej nauki"**
  http://warsztaty.help/warsztaty/podstawy-efektywnej-nauki/



- **„Jestem mistrzem efektywnej nauki"**
  http://warsztaty.help/warsztaty/jestem-mistrzem-efektywnej-nauki/



W planach na rok 2021 mamy przygotowanie specjalnego e-learningu psychoedukacyjnego dla dzieci i młodzieży oraz osobnego dla dorosłych, dotyczącego radzenia sobie z nastrojami depresyjnymi, wykorzystującego narzędzia terapii poznawczo-behawioralnej, terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach oraz logoterapii.

E-learningi dostępne będą na stronie:
www.warsztaty.help

Gdy tylko będzie to możliwe, **wznowimy warsztaty stacjonarne dla młodzieży,** wspierające proces reintegracji oraz radzenia sobie z nastrojami depresyjnymi.





Nasze badanie jest jedynym przeprowadzonym na dużą skalę polskim badaniem stanu emocjonalnego nastolatków w okresie nauki zdalnej.

Zostało przeprowadzone i sfinansowane wyłącznie dzięki prywatnym Darczyńcom.

Chcemy dotrzeć z informacjami zawartymi w raporcie do jak największej liczby rodziców oraz opracować skuteczne narzędzia pomocy młodzieży cierpiącej na stany depresyjne związane z izolacją społeczną i przekonaniem o braku przyszłości

Potrzebujemy Twojego wsparcia:

- 37 zł to koszt godziny dyżuru online dla młodych zgłaszających się o wsparcie na www.pytam.edu.pl
- 62 zł tyle kosztuje udział jednego ucznia w naszych warsztatach profilaktycznych. Dzięki Tobie będziemy mogli więcej zajęć przeprowadzić bezpłatnie.
- 108 zł pokryje koszt dyżuru telefonicznego naszych ekspertów
- 1100 zł pokrywa koszt opracowania cyklu konspektów lekcji wychowawczych, dzięki którym nawet pracując online, nauczyciele będą mogli pomóc swoim wychowankom.

Przyszłość i bezpieczeństwo dzieci i młodzieży leży w naszych rękach. Potrzebujemy Ciebie, by ratować ich przed pochłonięciem przez ekrany, strach i izolację.

Wesprzyj rodziców i nauczycieli - to oni są na pierwszej linii frontu z samotnością młodzieży. To oni widzą ich lęk i odsuwanie się od świata. Pomóż stworzyć skuteczne narzędzia:

Fundacja Edukacji Zdrowotnej i Psychoterapii
ul. Konarskiego 6/4
61-114 Poznań

Nr konta: 38 1090 1476 0000 0001 1625 0228

Wesprzyj nas 1% podatku **KRS 0000386395**

Dziękuję za wszelką pomoc i wsparcie

Serdecznie pozdrawiam



Bogna Białecka, psycholog
prezes Fundacji Edukacji Zdrowotnej i Psychoterapii
autorka kilkunastu książek psychologicznych
i licznych artykułów.

FEZiP

Literatura przedmiotu:

B. Białecka, A. M. Gil, *Raport 2020. Etat w sieci, młodzież a ekrany w czasie pandemii*, Fundacja Edukacji Zdrowotnej i Psychoterapii, Poznań 2020

A. Bieganowska-Skóra, D. Pankowska „Moje samopoczucie w e-szkole. Raport z badań" Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Lublin 2020

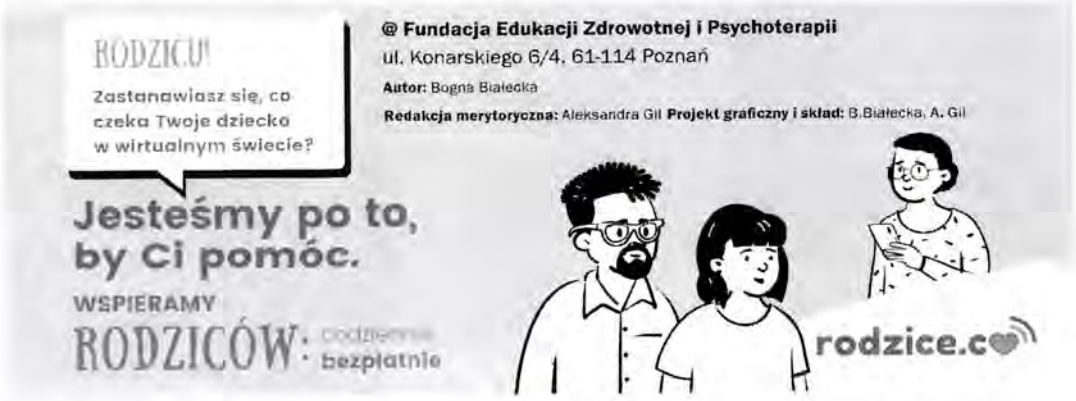
A. Buchner, M. Wierzbicka, *Edukacja zdalna w czasie pandemii*, Fundacja Centrum Cyfrowe, Warszawa 2020

R.M. Hill i inni, *Suicide Ideation and Attempts in a Pediatric Emergency Department Before and During COVID-19*, Pediatrics, 12.2020, e2020029280; DOI: https://doi.org/10.1542/peds.2020-029280

K. Makaruk, J. Włodarczyk, R. Szredzińska, *Negatywne doświadczenia młodzieży w trakcie pandemii, raport z badań ilościowych*, Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, Warszawa 2020

NIK, *Dostępność lecznictwa psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży (w latach 2017–2019)*, Warszawa 2020

G. Ptaszek, M. Bigaj, M. Dębski, J. Pyżalski, G.D. Stunża, *Zdalna edukacja – gdzie byliśmy, dokąd idziemy?*, Wstępne wyniki badania naukowego „Zdalne nauczanie a adaptacja do warunków społecznych w czasie epidemii koronawirusa". Polskie Towarzystwo Edukacji Medialnej, Fundacja Orange, Fundacja Dbam o Mój Zasięg, Warszawa 2020



Załącznik nr 7a

EKSPERTYZA PRAWNA – szczepienia na Covid-19

1. Na wniosek Komisji Europejskiej w dniu 15 lipca 2020 r. zostało wydane Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2020/1043 w spr. Prowadzenia badań klinicznych nad produktami leczniczymi do stosowania u ludzi, które zawierają organizmy zmodyfikowane genetycznie (dalej GMO) lub składają się z takich organizmów oraz są przeznaczone do leczenia Covid – 19. Rozporządzenie to zawiesiło liczne przepisy regulujące kwestię stosowania organizmów GMO.

2. Zawieszenie w/w przepisów pozwoliło producentom szczepionki zrezygnować m.in. z konieczności przedłożenia:

- planu monitorowania wpływu organizmów GMO na zdrowie ludzkie,

- oceny ryzyka związanego z uwolnieniem organizmów GMO,

- przedstawienia informacji dotyczącej wykorzystanych organizmów GMO,

- informacji na temat wzajemnego oddziaływania GMO na środowisko do którego są one wpuszczone (organizm ludzki)

3. Preparat został wprowadzony warunkowo do użytku na okres 1 roku tj. do lipca 2021 r. z możliwością przedłużenia wskazanego okresu.

4. Jest w fazie badań klinicznych planowanych do końca 2023 r. (punkt 4.4 Aneksu I Ulotki informacyjnej o produkcie). Powyższe informacje nie znalazły się w Ulotce dla Pacjenta.

5. Nie ma wystarczających informacji co do skuteczności oraz bezpieczeństwa produktu, w tym co do ewentualnych skutków ubocznych mogących wystąpić w późniejszym czasie, w tym skutków o charakterze poważnym – producent ma przedłożyć raport do grudnia 2023 r.

6. Nie został zbadany pod kątem interakcji z innymi lekami.

7. Uzyskał warunkowe pozwolenie na jego używanie pomimo, iż zostało ono wydane bez podania pełnej charakterystyki substancji czynnej i produktu końcowego przez Producenta – pełna charakterystyka ma nastąpić do lipca 2021 r. Do grudnia 2023 r. ma być określona skuteczność szczepionki oraz bezpieczeństwo jej stosowania.

8. Producenci szczepionek zostali całkowicie zwolnieni z odpowiedzialności odszkodowawczej za ewentualne skutki uboczne przyjęcia szczepionki na COVID – 19 (artykuł w linku 8)

9. Na stronie 4 Narodowego Programu szczepień można przeczytać, cyt. „Zjawisko zakażeń spowodowanych wirusem SARS-COV-2 oraz skuteczność i bezpieczeństwo szczepionek przeciw niemu są coraz lepiej poznane, ale ta wiedza wciąż ewoluuje"

II. Definicja eksperymentu medycznego leczniczego, ubezpieczenie OC

Art. 21. Ust. o zawodzie lekarza i zawodzie dentysty [Eksperyment medyczny, leczniczy, badawczy]

1. Eksperyment medyczny przeprowadzany na ludziach może być eksperymentem leczniczym albo eksperymentem badawczym.

2. Eksperymentem leczniczym jest wprowadzenie nowych albo tylko częściowo wypróbowanych metod diagnostycznych, leczniczych lub profilaktycznych w celu osiągnięcia bezpośredniej korzyści dla zdrowia osoby chorej. Może on być przeprowadzony, jeżeli dotychczas stosowane metody nie są skuteczne albo jeżeli ich skuteczność nie jest wystarczająca. Udział w eksperymencie leczniczym kobiet ciężarnych wymaga szczególnie wnikliwej oceny związanego z tym ryzyka dla matki i dziecka poczętego.

Eksperyment leczniczy jest prowadzony w ramach Narodowego Programu szczepień na ludziach zdrowych pomimo, iż nie wypełniono obowiązku wskazanego w art. 29 ust. 1. Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, tj. uzyskania obligatoryjnej i pozytywnej opinii o projekcie wydanej przez niezależną komisję bioetyczną.

Placówka wykonująca eksperyment leczniczy musi posiadać obowiązkowe ubezpieczenie OC zgodnie z treścią Rozporządzenia Ministra Finansów, Funduszy i Polityki Regionalnej z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przeprowadzającego eksperyment medyczny. (Dz.U 2020 2412 z dnia 2020.12.30)

W przywołanym Rozporządzeniu zgodnie z treścią § 2 ust. 2 pkt 3) ubezpieczenie nie obejmuje szkód powstałych w skutek eksperymentu medycznego bez uzyskania pozytywnej opinii niezależnej komisji bioetycznej albo Odwoławczej Komisji Bioetycznej lub wbrew jej warunkom. Na dzień dzisiejszy nie ma takiej opinii, dlatego też ewentualnej rekompensaty pieniężnej za skutki uboczne NIE będzie można dochodzić od ubezpieczyciela.

III. Prawa i możliwości działania

Art. 39. Konstytucji RP z dnia 2 kwietnia 1997 r. Dz.U.1997.78.483. Zasada wolności od eksperymentów cyt. „Nikt nie może być poddany eksperymentom naukowym, w tym medycznym, bez dobrowolnie wyrażonej zgody".

Art. 25. ust. 1 Ustawy o zawodzie lekarza [Zgoda uczestnika na eksperyment medyczny; udział małoletniego i osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej]

1. Eksperyment medyczny może być przeprowadzony po uzyskaniu zgody jego uczestnika lub osoby, której skutki eksperymentu mogą bezpośrednio dotknąć.

Akt obowiązujący Wersja od: 1 stycznia 2021 r. do: 30 grudnia 2022 r.

W przypadku narodowego programu szczepień art. 36 ust. o chorobach zakaźnych możliwość przymusu bezpośredniego nie może mieć zastosowania, bo to jest eksperyment medyczny, a nie szczepienie ochronne.

IV. Odpowiedzialność i możliwość dochodzenia odszkodowania.

Ewentualne naruszenia powyżej przytoczonych przepisów ustawy o zawodzie lekarza art. 25 ust. 1 oraz art. 23a w jakiejkolwiek formie: nakłaniania, przymuszania, podstępu, wprowadzania w błąd czy też wszelkich form przymusu mogą wiązać się z konsekwencjami na gruncie: art. 192 kk, art. 156 kk, art. 157 kk, art. 157a kk, 160 kk, 191 kk, art. 444 § 1 i 2 kc w zw. z art. 445 § 1 kc.

W wymienionych przepisach ustawodawca w zależności od określonego stanu faktycznego przewidział min. karę pozbawienia wolności (od 2 lat do dożywotniego pozbawienia wolności jeśli skutkiem byłaby śmierć człowieka).

Warty uwagi jest również art. 58 ustawy o zawodzie lekarza, ze szczególnym uwzględnieniem ustępu 4, cyt. „Kto przeprowadza eksperyment medyczny bez wymaganej prawnie zgody albo zezwolenia sądowego, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3"

Nie bez znaczenia jest również fakt, iż tzw. „klauzula dobrego samarytanina" zawarta w art. 24 Ustawy z dnia 28 października 2020 r. O przeciwdziałaniu COVID-19, (DZ.U. 2020 r., poz. 2112), w

żadnym stopniu nie obejmuje lekarzy ochroną w ramach udziału w Narodowym Programie Szczepień na COVID – 19, którą wyłącza jedynie odpowiedzialność karną w ściśle określonych warunkach i odnosi się wyłącznie do rozpoznawania i leczenia COVID – 19, a nie do działań profilaktycznych, jakim jest aplikacja szczepionki ochronnej

Na koniec warto również nadmienić, iż ewentualne naruszenia stoją w sprzeczności z art. 39 Konstytucji RP, Punktu 1 Kodeksu Norymberskiego, art. 39 Konwencji Genewskiej, art. 7 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych, oraz art. 5 oraz art. 15 Konwencji o prawach człowieka i biomedycynie

Filmy:

wRealu24 https://www.youtube.com/watch?v=-3w1dBqI_2O0&t=381s

Rebel24 https://www.facebook.com/PortalRebel24/videos/1918875838276934

ToSięSamoKomentuje Grzegorz
Placzek https://www.facebook.com/tosiesamokomentuje/videos/2535546593237361

Linki:

a) Komisja Europejska – Strategia UE dotycząca szczepionek przeciwko Covid – 19

https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=CELEX:52020DC0245

b) Przepisy regulujące kwestie związane z organizmami genetycznie modyfikowanymi GMO:

1. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/files/eudralex/vol-1/dir_2001_18/dir_2001_18_pl.pdf

2. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009L0041&from=EN

3. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=celex%3A32004R0726

4. https://ec.europa.eu/health//sites/health/files/files/eudralex/vol-1/dir_2001_83_cons2009/2001_83_cons2009_pl.pdf

e) warunkowe i tymczasowe dopuszczenie szczepionki – warunki

https://ec.europa.eu/poland/news/210106_moderna_pl

https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/pl/qanda_20_2390

f) Ulotka informacyjna szczepionki BioNTech i Pfizer str. 4 – 10 – opublikowana na stronie KE

https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/comirnaty

g) Charakterystyka produktu leczniczego, str. 18 – 19

https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/comirnaty-epar-product-information_pl.pdf

h) Świadoma zgoda na eksperyment medyczny – Poradnik

https://www.researchgate.net/publication/292139448_Swiadoma_zgoda_na_udzial_w_eksperymencie_medycznym_Poradnik_dla_badacza_Informed_consent_for_medical_research_Handbook_for_researchers

i) Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentysty

https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20200005 14

j) Ustawa o prawach pacjenta

https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20200000849

k) Narodowy program szczepień przeciwko Covid-19

https://www.gov.pl/web/szczepimysie/narodowy-program-szczepien-przeciw-covid-19

oraz
plik file:///C:/Users/katar/AppData/Local/Temp/NarodowyProgramSzczepien%CC%81.pdf

l) Kwestionariusz wstępnego wywiadu przesiewowego przed szczepieniem

https://szczepienia.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2020/12/kwestionariusz_szczepienia_z_oswiadczeniem.pdf

m) Rozporządzenie Ministra Finansów, Funduszy i Polityki Regionalnej z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przeprowadzającego eksperyment medyczny

https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20200002412

n) Rozporządzenie Ministra Finansów min. W sprawie szczepień

https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20210000091/O/D20210091.pdf

o) film fragment wywiadu z Prof. Sir John Bell. w materii skutków „ubocznych" 1 h, 8 min filmu https://youtu.be/HNHEpLu1gBY

p) Kim jest Prof. Sir John Bell https://www.scotsman.com/health/coronavirus/sir-john-bell-who-regius-professor-and-member-government-vaccine-taskforce-and-why-does-he-think-life-will-be-normal-spring-3031650

q) Mapa punktów szczepień https://www.gov.pl/web/szczepimysie/mapa-punktow-szczepien#/

r) Zwolnienie producenta z odpowiedzialności:

https://www.prawo.pl/zdrowie/kto-ponosi-odpowiedzialnosc-za-skutki-uboczne-szczepionki,505505.html?fbclid=IwAR1SCFvoSJNrTiTLZr3guPg6MsAwvAsUgaq43kj6V1y3u5pT5tMtg-DJdk

PREZES
Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych

Nr URPL/TR/157/2021

Warszawa, 27-08-2021

[redacted]

DECYZJA

Na podstawie art. 37i ust. 1 i ust. 4 ustawy z dnia 6 września 2001r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2020 r. poz. 944)

wydaje się pozwolenie na prowadzenie badania klinicznego, o numerze protokołu C4591007,

pod tytułem: „Badanie otwarte fazy I nad określeniem dawki, mające na celu ocenę bezpieczeństwa, tolerancji i immunogenności oraz zaślepione dla obserwatora badanie fazy II/III z grupą kontrolną otrzymującą placebo, mające na celu określenie bezpieczeństwa, tolerancji i immunogenności kandydata na szczepionkę RNA SARS-COV-2 przeciwko COVID-19 u zdrowych dzieci w wieku < 12 lat".

UZASADNIENIE

Na podstawie art. 107 § 4 Kodeksu postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2020 r. poz. 256 ze zm.) odstępuje się od uzasadnienia niniejszej decyzji, gdyż uwzględnia ona w całości żądanie strony.

Załącznik nr 8

Szczepienia dzieci

Załącznik 80

https://psnlin.pl



16 stycznia 2022 Autor: lek. stom. Ewa Bzymek

UDOSTĘPNIJ ARTYKUŁ Z GRAFIKĄ:

Szczepienia dzieci - NA WNIOSEK PRODUCENTA

W dniu 15 grudnia 2021 roku na oficjalnej stronie EMA pojawił się raport Komitetu ds. Produktów Leczniczych Stosowanych u Ludzi (CHMP) z dnia 25 listopada 2021r., który ocenia zasadność rozszerzenia warunkowego pozwolenia na dopuszczenie do obrotu preparatu Comirnaty w dawce pediatrycznej 10µg dla dzieci w wieku 5-11 lat. **Wniosek o rozszerzenie marketingowe produktu w nowej dawce i dla nowej grupy wiekowej złożył producent** BioNTech Pfizer w dn. 15 października 2021r.

Europejska Agencja Leków (EMA) **opierając się na tym raporcie** wydała swą pozytywną rekomendację na warunkowe zastosowanie tego produktu u dzieci w wieku 5-11 lat. Komisja Europejska (KE) wydała kilka dni później stosowną decyzję.

W raporcie CHMP zostały przedstawione metody badania klinicznego na dzieciach, jego przebieg, ocena bezpieczeństwa, immunogenności i skuteczności preparatu, a także omówienie brakujących informacji, czynników ryzyka, skutków ubocznych oraz bilansu korzyści i ryzyka zastosowania Comirnaty w dawce 10µg u dzieci w grupie 5-11 lat.

Badanie kliniczne o numerze C4591007 rozpoczęło się 24 marca 2021 i nadal trwa, aczkolwiek wstępne wyniki obejmują okres do dnia 8 października 2021 roku, który został nazwany dniem granicznym. **Pełen raport z badania klinicznego ma być dostarczony przez producenta do lipca 2024 roku.**

W badaniu biorą udział dzieci z czterech krajów :

- USA
- Polska
- Finlandia
- Hiszpania

W badaniu wzięło udział ponad dwa tysiące dzieci. Grupę, w której ostatecznie bada się skuteczność i bezpieczeństwo preparatu stanowi 1305 dzieci, którym podano Comirnaty w dawce 10 µg oraz 663 dzieci, którym podano placebo. W grupie, której podano badany preparat jest 81 dzieci z Polski. W grupie placebo jest 38 dzieci, łącznie w badaniu bierze udział 119 polskich dzieci.

Dzieci biorące udział w badaniu były zdrowe, bez objawów infekcji. Podano im dwie dawki Comirnaty 10µg w odstępach 19-23 dni. Obserwowano wczesne odczyny miejscowe i ogólne do 7 dni od każdej dawki oraz skutki uboczne od pierwszej dawki do 1m-ca po dawce drugiej, a także poważne skutki uboczne od pierwszej dawki do max. 6m-cy po dawce drugiej. Średni czas obserwacji dzieci po drugiej dawce wyniósł 3,3 miesiąca. **W raporcie podano jedynie wczesne odczyny po podaniu preparatu** i były to:

	I-wsza dawka	II-ga dawka
• Ból w miejscu wstrzyknięcia	74%	71%
• Zmęczenie	34%	39%
• Ból Głowy	22%	28%
• Dreszcze	5%	10%
• Ból mięśni	9%	12%
• Gorączką	3%	7%
• Wymioty	b/d	b/d

Tabele skutków ubocznych i poważnych skutków ubocznych ,określone jako: *"wstępne wyniki trwającego badania klinicznego wpływające na zaślepienie badania"* zostały UKRYTE, w raporcie występują w postaci czarnych pól (BLD).

W ogólnym opisie skutków ubocznych podano niewielki odsetek limfadenopatii, zapalenie mięśnia sercowego, pokrzywki i objawów skórnych, zapalenie trzustki, zapalenie i ból stawów, omdlenia, zapalenie gardła, ból w klatce piersiowej, tiki, objawy neurologiczne.

Do dnia 8 października 2021 nie zgłoszono żadnych zgonów.

Table 20. Number (%) Participants Reporting at Least 1 Adverse Event Form Dose 1 to 1 Month Dose 2, by System Organ Class and Preferred Term – Phase 2/3 – 5 to <12 Years of Age – Safe Population

System Organ Class Preferred Term	Vaccine Group (as Administered) BNT162b2 10 µg (N=1518) n[a] (%)	(95% CI)	Placebo (N=750) n[a] (%)	(95% CI)
Any adverse event	166 (10.9)	(9.4, 12.6)	69 (9.2)	(7.2, 11.5)
Blood and lymphatic system disorders				
Lymphadenopathy				
Lymph node pain				
Cardiac disorders				
Anemia sectoris				
Congenital, familial and genetic disorders				
Phimosis				
Ear and labyrinth disorders				
Ear pain				
Cerumen impaction				
Otorrhoea				
Eye disorders				
Conjunctivitis allergic				
Dry eye				
Hypermetropia				
Periorbital oedema				
Vision blurred				
Gastrointestinal disorders				
Nausea				
Vomiting				
Abdominal pain				
Diarrhoea				
Abdominal pain upper				
Toothache				
Aphthous ulcer				
Flatulence				
Gastroesophageal reflux disease				
Odynophagia				
Oral pain				
Pancreatitis				
Rectal haemorrhage				
General disorders and administration site conditions				
Injection site pain				
Pyrexia				
Fatigue				
Injection site erythema				
Axillary pain				
Malaise				
Non-cardiac chest pain				
Injection site haemorrhage				
Injection site induration				
Injection site rash				

BLD

Wśród 1305 dzieci z grupy badanej, którym podano preparat 3 dzieci wykazało objawy Covid, a z grupy placebo objawy Covid wykazało 16 dzieci. W badanej grupie wiekowej wystąpił podobny wzrost miana przeciwciał jak u młodych dorosłych. Uznano, że immunogenność szczepionki jest satysfakcjonująca.

Skuteczność preparatu określono na 67,7-98,3 %.

Ostatecznie Komitet CHMP w swym raporcie stwierdził, że nowe wskazanie (dawka pediatryczna w przedziale 5-11 lat) spełnia wymagania dotyczące warunkowego wprowadzenia do obrotu.

Cytat:

*"Comirnaty jest **dopuszczony warunkowo do obrotu**... stosunek korzyści do ryzyka jest dodatni... jest **prawdopodobne**, że producent będzie w stanie dostarczyć brakujące dane... aktualny wniosek opiera się na CZĘŚCI TRWAJĄCEGO BADANIA PEDIATRYCZNEGO C4591007, **dane dotyczące bezpieczeństwa stosowania są ograniczone, czas trwania obserwacji jest krótki.** podmiot odpowiedzialny będzie kontynuował trwające badanie pediatryczne, w celu potwierdzenia bezpieczeństwa i skuteczności... natychmiastowa dostępność produktu to korzyść dla zdrowia publicznego, która przewyższa ryzyko związane z faktem, że nadal wymagane są dodatkowe dane".*

Najciekawsze zapisy znajdujemy na ostatnich stronach tego ponad 80 stronicowego dokumentu.

OTO WAŻNE CYTATY Z RAPORTU:

1. ***"Covid19 u dzieci 5-11 lat jest chorobą o łagodnym przebiegu."***
2. "Ciężkie przypadki Covid19 zdarzają się rzadko u dzieci z czynnikami ryzyka: ukrytymi lub znanymi chorobami współistniejącymi."
3. ***"Dzieci z grup ryzyka, dzieci z obniżoną odpornością i ryzykiem innych ciężkich chorób*** *NIE BYŁY BADANE."*
4. *"Obecnie* ***NIE WIADOMO*** *,czy szczepienie zapewnia ochronę przed bezobjawową infekcją i* ***czy zapobiega transmisji wirusa****".*
5. ***"Czas trwania ochrony NIE JEST ZNANY*** *zarówno dla dzieci, jak i dorosłych".*
6. *"Znaczenie szczepień dzieci dla osiągnięcia odporności stada jest* ***sugerowane, ale NIE MA DANYCH*** *na temat wpływu szczepień dziecięcych na całą społeczność i transmisję wirusa".*
7. *"Długoterminowa skuteczność, bezpieczeństwo i czas trwania ochrony powinny być podane przez producenta, zgodnie z zapisem warunkowego dopuszczenia do obrotu".*
8. *"Obecnie* ***NIE MA*** *serologicznego korelatu ochrony przed Covid19"* (nie ma określonego poziomu przeciwciał chroniącego przed zachorowaniem- przyp. aut.)
9. *"Obecna analiza skuteczności preparatu jest uznawana za pomocniczą, ponieważ opiera się na wstępnych danych.* ***OCENA KOŃCOWA JEST PRZEWIDYWANA****, gdy będzie dostępny raport końcowy."*
10. *"Wielkość i czas trwania badania nie pozwala na wykrycie rzadkich zdarzeń niepożądanych lub innego rzadkiego ryzyka, dlatego Komitet uważa, że W CELU UZUPEŁNIENIA BRAKUJĄCYCH DANYCH BEZPIECZEŃSTWA I SKUTECZNOŚCI COMIRNATY, podmiot odpowiedzialny (BioNTech Pfizer) powinien złożyć ostateczną wersję RAPORTU BADANIA KLINICZNEGO nr C4591007 (randomizowanego, placebo, ślepego badania z udziałem obserwatora) do lipca 2024 roku".*
11. *"Zapalenie mięśnia sercowego i osierdzia będzie nadal ściśle monitorowane w ramach nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii"*
12. *"Dane bezpieczeństwa produktu Comirnaty – podsumowanie:*
    1. *Ważne, zidentyfikowane zagrożenia:*

- *anafilaksja,*
- *zapalenia mięśnia sercowego i osierdzia*

12. 2. *Ważne potencjalne zagrożenia:*

- *VAED,*
- *VAERD*

12. 3. *Brakujące informacje:*

- *stosowanie w ciąży i podczas karmienia piersią,*
- *stosowanie u pacjentów z obniżoną odpornością*

- *stosowanie u pacjentów z chorobami współistniejącymi (cukrzyca, przewlekłe choroby neurologiczne, choroby sercowo –naczyniowe, przewlekła obturacyjna choroba płuc POCHP)*
- *stosowanie u pacjentów z chorobami autoimmunologicznymi i zapalnymi,*
- *interakcje z innymi szczepionkami,*
- *długoterminowe dane dotyczące bezpieczeństwa stosowania".*

13. *"Plan nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii, badania i cele trwające i planowane:*

- ***C4591015 [TRWA] badanie zastosowania preparatu u kobiet w ciąży i karmiących opisujące odpowiedź immunologiczną u niemowląt urodzonych przez matkę zaszczepioną mRNA podczas ciąży oraz opisujące bezpieczeństwo matki zaszczepionej podczas ciąży (planowane zakończenie kwiecień 2023)***
- *C4591014 [ZAPLANOWANE] badanie skuteczności dwóch dawek szczepionki mRNA przeciwko hospitalizacji z powodu ostrego Covid,*
- *C4591024 [ZAPLANOWANE] badanie bezpieczeństwa osób hemodializowanych i słabych z chorobami współistniejącymi (cukrzyca, przewlekłe choroby neurologiczne, choroby sercowo –naczyniowe, przewlekła obturacyjna choroba płuc POCHP, choroby autoimmunologiczne)*
- *C4591030 [ZAPLANOWANE] bezpieczeństwo i immunogenność szczepionki przeciwko Covid i szczepionki czterowalentnej na grypę po podaniu oddzielnie lub jednocześnie oraz interakcji z innymi szczepionkami"*

Koniec cytatów, a teraz proszę zwrócić uwagę na pośpiech w tworzeniu raportów i rekomendacji:

Kalendarium wydarzeń:

- 15 październik 2021 BioNTech składa wniosek o rozszerzenie pozwolenia na warunkowe dopuszczenie do obrotu produktu Comirnaty 10µg dla dzieci 5-11 lat.
- 25 listopad 2021 raport oceniający sprawozdawczy i pozytywna opinia Komitetu CHMP.
- 25 listopad 2021 pozytywna rekomendacja EMA.
- 30 listopad 2021 decyzja Komisji Europejskiej o warunkowym pozwoleniu na dopuszczenie do obrotu preparatu Comirnaty w dawce 10 µg dla dzieci w wieku 5-11 lat.
- 16 grudzień 2021 początek szczepień dzieci w Polsce.

REASUMUJĄC:

Europejska Agencja Leków (EMA) przyznała w dn. 21grudnia 2020r. **WARUNKOWE pozwolenie** na dopuszczenie do obrotu dla osób powyżej 16 roku życia, po czym zostało ono rozszerzone w dn. 28 maja 2021r, aby objąć osoby powyżej 12 roku życia. W dniu 3 listopada 2021r warunkowe pozwolenie zostało przedłużone, w związku z dodaniem nowej postaci farmaceutycznej (przedłużenie o rok do 21 grudnia 2022).

W aktualnej decyzji Komisji Europejskiej producent otrzymuje zgodę na dopuszczenie do obrotu nowej dawki pediatrycznej i objęcie grupy

dzieci 5-11 lat. Pozwolenia wydaje się na wniosek producenta. Komitet ma czas 90 dni na rozpatrzenie wniosku i sporządzenie raportu.

Słowo **WARUNKOWE pozwolenie** oznacza, że producent uzyskuje, w szczególnych okolicznościach, pozwolenie na obrót produktem, mimo braku wystarczających danych, pod warunkiem spełnienia określonych wymagań i zobowiązań, uzupełnienia danych z prowadzonych badań. **Najpierw otrzymuje zgodę na obrót, a później powinien spełnić określone wymagania.**

W przypadku producenta BioNTech Pfizer ma on obowiązek:

- w celu uzupełnienia brakujących danych bezpieczeństwa skuteczności Comirnaty, złożyć ostateczną wersję Raportu Badania Klinicznego nr C4591007 do LIPCA 2024r.

- na wniosek EMA dostarczać zaktualizowane Plany Zarządzania Ryzykiem

- dostarczać okresowe raporty o bezpieczeństwie produktu, aktualizacje będą publikowane na stronach EMA.

Warto zauważyć, że warunkowe pozwolenie wydaje się m.in. w celu spełnienia "niezaspokojonej potrzeby leczniczej", czyli w sytuacji, gdy nie istnieje zadowalająca metoda diagnozowania, zapobiegania czy leczenia, gdy stosunek korzyści do ryzyka jest dodatni, gdy prawdopodobne jest, że producent będzie w stanie dostarczyć wyczerpujące dane kliniczne, gdy korzyści dla zdrowia publicznego wynikające z natychmiastowej dostępności na rynku danego produktu, przewyższają ryzyko związane z faktem, że wymagane są dodatkowe dane...

Warunkowe pozwolenie na dopuszczenie do obrotu jest wydawane na 1 rok. Na wniosek producenta może być przedłużane decyzją EMA i KE.

W świetle ustaleń powyższego raportu nasuwa się pytanie:

Czy aplikacja omawianego produktu dzieciom jest spełnieniem ich "niezaspokojonej potrzeby leczniczej"?

Czy jest im to potrzebne ?

Czy jest to dla nich bezpieczne?

Omawiany raport przygotowali sprawozdawcy Komitetów:

CHMP Komitet ds. Produktów Leczniczych Stosowanych u Ludzi: Filip Josephson, Jean Michel Race

PRAC Komitet ds. Oceny Ryzyka w Ramach Nadzoru Bezpieczeństwa Farmakoterapii: Menno van der Elst.

Linki źródłowe:

Raport oceniający i opinia CHMP z dnia 25.11.2021:

https://www.ema.europa.eu/documents/variation-report/comirnaty-h-c-5735-x-0077-epar-assessment-report-extension_en.pdf

Rekomendacja EMA z dnia 25.11 2021:

https://www.ema.europa.eu/en/news/comirnaty-covid-19-vaccine-ema-recommends-approval-children-aged-5-11

CHPL produktu Comirnaty:

https://www.ema.europa.eu/documents/product-information/comirnaty-epar-product-information_en.pdf

opracowała:

lek.stom. Ewa Bzymek

#RATUJMY NASZE DZIECI PSNLiN
W OBRONIE ŻYCIA I ZDROWIA POLAKÓW



SZCZEPIENIE DZIECI
NA WNIOSEK PRODUCENTA SZCZEPIONEK

RODZICU ZANIM ZASZCZEPISZ SWOJE DZIECKO, ZAPOZNAJ SIĘ Z TREŚCIĄ RAPORTU LUB PRZYNAJMNIEJ ARTYKUŁU NA TEMAT RAPORTU.

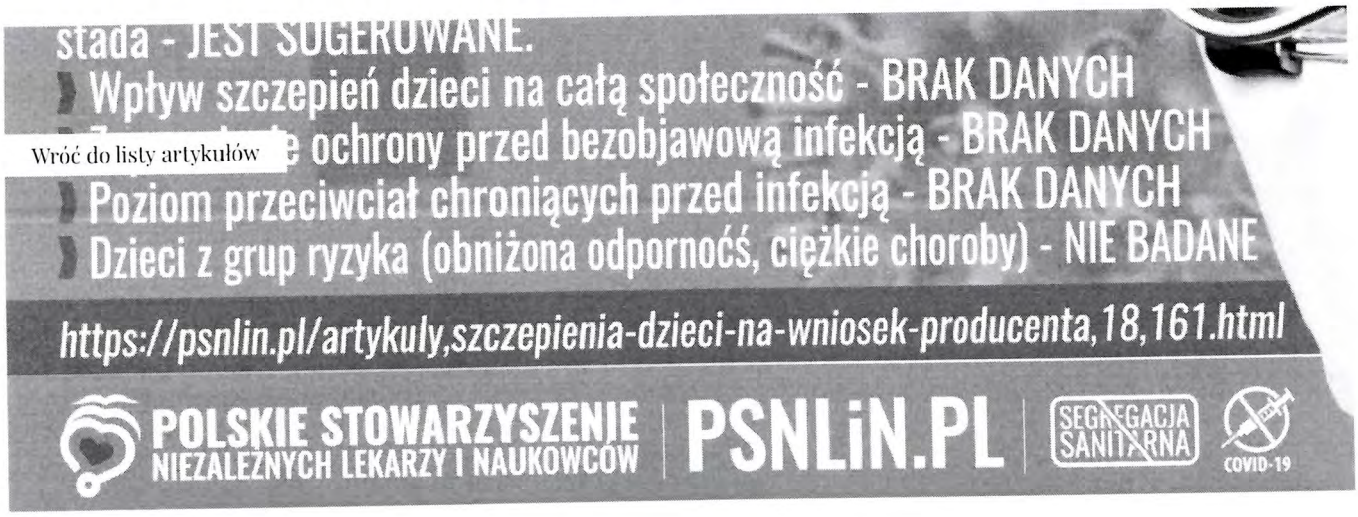
EUROPEJSKA AGENCJA LEKÓW (EMA) OPIERAJĄC SIĘ NA RAPORCIE KOMITETU ds. PRODUKTÓW LECZNICZYCH STOSOWANYCH U LUDZI (CHMO) Z DN. 25.11.21 r. DOPUŚCIŁA WARUNKOWO PREPARAT COMIRNATY BIONTECH PFIZER DO STOSOWANIA U DZIECI W WIEKU 5-11 LAT.

OTO KILKA WYBRANYCH STWIERDZEŃ Z RAPORTU:

- Pełny raport z badania klinicznego - BRAK (ma być dostarczony przez producenta do lipca 2024 r.)
- Skutki uboczne - ZOSTAŁY UKRYTE (czarne pola - BLD)
- Czas trwania ochrony - NIE JEST ZNANY
- Bezpieczeństwo preparatu - BRAK DANYCH
- Rzadkie zdarzenia niepożądane i ryzyka - BRAK DANYCH
- Znaczenie szczepień dzieci dla osiągnięcia odporności stada - JEST SUGEROWANE.
- Wpływ szczepień dzieci na całą społeczność - BRAK DANYCH
- Zapewnienie ochrony przed bezobjawową infekcją - BRAK DANYCH
- Poziom przeciwciał chroniących przed infekcją - BRAK DANYCH
- Dzieci z grup ryzyka (obniżona odpornoćś, ciężkie choroby) - NIE BADANE

https://psnlin.pl/artykuly,szczepienia-dzieci-na-wniosek-producenta,18,161.html

POLSKIE STOWARZYSZENIE NIEZALEŻNYCH LEKARZY I NAUKOWCÓW | PSNLiN.PL | SEGREGACJA SANITARNA | COVID-19



Wróć do listy artykułów

19 lipca 2021r.

Polskie Stowarzyszenie Niezależnych
Lekarzy i Naukowców - PSNLiN

Do Ministra Zdrowia
Pana Adama Niedzielskiego
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa
kancelaria@mz.gov.pl

Szanowny Panie Ministrze,

Polskie Stowarzyszenie Niezależnych Lekarzy i Naukowców (PSNLiN) jest sojuszem lekarzy, naukowców i prawników, których działania zmierzają do realizacji postulatu medycyny opartej na faktach EBM i zgodnej z zasadą *Primum non nocere*, przywrócenia zawodowi lekarza zaufania społecznego, przestrzegania podstawowych praw człowieka wymienionych w „Konwencji o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w dziedzinie zastosowania biologii i medycyny".
Jesteśmy głęboko zaniepokojeni i dlatego zwracamy się niniejszym do Pana o natychmiastowe wstrzymanie promowania i realizowania programu podawania preparatów inżynierii genetycznej – tzw. szczepionek przeciw Covid-19, w populacji dziecięcej w Polsce.

Wielu lekarzy i naukowców na świecie wyraża podobne zaniepokojenie [1]
Poniżej przedstawiamy kluczowe kwestie, na których opieramy naszą opinię.

1. Ryzyko śmierci lub poważnej choroby związanej z zakażeniem SARS-CoV-2 dzieci jest bliskie zeru [2,3,4,5]. Pandemia, z którą zmagamy się od 2020 roku, nie stanowi zagrożenia dla dzieci. Procent zgonów na COVID-19 w Polsce - wśród osób w wieku 0-17 lat - od stycznia 2021 do dziś to 0,00003 (trzy stutysięczne procenta)! Według danych z Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, w okresie od 1 stycznia do 3 lipca tego roku, z powodu COVID-19 zmarło w Polsce 15 osób w wieku do 18 lat. 13 z nich miało choroby współistniejące, natomiast tylko dwa zgony wynikały bezpośrednio z zakażenia SARS-CoV-2.
W okresie od 9 marca do 30 grudnia roku 2020 mieliśmy zaś do czynienia ze śmiercią 9 osób w wieku do 18 lat, w tym tylko jedna osoba zmarła bez chorób współistniejących.

Szczegółowe statystyki dostępne są pod poniższym linkiem:
https://basiw.mz.gov.pl/index.html?fbclid=IwAR24flYfDSoF3dM9BIBQTDAj9z8Bpp1C1CxAT8X_cIUz9ysAyFtKAEhkta0#/visualization?id=3653

2. Na stronie pacjent.gov.pl znajduje się następujące stwierdzenie:
„Dzieci, jeśli zakażą się koronawirusem, na ogół przechodzą przez chorobę bardzo lekko, czasem wręcz bezobjawowo".
Źródło (https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/dziecko-i-koronawirus)

3. Dzieci odgrywają nieistotną rolę w przenoszeniu SARS-CoV2 [3,6,7,8,9,10].

4. Proponowane preparaty do szczepień również dzieci powstały w oparciu o nową technologię inżynierii genetycznej, na bazie której nie były produkowane żadne dotąd stosowane szczepionki [11]. Nie uzyskały nigdy licencji [12] i są w fazie 3 badań eksperymentalnych,

POLSKIE STOWARZYSZENIE NIEZALEŻNYCH LEKARZY I NAUKOWCÓW

które zakończą się w 2022-2023roku (w zależności od firmy).
(w przypadku szczepionki Comirnaty firmy Pfizer-BioNtech badanie kliniczne III fazy jest zarejestrowane na stronie Clinical -Trials.gov pod numerem NCT 4368728 i kończy się w dniu 31 stycznia 2023r, w przypadku szczepionki firmy Moderna badanie kliniczne mRNA-1273-P301 ma być zakończone w grudniu 2022r., a w przypadku firmy AstraZeneca w celu potwierdzenia skuteczności i bezpieczeństwa stosowania szczepionki COVID-19 VaccineAstraZeneca, podmiot odpowiedzialny powinien złożyć ostateczne raporty końcowe (ang. ClinicalStudyReports, CSR) z randomizowanych, kontrolowanych badań klinicznychCOV001,COV002, COV003 i COV005 do dnia 31 maja 2022 roku).

Dowodem na trwanie fazy eksperymentalnej badań jest wyznaczenie w Polsce 8 ośrodków badawczych, które zostały zakwalifikowane do międzynarodowego projektu badań klinicznych szczepionek przeciw Covid-19 dzieci od 6miesiąca życia [13].

Prawo zakazuje prowadzenia eksperymentów medycznych na dzieciach do czasu zakończenia wymaganych badań na ludziach dorosłych, dlatego twierdzimy, że nakłanianie do „szczepień", zatajanie możliwych powikłań i samo szczepienie dzieci może nosić znamiona zbrodni wobec ludzkości, a ta, zgodnie z kodeksem Norymberskim, nigdy nie ulega przedawnieniu!

Przeprowadzenie eksperymentu badawczego zarówno na osobach chorych jak i zdrowych może mieć miejsce wyłącznie, jeżeli nie wiąże się on z ryzykiem lub jeżeli ryzyko to jest niewielkie i „nie pozostawia dysproporcji do możliwych pozytywnych rezultatów takiego eksperymentu" (Komentarz art. 27 kk red. Grześkowiak 2021, Legalis).

Udział uczestnika małoletniego w eksperymencie badawczym jest **dozwolony tylko po łącznym spełnieniu następujących warunków**:
a. **spodziewane korzyści mają bezpośrednie znaczenie dla zdrowia małoletniego poddanego eksperymentowi badawczemu lub innych małoletnich należących do tej samej grupy wiekowej;**
b. eksperyment badawczy przyniesie istotne rozszerzenie wiedzy medycznej;
c. **nie istnieje możliwość przeprowadzenia takiego eksperymentu o porównywalnej efektywności z udziałem osoby pełnoletniej** (*art. 23a ust. 2 u.zaw.lek.*)

5. Istnieje coraz więcej dowodów na występowanie poważnych działań niepożądanych po szczepionkach przeciw covid-19, łącznie ze zgonami.Mówią o tym dane z baz rządowych Wielkiej Brytanii [14], USA [15] i Europy [16].

Na dzień 9 czerwca do MHRA w Wielkiej Brytanii (The Medicines and Healthcare products Regulatory Agency) zgłoszono 949 276 działań niepożądanych i 1332 zgonów związanych ze szczepionkami [14] . Niektóre skutki, takie jak zakrzepy krwi [17] i zapalenie serca (myocarditis)[18] wystąpiły szczególnie u młodych dorosłych[19]. CDC prowadzi obecnie dochodzenie w sprawie dzieci i młodych dorosłych z zapaleniem mięśnia sercowego związanym ze szczepionką [20].

Wg VAERS - amerykańskiego systemu monitorowania niepożądanych odczynów poszczepiennych, ich liczba po „szczepionce" przeciw Covid-19 jest równa liczbie działań niepożądanych po wszystkich szczepionkach podanych w ciągu ostatnich 20-stu lat.

6. Krótko- i długoterminowe skutki stosowania szczepionek Covid 19, w tym wpływ na płodność, kancerogenezę, choroby autoimmunologiczne są całkowicie nieznane, co ma ogromne znaczenie dla zdrowia i przyszłości dzieci.

PSNLiN.PL

Załącznik nr 8

Producenci szczepionek sami wskazują, że nie są znane wszystkie możliwe działania niepożądane (vide ulotki szczepionek).

7. Producenci szczepionek są całkowicie zwolnieni z odpowiedzialności za wszelkie działania niepożądane lub śmierć, które mogą być spowodowane przez ich produkty [21,22,23]. W Polsce również nie został stworzony rządowy fundusz odszkodowawczy w przypadku powikłań poszczepiennych.

8. W populacji dziecięcej nabycie naturalnej odporności będzie służyć lepszemu celowi, ponieważ będzie ona trwać dłużej i obejmie szeroki zakres wariantów wirusa, przyczyniając się do zwiększenia odporności stadnej [24, 25,26,27,28].

Sam producent szczepionki w charakterystyce produktu leczniczego wskazuje, że nie jest wiadomym, na jak długo odporność poszczepienna się utrzyma i czy uodpornienie wystąpi u wszystkich zaszczepionych (vide: charakterystyka produktu leczniczego — szczepionki Comiranty).

9. Dodatkowo, należy zwrócić uwagę na niemożność wyrażenia świadomej zgody na szczepienia będące eksperymentem medycznym. Możliwość wyrażenia świadomej zgody wymaga poinformowania uczestnika eksperymentu o wszystkich możliwych jego korzyściach i ryzykach, a przede wszystkim o tym, że bierze on udział w eksperymencie medycznym. Wobec tego, w myśl nałożonych na lekarzy obowiązków wynikających z przepisów ustaw czy też Kodeksu Etyki Lekarskiej obowiązkiem lekarza jest poinformowanie i zwrócenie uwagi pacjenta na wszelkie korzyści i ryzyka płynące ze stosowanych metod leczniczych/profilaktycznych.

Szanowny Panie Ministrze,

W związku z przedstawionymi powyżej faktami wskazującymi na brak jakichkolwiek podstaw medycznych czy epidemiologicznych szczepienia dzieci, przy istniejących bardzo poważnych zagrożeniach zdrowotnych, zwracamy się raz jeszcze do Ministerstwa Zdrowia o natychmiastowe wycofanie szczepień najmłodszej populacji Polski eksperymentalnym preparatem inżynierii genetycznej przeciw Covid-19!

Z poważaniem
W imieniu członków Polskiego Stowarzyszenia Niezależnych Lekarzy i Naukowców

dr n.med. Dorota Sienkiewicz
Prezes PSNLiN

dr Piotr Rossudowski
Wiceprezes PSNLiN

dr med. Katarzyna Bross-Walderdorff
Wiceprezes PSNLiN

POLSKIE STOWARZYSZENIE NIEZALEŻNYCH LEKARZY I NAUKOWCÓW

1. https://blogs.bmj.com/bmj/2021/05/07/covid-vaccines-for-children-should-not-get-emergency-use-authorization/
2. https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(21)00066-3/fulltext
3. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33289900/
4. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/998309/Greenbook_chapter_14a_1July2021.pdf
5. https://www.rcpch.ac.uk/resources/covid-19-research-evidence-summaries#epidemiology
6. https://adc.bmj.com/content/archdischild/early/2021/03/17/archdischild-2021-321604.full.pdf
7. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jpc.14937
8. https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(20)30251-0/fulltext
9. https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2021/01/06/peds.2020-048090.full.pdf
10. https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.26.1.2002011
11. https://www.immunology.org/coronavirus/connect-coronavirus-public-engagement-resources/types-vaccines-for-covid-19
12. https://www.pfizer.com/science/coronavirus/vaccine/about-our-landmark-trial
13. file:///C:/Users/Admin/Desktop/dzieci/Study%20to%20Evaluate%20the%20Safety,%20Tolerability,%20and%20Immunogenicity%20of%20an%20RNA%20Vaccine%20Candidate%20Against%20COVID-19%20in%20Healthy%20Children%20(12%20Years%20of%20Age%20-%20Full%20Text%20View%20-%20ClinicalTrials.gov.htm
14. https://www.gov.uk/government/publications/coronavirus-covid-19-vaccine-adverse-reactions
15. https://www.openvaers.com/covid-data
16. https://www.adrreports.eu/en/index.html
17. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/992072/PHE_COVID-19_AZ_vaccine_and_blood_clots_factsheet_8June21.pdf
18. https://www.cdc.gov/vaccines/acip/work-groups-vast/report-2021-05-17.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fvaccines%2Facip%2Fwork-groups-vast%2Ftechnical-report-2021-05-17.html
19. https://www.fox13now.com/news/local-news/utah-teen-hospitalized-with-blood-clots-in-his-brain
20. https://www.hartgroup.org/vaccine-update/
21. https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2030600
22. https://www.reuters.com/article/us-astrazeneca-results-vaccine-liability-idUSKCN24V2EN
23. https://www.independent.co.uk/news/health/coronavirus-pfizer-vaccine-legal-indemnity-safety-ministers-b1765124.html
24. https://www.nature.com/articles/s41467-021-22036-z
25. https://www.nature.com/articles/s41586-021-03207-w
26. https://www.bmj.com/content/370/bmj.m3563
27. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32668444/
28. https://www.cell.com/cell/fulltext/S0092-8674(20)30610-3

PSNLiN.PL

Warszawa, 17 listopada 2021

Premier Rady Ministrów Mateusz Morawiecki
Minister Zdrowia Adam Niedzielski
Minister Michał Dworczyk - pełnomocnik rządu do spraw szczepień

Apel Polskiego Stowarzyszenia Niezależnych Lekarzy i Naukowców w sprawie natychmiastowego wstrzymania Narodowego Programu szczepień przeciwko Covid-19

My, lekarze i naukowcy zrzeszeni w Polskim Stowarzyszeniu Niezależnych Lekarzy i Naukowców, zwracamy się z apelem o natychmiastowe wstrzymanie szczepień przeciwko covid-19 w Polsce.

W świetle najnowszych doniesień naukowych i statystycznych tzw. "szczepionka" przeciwko covid-19 nie jest ani bezpieczna, ani skuteczna, ani przebadana jak Państwo głosicie, rekomendując jej stosowanie obywatelom naszego kraju.

Brak bezpieczeństwa tej "szczepionki", która w istocie jest preparatem inżynierii genetycznej nie stosowanym nigdy dotąd w medycynie, został obnażony przez wiele badań naukowych i danych statystycznych:

1/ Eudra Vigilance to baza danych Unii Europejskiej, zawierająca raporty o podejrzewanych reakcjach na lekarstwa, z którą można zapoznać się na stronie internetowej pod linkiem: http://www.adrreports.eu/en/index.html

Obecnie zgłasza ona **27 247** ofiar śmiertelnych i **2 563 768** wszystkich niepożądanych odczynów poszczepiennych po szczepionkach na Covid-19./dane na dzień 9.09.21r/.

wg danych z https://healthimpactnews.com/2021/27247-deaths-2563768-injuries-following-covid-shots-in-european-database-taiwan-records-more-deaths-from-vaccine-than-virus/

EudraVigilance - European database of suspected adverse drug reaction reports

EUROPEAN MEDICINES AGENCY

Last Update: Oct 09, 2021	Reported Cases			All Multiple Symptoms	Serious Injuries	% serious to All
Pfizer-BioNTech	485 823	12 835	2,64%	1 124 072	484 351	43,09%
Oxford/AstraZeneca	390 119	5 633	[illegible]	1 027 132	540 620	52,63%
Moderna	132 122	7 322	[illegible]	328 594	167 159	50,87%
Janssen	30 712	1 457	4,74%	83 970	30 688	[illegible]
Total:	1 038 776	27 247	2,62%	2 563 768	1 222 818	47,70%

Obserwowane odczyny poszczepienne to: paraliż, zaburzenia orientacji i pamięci, drgawki, zespół Guliama-Barego, porażenie nerwu twarzowego, porażenie kończyn, przewlekłe bóle mięśni i stawów, reakcje anafilaktyczne, powikłania zakrzepowo-zatorowe, które mogą powstać w każdym organie ciała-łącznie z nową jednostką chorobową: poszczepienną zakrzepicą małopłytkową, zapalenie mięśnia sercowego i osierdzia, zawały serca, poronienia, przewlekłe zmiany skórne, przewlekłe zmęczenie.

2/ Amerykańska agencja do spraw zgłaszania niepożądanych odczynów poszczepiennych **VAERS** zgłasza na dzień 21.09.21r - **15 924** zgony po szczepieniu przeciwko Covid-19 i **715 059** poważnych niepożądanych odczynów poszczepiennych.

3/ Brytyjski urząd **MHRA** /Medical Health Regulatory Agency/ ujawnił, że w ciągu zaledwie ośmiu miesięcy od 9 grudnia 2020r. do 1 września 2021r. było cztery razy więcej zgonów z powodu szczepień na Covid-19 (**było to 1632 zgony**), niż po wszystkich szczepionkach w ciągu ostatnich 20 lat (**zgonów tych było 404**).

https://theexpose.uk/2021/09/14/13-reasons-why-you-should-not-allow-your-child-to-get-the-covid-19-vaccine/

4/ Do 6-tego października, od czasu rozpoczęcia epidemii, liczba zgonów związanych z potwierdzonym COVID-19 na Tajwanie wynosiła 844, natomiast liczba zgonów po szczepieniu na Covid-19 na dzień 6 października wyniosła 849. Jest to pierwszy przypadek, kiedy liczba zgonów po szczepieniach przekroczyła liczbę potwierdzonych zgonów z powodu Covid-19. https://pubmedinfo.org/2021/10/16/zgony-po-szczepionkach-c-19-przewyzszaja-ilosc-zgonow-zwiazanych-z-c-19/

5/ Szczepionka firmy Pfizer, którą są szczepione między innymi polskie dzieci powyżej 12 roku życia, stwarza duże zagrożenie zapaleniem mięśnia sercowego i osierdzia. Naukowcy z prestiżowego medycznego miesięcznika JAMA obliczyli średnią miesięczną liczbę przypadków zapalenia mięśnia sercowego lub osierdzia w okresie przed "szczepionką" - od stycznia 2019 do stycznia 2021 było 16,9 w porównaniu z 27,3 w okresie "szczepionki" - od lutego do maja 2021 roku. Średnie liczby przypadków zapalenia osierdzia w tych samych okresach wyniosły 49,1 i 78,8. https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2782900 (artykuł z dnia 4.08.21).

6/ W materiale opublikowanym w British Medical Journal na podstawie oficjalnych danych firmy Pfizer i kalkulatora ryzyka Qcovid na każdą jedną uniknięta hospitalizację z powodu Covid-19 nawet 223 młodych ludzi może doświadczyć minimum 1 poważnego zdarzenia poszczepiennego

https://www.bmj.com/content/373/bmj.n1635/rr-4

7/ W Polsce zgłaszalność niepożądanych odczynów poszczepiennych jest dalece niedoszacowana i w efekcie prawdziwa ich liczba jest mezna. Jest 50 krotnie mniejsza niż np. w Holandii i 9 krotnie mniejsza niż średnia europejska, co potwierdzają liczni pacjenci poszkodowani przez te "szczepionki" i skarżący się, że lekarze nie chcą zgłaszać ich problemów zdrowotnych pojawiających się bezpośrednio po szczepieniu.

8/ Badania naukowe opublikowane 13 października 2021 w największej na świecie bibliotece biomedycznej National Library of Medicine: SARS-CoV-2 Spike Impairs DNA Damage Repair and Inhibits V(D)J Recombination In Vitro wykazało, że pełnej długości białko wypustek SARS-CoV-2 -białko Spike/po "szczepieniu" dochodzi właśnie do produkcji takich białek w organizmie człowieka /, lokalizuje się w jądrze komórkowym i hamuje naprawę uszkodzeń DNA.

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34696485/#:~:text=Here%2C%20by%20using%20an%20in%20vi

tro%20cell%20line%2C,required%20for%20effective%20V%28D%29J%20recombination%20in%20a daptive%20immunity.

Odporność adaptacyjna odgrywa kluczową rolę w walce z zakażeniem SARS-CoV-2 i bezpośrednio wpływa na wyniki kliniczne pacjentów. Badania kliniczne wykazały, że pacjenci z ciężkim COVID-19 wykazują opóźnioną i słabą adaptacyjną odpowiedź immunologiczną; jednak mechanizm, za pomocą którego SARS-CoV-2 hamuje odporność nabytą, pozostaje niejasny. W badaniu tym, używając linii komórkowej in vitro, naukowcy donoszą, że białko wypustek SARS-CoV-2 znacząco hamuje naprawę uszkodzeń DNA, co jest wymagane do skutecznej rekombinacji V(D)J w odporności nabytej. Mechanicznie stwierdziliśmy, że białko kolczaste lokalizuje się w jądrze i hamuje naprawę uszkodzeń DNA, utrudniając rekrutację kluczowych białek naprawczych DNA BRCA1 i 53BP1 do miejsca uszkodzenia.

Odkrycia te ujawniają potencjalny mechanizm molekularny, dzięki któremu białko wypustek może utrudniać odporność adaptacyjną i podkreślać potencjalne skutki uboczne szczepionek opartych na wypustkach o pełnej długości.

Odkrycia te dostarczają dowodów na to, że białko kolca uszkadza maszynerię naprawy uszkodzeń DNA i adaptacyjną maszynerię immunologiczną in vitro. *Zaproponowano potencjalny mechanizm, dzięki któremu białka kolczaste mogą osłabiać odporność nabytą poprzez hamowanie naprawy uszkodzeń DNA.* **Razem dane te pokazują, że białko kolca bezpośrednio wpływa na naprawę DNA w jądrze.**

Brak skuteczności

1/ "Szczepionka" przeciwko Covid-19 nie działa

https://www.irishtimes.com/news/health/waterford-city-district-has-state-s-highest-rate-of-covid-19-infections-1.4707344

Kilka dni temu irlandzka strona internetowa / link powyżej/ poinformowała, że w hrabstwie Waterford 99,7 % wszystkich mieszkańców zostało zaszczepionych na Covid-19 i jest tam najwyższy wskaźnik zapadalności na Covid-19. Irlandia posiada najwyższy wskaźnik szczepień w UE ponad 90 % u osób powyżej 16 roku życia i najwyższą liczbę hospitalizacji z powodu covid-19 od marca 2021r.

Szczepionka nie tylko nie zatrzymuje transmisji ale powoduje wirusową ucieczkę immunologiczną i powstawanie nowych jeszcze bardziej zjadliwych odmian wirusa.

Niedawna analiza pojawiającego się szczepu A30 opublikowana w "Nature" pokazuje, że białko kolca wariantu A30 Sars-Cov-2 jest silnie zmutowane i unika przeciwciał indukowanych szczepionką z wysoką skutecznością.

2/ Badanie brytyjskiego Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej jest analizą trwającego ogólnopopulacyjnego monitorowania SARS-CoV-2 w Wielkiej Brytanii i obejmuje pomiary wiremii w populacji.

Badanie wykazało, że miano wirusa w populacji zaszczepionej i nieszczepionej jest praktycznie takie samo i znacznie wyższe niż odnotowano przed wprowadzeniem szczepień przeciwko Covid-19.

Autorzy badania doszli do wniosku, że szczepionki Pfizera i Oxford / AstraZeneca straciły skuteczność w stosunku do wariantu Delta Covid-19.

https://theexpose.uk/2021/09/14/13-reasons-why-you-should-not-allow-your-child-to-get-the-covid-19-vaccine/

3/ Raport zatytułowany "Warianty powodujące objawy SARS-CoV-2 i warianty badane w Anglii"

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1014926/Technical_Briefing_22_21_09_02.pdf

opublikowany przez Public Health England podaje, że 536 zgonów miało miejsce wśród 219 716 potwierdzonych przypadków w populacji nieszczepionej od lutego 2021r. Jest to wskaźnik śmiertelności przypadków wynoszący 0,2%. Natomiast 1091 zgonów miało miejsce wśród 113 823 przypadków wśród w pełni zaszczepionej populacji. Jest to wskaźnik śmiertelności przypadków wynoszący 1%.

Osoby w pełni zaszczepione stanowią **64,25%** zgonów z powodu Covid-19 od lutego 2021 r., a wliczając w te liczby zaszczepionych częściowo, stanowią one **70%**.

Oznacza to, że szczepionki na Covid-19 wydają się zwiększać ryzyko śmierci z powodu Covid-19 o 400%, zamiast zmniejszać ryzyko śmierci o 95%, jak twierdzą producenci szczepionek, organy zdrowia publicznego i rząd.

https://theexpose.uk/2021/09/14/13-reasons-why-you-should-not-allow-your-child-to-get-the-covid-19-vaccine/

4/ Według szwedzkiej gazety "Svenska Dagbladet", tamtejsza Agencja Zdrowia Publicznego (Folkhälsomyndigheten) poinformowała na początku października, że 70 procent zgonów z powodu COVID-19 w okresie od 1 do 24 września dotyczyło osób "w pełni zaszczepionych". W całym kraju odnotowano w tym czasie około 130 śmiertelnych przypadków COVID-19.

https://dorzeczy.pl/zdrowie/214915/w-pelni-zaszczepieni-stanowia-wiekszosc-zgonow-na-covid-19.html

W tym samym artykule podano, że według danych Agencji Bezpieczeństwa Zdrowia Wielkiej Brytanii /UKHSA /między 6 września a 3 października 70 procent śmiertelnych przypadków COVID-19 wystąpiło u osób w pełni zaszczepionych. W liczbach bezwzględnych było to 2281 zgonów "w pełni zaszczepionych" osób i tylko 611 u osób nieszczepionych w ciągu 28 dni od pozytywnego testu. Osoby częściowo zaszczepione stanowiły 98 przypadków zgonów.

5/ O braku przewidywanej skuteczności "szczepionki" przeciwko covid-19 było wiadomo już na wiosnę 2021r. Dnia 25.04.21r z inicjatywy prof. Włodzimierza Korab-Karpowicza został wysłany list otwarty do Ministra Zdrowia, który podpisało kilkudziesięciu lekarzy i naukowców, podnoszący tę kwestię i dokumentujący tę tezę licznymi badaniami naukowymi. Już wtedy zadano tam pytanie: "Dlaczego szczepi się masowo Polaków na SARS-CoV-2, kiedy wiadomo, że od zaprojektowania szczepionek wytworzyły się nowe mutacje wirusa, na które szczepionki nie są skuteczne?"

Dowody:

Artykuł 1: "Evidence of escape of SARS-CoV-2 variant B.1.351 from natural and vaccine-induced sera" opublikowany w *Cell* (https://doi.org/10.1016/j.cell.2021.02.037) w sposób jednoznaczny wskazywał na to, że w chwili obecnej oryginalny wirus z Wuhan, tzw. "early Wuhan", na bazie którego powstały szczepionki na COVID-19 uległ mutacji. Mamy obecnie do czynienia z wirusami o tak silnych mutacjach, że szczepionki nie są już skuteczne.

Artykuł 2: "Impact of SARS-CoV-2 B.1.1.7 Spike variant on neutralisation potency of sera from individuals vaccinated with Pfizer vaccine BNT162b2" opublikowany w *Nature* (https://www.nature.com/articles/s41586-021-03412-7) wskazywał, że szczepionki Pfizer nie są efektywne w ochronie przed zakażeniem brytyjską wersją wirusa SARS-Cov2 B1.1.7., której występowanie w populacji polskiej wynosi obecnie 97%.

Artykuł 3: "A two-dose regimen of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine did not show protection against mild-to-moderate Covid-19 due to the B.1.351 variant", opublikowny w *The New Journal Journal of Medicine* (https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa2102214) *pokazywał* na podstawie badań przeprowadzonych w RPA, że AstraZeneca jest nieskuteczna w stosunku do wariantu południowoafrykańskiego koronawirusa.

Artykuł 4:"Evidence for increased breakthrough rates of SARS=CoV-2 variants of concern in BNT162b2 mRNA vaccinated individuals" umieszczony jako preprint przed medRvix: https://www.medrxiv.org/content/10.11/2021.04.06.21254882v2.full.pdf
pokazywał na podstawie badań przeprowadzonych w Izraelu, że szczepionka Pfizer jest mniej skuteczna w stosunku do wariantu południowoafrykańskiego i brytyjskiego.

Artykuł 5: "Evidence for increased breakthrough rates of SARS-CoV-2 variants of concern in BNT162b2 mRNA vaccinated individuals", umieszczony jako preprint przez medRxiv (https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.04.06.21254882v1) udawadniał, że osoby zaszczepione preparatem firmy BioNTech - Pfizer (Comirnaty) są 8-krotnie bardziej narażone na zakażenie mutacjami wirusa SARS-Cov2 B1.1.7. i B.1.351 niż osoby niezaszczepione.

6/ Grzegorz Płaczek opublikował na Facebooku (https://www.facebook.com/watch/live/?ref=watch_permalink&v=272949094717210) pismo z dnia 8.10.21r. z Ministerstwa Zdrowia na temat zachorowań i zgonów we wrześniu 2021r na Covid-19, z którego wynika, że: ponad 19% osób, które umarły w Polsce we wrześniu 2021 z Covid-19 stanowią osoby w PEŁNI ZASZCZEPIONE. Liczba zgonów (we wrześniu 2021) z Covid-19 po 14 dniach **PO PEŁNYM ZASZCZEPIENIU: 58 zgonów. Liczba wszystkich zgonów (we wrześniu 2021) z Covid-19: 301 zgonów.**

To daje 19% zgonów z Covid 19 po pełnym zaszczepieniu.

Natomiast w sierpniu 2021r. osoby w pełni zaszczepione stanowiły 36% zgonów wśród wszystkich zgonów na Covid-19!

Badania szczepionek przeciwko Covid-19

1/ Obecne na polskim rynku "szczepionki" przeciwko Covid-19 są cały czas w trakcie badań klinicznych III fazy, o czym piszą sami producenci tych preparatów w swoich charakterystykach produktu leczniczego. I tak badanie III fazy dla szczepionki Comirnaty firmy Pfizer-Biontech kończy się 31.01.23r, "szczepionki" Spikevax firmy Moderna dnia 31.12.22r., firmy Johnson&Johnson-31.12.2023r., firmy Astra-Zeneca - 31.05.2022r.

2/ Dnia 2.11.2021r. w prestiżowym miesięczniku **British Medical Journal** (https://www.bmj.com/content/375/bmj.n2635) ukazał się artykuł przedstawiający wiele nieprawidłowości w trakcie przeprowadzania badań klinicznych "szczepionki" Pfizer przed dopuszczeniem jej do obrotu i zastosowaniem u ludzi na całym świecie. Dyrektor regionalny Brook Jackson, która była zatrudniona w organizacji badawczej Ventavia Research Group, powiedziała BMJ, że firma fałszowała dane, odślepiała pacjentów, zatrudniała niewłaściwie przeszkolony personel szczepiący i powoli podejmowała działania następcze po zdarzeniach niepożądanych zgłoszonych w kluczowym badaniu III fazy firmy Pfizer. Pracownicy, którzy przeprowadzali kontrole jakości, byli przytłoczeni ilością znalezionych problemów. Powiedziała też, że podczas dwóch tygodni, kiedy była zatrudniona w Ventavia we wrześniu 2020 roku, wielokrotnie informowała swoich przełożonych o złym zarządzaniu laboratorium, obawach dotyczących bezpieczeństwa pacjentów i problemach z integralnością danych. Dyrektor Brook Jackson była również świadkiem następujących nieprawidłowości w trakcie trwania tych badań: uczestnicy umieszczeni na korytarzu po wstrzyknięciu i nie monitorowani przez personel kliniczny, brak terminowej obserwacji pacjentów, u których wystąpiły zdarzenia niepożądane, odchylenia protokołu nie były zgłaszane, szczepionki nie były przechowywane w odpowiednich temperaturach, błędnie oznakowane próbki laboratoryjne.

W dokumencie informacyjnym firmy Pfizer przedłożonym na posiedzeniu komitetu doradczego FDA, które odbyło się 10 grudnia 2020 r., w celu omówienia wniosku firmy Pfizer o zezwolenie na zastosowanie awaryjne szczepionki przeciw Covid-19, firma nie wspomniała o problemach ze strony Ventavia. Następnego dnia FDA wydała zezwolenie na szczepionkę.

W sierpniu tego roku, po całkowitym zatwierdzeniu szczepionki Pfizera, FDA opublikowała podsumowanie swoich kontroli dotyczących kluczowego badania firmy. Skontrolowano dziewięć ze 153 miejsc badania. Zakłady Ventavii nie znalazły się na liście dziewięciu, a w ciągu ośmiu miesięcy po wydaniu zezwolenia awaryjnego z grudnia 2020 r. nie przeprowadzono żadnych inspekcji zakładów, w których rekrutowano dorosłych.

Odkąd Brook Jackson zgłosiła FDA problemy z Ventavią we wrześniu 2020 r., Pfizer zatrudnił firmę Ventavia jako podwykonawcę badawczego w czterech innych badaniach klinicznych szczepionek (szczepionka Covid-19 u dzieci i młodych dorosłych, kobiet w ciąży oraz dawka przypominająca, a także RSV próba szczepionki: NCT04816643, NCT04754594, NCT04955626, NCT05035212).

3/ Na konferencji prasowej, która odbyła się dnia 20.09.21r w W INSTYTUCIE W REUTLINGEN w Niemczech, w której wzięli udział lekarze, naukowcy i prawnicy: **prof. dr. Arne Burkhardt** i *prof. dr. Walter Lang, prof. dr. Peter Schirmacher*, dr Uta Lange, dr Axel Bolland, dr Hubmer-Mogg z Austrii, ujawniono wiele nowych zaskakujących dowodów dotyczących mechanizmów komórkowo-molekularnych działań niepożądanych tych "szczepionek" oraz niezadeklarowanych przez producentów w oficjalnych ulotkach składników tych preparatów.

https://www.pathologie-konferenz.de/

Tłumaczenie w języku polskim:

https://odysee.com/@EfektSetnejMaply:4/Pressconferenz1_pl:1

https://odysee.com/@EfektSetnejMaply:4/Pressconferenz2_pl:e

W pierwszej części tej konferencji wyniki swoich badań przekazali patolodzy niemieccy.

W ponad 40 zwłokach poddanych autopsji osób, które zmarły w ciągu dwóch tygodni po szczepieniu COVID-19, około jedna trzecia zmarła w wyniku szczepienia. W ramach transmitowanej na żywo konferencji prasowej pokazane zostały mikroskopowe szczegóły zmian w tkankach. Przedstawione zdjęcia ujawniły patomechanizmy działań ubocznych szczepionek, mogące prowadzić do zgonu:

- uszkodzenie śródbłonka naczyniowego, zapalenie ścian naczyń (tętnice, żyły), zapalenie okołonaczyniowe, zlepianie się erytrocytów, mikrozakrzepy

- "szał" limfocytów - nacieki limfocytarne, wieloogniskowe zmiany zapalne, m.in. limfocytarne zapalenie mięśnia sercowego, osierdzia, nagromadzenie limfocytów wokół naczyń - aorty, naczyń wieńcowych

- nadmierna reakcja immunologiczna prowadząca do powstania choroby autoimmunologicznej, np. choroba Haschimoto u wszystkich pacjentów

- hiperplazja i nadaktywność narządów limfatycznych (węzły chłonne, śledziona), pseudochłoniaki

- infiltracja i tworzenie pęcherzyków (grudek) limfatycznych w innych - nielimfatycznych organach, co prowadzi do ich zniszczenia (wątroba, płuca, tarczyca, gruczoł ślinowy, nerki)

- wyczerpanie/osłabienie narządów limfatycznych co prowadzi do zmniejszenia wydolności układu odpornościowego

- przyspieszenie rozrostu komórek rakowych

Prof. Arne Burkhard oznajmił, że *"takiego spustoszenia w organizmie jak u ofiar zmarłych po tych preparatach nie widział nigdy w ciągu całej swojej 40 letniej pracy".* Przestrzega, że ten kto chce się zaszczepić poniesie ogromne konsekwencje zdrowotne.

W drugiej części konferencji przedstawiane zostały wyniki badań mikroskopowych próbek wszystkich dostępnych na rynku "szczepionek" przeciwko Covid-19 oraz badania próbek krwi pacjentów po przyjęciu tego preparatu. Pokazano krótkie sekwencje video oraz zdjęcia mikroskopowe tych próbek.

W próbkach szczepionek zaobserwowano składniki, które nie powinny się w nich znajdować:

- przesuwające się elementy wykazane pod mikroskopem ciemnego pola wyglądające jak "chip"

- obiekt miał wielkość ok. 40 mikrometrów, w tle były widoczne poruszające się nanolipidy,

- duże elementy /zbyt duże dla naczyń włosowatych/ o ostrych krawędziach,

- poruszające się cząstki w kształcie - jak to określono - "małych samolotów", małe struktury metaliczne o ostrych krawędziach, w formie "Y", pierścienia, przezroczystych płytek, inne kształty,

- bardzo uporządkowane struktury w formie łańcuchów, które były oglądane w 40 krotnym i 1000 krotnym powiększeniu,

- struktury, które wyglądały jak pasożyty.

Elementy te były badane w różnych seriach szczepionek i we wszystkich je znajdowano. Pierwsze analizy tych obiektów wykazały, że są to metale ciężkie jak chrom, żelazo i nikiel albo zawierają metale ciężkie.

Na początku czerwca 2021r naukowcy badali inne szczepionki, takie jak: szczepionka FSME /przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu/, która nie zawierała żadnych poruszających się elementów tylko aluminium, szczepionkę przeciw grypie dla dorosłych, szczepionkę przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B oraz na odrę - te zawierały tylko cząstki białkowe. Zbadano również szczepionkę donosową dla dzieci przeciw grypie, w której znaleziono metaliczne, prostokątne o ostrych krawędziach elementy mogące się dostać do krwiobiegu w czasie podawania takiej szczepionki poprzez podrażnienie błony śluzowej nosa.

W badanych próbkach krwi osób po szczepieniu przeciw Covid-19 znajdowano "poskręcane, podłużne, wijące się" formy o charakterze nieorganicznym wyglądające jak cząstki grafenu - światło załamywało się na nich podwójnie co wyklucza formę organiczną a także posklejane erytrocyty oraz ciała obce w postaci długich nici, nieorganiczne elementy, metalowe cząstki.

W świetle powyżej przedstawionych obiektywnych faktów, doniesień naukowych i oficjalnych danych statystycznych pokazujących w sposób oczywisty, że obecnie podawane społeczeństwu polskiemu tzw. szczepionki przeciwko Covid-19 są niebezpieczne oraz nieskuteczne, a przy tym nie w pełni przebadane, tym samym sprowadzają ryzyko ciężkich odczynów poszczepiennych łącznie z licznymi zgonami na osoby je przyjmujące.

W związku z tym wzywamy do natychmiastowego! wstrzymania dalszego propagowania i podawania tych preparatów dzieciom i dorosłym Polakom.

dr n. med. Piotr Witczak

SZCZEPIENIE DZIECI PRZECIWKO COVID-19

NIEWIELKIE KORZYŚCI, ISTOTNE RYZYKO

Konsultacja:
dr Mariusz Błochowiak
lek. Paweł Basiukiewicz
lek. Marek Błażejak

[4] Gaythorpe, Katy AM, et al. "Children's role in the COVID-19 pandemic: a systematicreview of earlysurveillance data on susceptibility, severity, and transmissibility." ScientificReports 11.1 (2021): 1-14. https://www.nature.com/articles/s41598-021-92500-9

[5] Aykac, Kubra, et al. "The association of viralload and diseaseseverity in children with COVID-19." Journal of MedicalVirology 93.5 (2021): 3077-3083. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jmv.26853

[6] Pokorska-Śpiewak, Maria, et al. "Comparison of clinicalseverity and epidemiological spectrum betweencoronavirusdisease 2019 and influenza in children." ScientificReports 11.1 (2021): 1-7. https://www.nature.com/articles/s41598-021-85340-0

[7] Ben-Shimol, Shalom, et al. „COVID-19 in a Subset of HospitalizedChildren in Israel." Journal of the PediatricInfectiousDiseasesSociety (2021). https://academic.oup.com/jpids/advance-article/doi/10.1093/jpids/piab035/6299653

[8] Kushner, Lauren E., et al. „"For COVID" or "With COVID": Classification of SARS-CoV-2 Hospitalizations in Children." HospitalPediatrics (2021). https://hosppeds.aappublications.org/content/hosppeds/early/2021/05/18/hpeds.2021-006001.full.pdf

[9] Webb, Nicole E., and T. SheaOsburn. „Characteristics of HospitalizedChildrenPositive for SARS-CoV-2: Experience of a Large Center." HospitalPediatrics (2021). https://hosppeds.aappublications.org/content/hosppeds/early/2021/05/18/hpeds.2021-005919.full.pdf

[10] Bhopal, Sunil S., et al. „Children and youngpeopleremainatlowrisk of COVID-19 mortality." The Lancet Child & Adolescent Health 5.5 (2021): e12-e13. https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(21)00066-3/fulltext

[11] Levin, Andrew T., et al. „Assessing the agespecificity of infectionfatalityrates for COVID-19: systematicreview, meta-analysis, and public policy implications." Europeanjournal of epidemiology (2020): 1-16. https://link.springer.com/article/10.1007/s10654-020-00698-1

[12] Graff, Kelly, et al. „Riskfactors for severe COVID-19 in children." The PediatricInfectiousDiseaseJournal 40.4 (2021): e137-e145. https://journals.lww.com/pidj/Fulltext/2021/04000/Risk_Factors_for_Severe_COVID_19_in_Children_2.aspx

[13] Piroth, Lionel, et al. „Comparison of the characteristics, morbidity, and mortality of COVID-19 and seasonal influenza: a nationwide, population-basedretrospectivecohortstudy." The Lancet Respiratory Medicine 9.3 (2021): 251-259. https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2213260020305270

[14] Liu, Xinghua, et al. „Comparativestudy of hospitalizedchildren with acute respiratory distresssyndromecaused by SARS-CoV-2 and influenza virus." BMC InfectiousDiseases 21.1 (2021): 1-9. https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-021-06068-w

[15] Lavine, Jennie S., OttarBjornstad, and RustomAntia. „Vaccinatingchildrenagainst SARS-CoV-2." (2021). https://www.bmj.com/content/373/bmj.n1197

[16] Payne, Amanda B., et al. „Incidence of MultisystemInflammatorySyndrome in ChildrenAmong US PersonsInfected With SARS-CoV-2." JAMA network open 4.6 (2021): e2116420-e2116420. https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2780861

[17] Penner, Justin, et al. „6-month multidisciplinaryfollow-up and outcomes of patients with paediatricinflammatorymultisystemsyndrome (PIMS-TS) at a UK tertiarypaediatrichospital: a retrospectivecohortstudy." The Lancet Child & Adolescent Health (2021). https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(21)00138-3/fulltext

[18] Hoang, Ansel, et al. „COVID-19 in 7780 pediatricpatients: a systematicreview." EClinicalMedicine 24 (2020): 100433. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32766542/

[19] Fischer, Alain. „Resistance of children to Covid-19. How?." MucosalImmunology 13.4 (2020): 563-565. https://www.nature.com/articles/s41385-020-0303-9

[20] Coleman, P. G., Brian D. Perry, and Mark EJ Woolhouse. "Endemicstability—a veterinary idea applied to human public health." The Lancet 357.9264 (2001): 1284-1286. https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(00)04410-X/fulltext

1. COVID-19 W SZCZEGÓLNOŚCI NIE STANOWI ISTOTNEGO ZAGROŻENIA DLA DZIECI i MŁODYCH DOROSŁYCH

Na podstawie danych z USA i Izraela szacuje się, że tylko 5-10% dzieci zapada na COVID-19 [1,2], a populacja pediatryczna stanowi tylko 1,7-2% wszystkich diagnozowanych przypadków [3]. W tej grupie wiekowej zdecydowana większość (76-93%) przypadków COVID-19 jest bezobjawowa lub łagodna [4,5,6], tylko 0,1%-1,9% z dodatnim wynikiem testu podlega hospitalizacji [1,2]. Co więcej, wśród dzieci z dodatnim wynikiem testu na obecność SARS-CoV-2 przyjętych do szpitala nawet większość może mieć łagodny przebieg choroby [7] lub powód hospitalizacji inny niż COVID-19 [8,9]. Dzieci i młodzież pozostają w grupie niskiego ryzyka zgonu związanego z COVID-19 (0,17 / 100 000 populacji), a wskaźnik śmiertelności wśród osób zakażonych (infectionfatalityrate) jest bliski zera [10,11].

Podczas pierwszego roku pandemii w Anglii, śmiertelność dzieci i młodzieży z powodu SARS-CoV-2 wyniosła 2/milion (!) dla populacji liczącej 12 mln obywateli w tej grupie wiekowej (przez rok pandemii z powodu infekcji zmarło w tej grupie tylko 25 osób) [21]. Prawdopodobieństwo, że dziecko zachoruje na COVID-19, a choroba będzie miała ciężki przebieg wynosi 1 na 25 000 [2]. Niemal połowa wszystkich objawowych przypadków COVID-19 miała rozpoznanie co najmniej jednej z chorób współistniejących, w tym głównie astmy, specyficznego opóźnienia rozwoju, padaczki, wrodzonej choroby serca, choroby układu pokarmowego [12]. W populacji pediatrycznej ryzyko (objawy, hospitalizacja, zgon) związane z COVID-19 jest porównywalne a nawet może być mniejsze niż w przypadku grypy [6,13], a wywołany SARS-CoV-2 zespół ostrej niewydolności oddechowej (ARDS) może przebiegać łagodniej i z mniejszą liczbą powikłań niż ma to miejsce w przypadku grypy [14].

Badania wskazują, że warianty wirusa SARS-CoV-2 określane na ten moment jako "warianty niepokojące" (Variants of Concern, VoC) również nie stanowią dla dzieci istotnego ryzyka [15]. Należy również zaznaczyć, że groźne powikłania związane z COVID-19, takie jak wieloukładowy zespół zapalny u dzieci i młodych dorosłych (MIS-C/PIMS-TS) są wyjątkowo rzadkie i dotyczą jedynie kilkuset przypadków/milion zakażeń SARS-CoV-2 [16] Prawie wszyscy chorzy mogą wracać do dziennego nauczania w ciągu 6 miesięcy od zakończenia hospitalizacji [17]. W przeglądzie systematycznym obejmującym prawie 8 tysięcy pacjentów pediatrycznych z COVID-19 wskazano, że dzieci z taką diagnozą mają „ogólnie doskonałe rokowania" [18]. Uważa się, że relatywnie niska podatność dzieci na SARS-CoV-2 może wynikać z różnic w biologii związanej z receptorem wirusowym, tj. enzymu konwertującego angiotensynę 2 (ACE), szybszej kontroli infekcji, mniej intensywnej reakcji immunopatologicznej oraz lepszej zdolności naprawy tkanek [19]. Coleman i in. [20] na łamach The Lancet przedstawili hipotezę, że częściowa kontrola choroby (np. poprzez masowe szczepienia) może w pewnych okolicznościach prowadzić do wzrostu zachorowalności w wyniku zakłócenia tzw. endemicznej stabilności (stan epidemiologiczny populacji, w którym choroba kliniczna występuje rzadko pomimo wysokiego poziomu infekcji). Innymi słowy, zgodnie z tą hipotezą szczepienie populacji dzieciecej może prowadzić do wzrostu liczby objawowych przypadków COVID-19, w tym ciężkich.

[1] https://services.aap.org/en/pages/2019-novel-coronavirus-covid-19-infections/children-and-covid-19-state-level-data-report/

[2] https://www.pecc.org.il/docs/vacunder16eng.pdf (https://doctorsonly.co.il/2021/04/225844/)

[3] Tsabouri, Sophia, et al. "Riskfactors for severity in children with coronavirusdisease 2019: a comprehensiveliteraturereview." PediatricClinics 68.1 (2021): 321-338. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0031395520301073

2. ZNACZNA CZĘŚĆ POPULACJI JEST JUŻ ODPORNA NA COVID-19

Dane z Izraela sugeruja, że na obecnym etapie pandemii istotny odsetek nastolatków może mieć już odporność na COVID-19 [1]. Większość dzieci i młodych dorosłych przechodzi infekcje SARS-CoV-2 bezobjawowo lub łagodnie, między innymi na skutek posiadanej odporności krzyżowej pochodzacej z przebytych wcześniej infekcji innymi wirusami, np. sezonowymi koronawirusami wywołującymi katar [2-5]. Wbrew niektórym doniesieniom o krótkotrwałej odpornosci po przechorowaniu COVID-19 [6,7], obecnie liczne doniesienia naukowe wskazuja, że naturalnie nabyte mechanizmy odporności z udziałem przeciwciał i/lub komórkowej są odpowiednio silne i mogą chronić organizm przez co najmniej 8-12miesięcy [8-13], a na nawet wiele lat [11], niezależnie od ciężkości przebiegu choroby [14,9,10,15].

Reinfekcje SARS-CoV-2 u ozdrowieńców zdarzają się rzadko, co potwierdza siłę i trwałość naturalnie nabytej odporności [16-19]. Ponadto rosnaca liczba zaszczepionych i ozdrowieńców wśród starszych grup wiekowych może przyczyniać się do spadku liczby zakażeń wśród dzieci [20,21], a immunizacja populacji pediatrycznej wcale nie musi być konieczna do uzyskania odporności zbiorowiskowej [22]. Ostatnie badania wskazują, że nowe warianty SARS-CoV-2 określane na ten moment jako "warianty niepokojace" (Variants of Concern, VoC) nie przełamują w istotnym stopniu odporności komórkowej u ozdrowieńców i osób zaszczepionych [23], więc obawa przed nowymi mutacjami wirusa wydaje się być nieuzasadniona.

Co więcej, pojawiają się doniesienia naukowe wprost sugerujące brak korzyści z przyjęcia szczepionki przez osoby, które przechorowały COVID-19 [24].Należy wziąć pod uwagę, że osoby po przebytej infekcji SARS-CoV2zgłaszają działania niepożądane szczepień przeciwko COVID-19 częściej niż osoby bez uprzedniej diagnozy COVID-19 [25,26]. Ponadto w młodszych grupach wiekowych obserwuje sie wiecej działań niepożądanych i reakcji ogólnoustrojowych związanych ze szczepieniem przeciwko COVID-19 [27,28].

[1] https://www.timesofisrael.com/study-finds-1-in-3-young-teens-had-covid-fueling-debate-over-need-for-vaccine/

[2] Grifoni, Alba, et al. "Targets of T cellresponses to SARS-CoV-2 coronavirus in humans with COVID-19 disease and unexposedindividuals." Cell 181.7 (2020): 1489-1501 https://www.cell.com/cell/fulltext/S0092-8674(20)30610-3

[3] Mahajan, Swapnil, et al. "Immunodominant T-cellepitopes from the SARS-CoV-2 spikeantigenrevealrobustpre-existing T-cellimmunity in unexposedindividuals." ScientificReports 11.1 (2021): 1-14.https://www.nature.com/articles/s41598-021-92521-4

[4] Braun, Julian, et al. "SARS-CoV-2-reactive T cells in healthydonors and patients with COVID-19." Nature 587.7833 (2020): 270-274. https://nature.com/articles/s41586-020-2598-9

[5] Stefano, George B., and Richard M. Kream. "Convalescent Memory T Cell Immunity in Individuals with MildorAsymptomatic SARS-CoV-2 Infection May Result from anEvolutionarilyAdaptedImmuneResponse to Coronavirus and the 'CommonCold'," Medical science monitor: internationalmedicaljournal of experimental and clinicalresearch 26 (2020): e929789-1. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7706138/

[6] Long, Quan-Xin, et al. "Clinical and immunologicalassessment of asymptomatic SARS-CoV-2 infections." Nature medicine 26.8 (2020): 1200-1204. https://www.nature.com/articles/s41591-020-0965-6

[7] Yang, Yong, et al. "Serologicalinvestigation of asymptomaticcases of SARS-CoV-2 infectionrevealsweak and decliningantibodyresponses." EmergingMicrobes&Infections 10.1 (2021): 905-912. https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/22221751.2021.1919032

[8] Laing, Eric D., et al. "SARS CoV-2 antibodiesremaindetectable 12 monthsafterinfection and antibodymagnitudeisassociated with age and COVID-19 severity." medRxiv (2021). https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.04.27.21256207v1

[21] Smith, Clare, et al. "Deaths in Children and Young People in England following SARS-CoV-2 infectionduring the firstpandemicyear: a nationalstudyusinglinkedmandatorychilddeathreporting data." (2021).https://www.researchsquare.com/article/rs-689684/v1

[9] Siggins, Matthew K., Ryan S. Thwaites, and Peter JM Openshaw. "Durability of immunity to SARS CoV 2 and other respiratory viruses." Trends in Microbiology (2021). https://www.cell.com/trends/microbiology/pdf/S0966-842X(21)00092-5.pdf

[10] Alkharaan, Hassan, et al. "PersistingSalivaryIgGagainst SARS-CoV-2 at 9 MonthsAfterMild COVID-19: A ComplementaryApproach to PopulationSurveys." medRxiv (2021). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/research/coronavirus/publication/33978762

[11] Turner, Jackson S., et al. "SARS-CoV-2 infectioninduceslong-livedbonemarrowplasmacells in humans." Nature (2021): 1-5 https://www.nature.com/articles/s41586-021-03647-4

[12] Dispinseri, Stefania, et al. "Neutralizingantibodyresponses to SARS-CoV-2 in symptomatic COVID-19 ispersistent and critical for survival." Nature communications 12.1 (2021): 1-12. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/research/coronavirus/publication/33976165

[13] Jagannathan, Prasanna, and Taia T. Wang. "Immunityafter SARS-CoV-2 infections." Nature Immunology 22.5 (2021): 539-540. https://www.nature.com/articles/s41590-021-00923-3

[14] Chan, Yi-Hao, et al. "Asymptomatic COVID-19: diseasetolerance with efficientanti-viralimmunityagainst SARS-CoV-2." EMBO molecularmedicine 13.6 (2021): e14045. https://www.embopress.org/doi/epdf/10.15252/emmm.202114045

[15] Nielsen, Stine SF, et al. "SARS-CoV-2 elicitsrobustadaptiveimmuneresponsesregardless of diseaseseverity." EBioMedicine 68 (2021): 103410. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352396421002036

[16] https://www.gov.uk/government/news/new-national-surveillance-of-possible-covid-19-reinfection-published-by-phe

[17] Pilz, Stefan, et al. "SARS-CoV-2 re-infectionrisk in Austria." EuropeanJournal of Clinicallnvestigation 51.4 (2021): e13520 https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/eci.13520

[18] Vitale, José, et al. "Assessment of SARS-CoV-2 Reinfection 1 YearAfterPrimaryInfection in a Population in Lombardy, Italy." JAMA internalmedicine (2021). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/research/coronavirus/publication/34048531

[19] https://bnonews.com/index.php/2020/08/covid-19-reinfection-tracker/

[20] Milman, Oren, et al. "Community-levelevidence for SARS-CoV-2 vaccineprotection of unvaccinatedindividuals." Nature Medicine (2021): 1-3. https://www.nature.com/articles/s41591-021-01407-5

[21] Lewis, Dyani. "Doesvaccinatingadults stop kids from spreading COVID too?." Nature (2021). https://www.nature.com/articles/d41586-021-01549-z

[22] Obaro, Stephen. "COVID-19 herdimmunity by immunisation: arechildren in the herd?." The Lancet InfectiousDiseases 21.6 (2021): 758-759. https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(21)00212-7/fulltext

[23] A Tarke, J Sidney: Impact of SARS-CoV-2 variants on the total CD4+ and CD8+ T cellreactivity in infectedorvaccinatedindividuals. Cell ReportsMedicinehttps://www.cell.com/cell-reports-medicine/fulltext/S2666-3791(21)00204-4

[24] Shrestha, Nabin K., et al. "Necessity of COVID-19 vaccination in previouslyinfectedindividuals." medRxiv (2021) https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.06.01.21258176v2

[25] Krammer F, zespół Srivastava K, PARIS, Simon V. Robustspikeantibodyresponses and increasedreactogenicity in seropositiveindividualsafter a single dose of SARS-CoV-2 mRNA vaccine. MedRxiv [Preprint]. 2021. https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.01.29.21250653v1

[26] Saadat S, Rikhtegaran-Tehrani Z, Logue J, i wsp. Single DoseVaccination in Healthcare WorkersPreviouslyInfected with SARS-CoV-2. https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.01.30.21250843v5

[27] Castells, Mariana C., and Elizabeth J. Phillips. "Maintainingsafety with SARS-CoV-2 vaccines." New England Journal of Medicine 384.7 (2021): 643-649. https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa2034577

[28] Bae, Seongman, et al. "Adversereactionsfollowing the firstdose of ChAdOx1 nCoV-19 vaccine and BNT162b2 vaccine for healthcareworkers in South Korea." Journal of Koreanmedical science 36.17 (2021). https://jkms.org/DOIx.php?id=10.3346/jkms.2021.36.e115

3. DZIECI NIE SĄ ISTOTNYM MOTOREM PANDEMII

Zwolennicy szczepień dzieci przeciwko COVID-19 podnoszą argument, że dzieci i młodzi dorośli to istotne źródło bezobjawowej transmisji wirusa na osoby bardziej podatne (np. seniorów). Badanie nad występowaniem SARS-CoV-2 w liczącej około 10 milionów ludzi populacji miasta Wuhan w Chinach nie wykazało jednak dowodów na bezobjawową transmisję[1]. W kolejnym badaniu445 zdrowych osób pomimo kontaktu z bezobjawowym SARS-CoV-2-pozytywnym nosicielem w izolowanej przestrzeni przez średnio 4-5 dni nie zaraziła się SARS-CoV-2, co potwierdzono testem RT-PCR [2].

W Wielkiej Brytanii organ doradczy „ScientificAdvisoryGroup for Emergencies" zalecił odejście od testowania osób bezobjawowych sugerując, że większy udział w ograniczeniu transmisji będzie miała diagnostyka osób wyłącznie objawowych [3]. Światowa Organizacja Zdrowia, zgadzając się z wieloma pracownikami ochrony zdrowia na całym świecie, podkreślała, że rozprzestrzenianie SARS-CoV-2 przez osoby bezobjawowe jest bardzo rzadkie i dlatego należy położyć nacisk na badanie osób objawowych, a nie tych, którzy sa widocznie zdrowi[4], ale wiele kwestii w tej sprawie pozostaje jeszcze do wyjaśnienia [5]. Jedna z przyczyn przypisywania zbyt dużego znaczenia transmisji bezobjawowej może leżeć w diagnostyce zakażenia SARS-CoV-2 za pomocą testu RT-PCR. WHO przyznało, że wysoki próg cykli (Ct) w testach RT-PCR może powodować fałszywie dodatnie wyniki [6].Ponadto badania wskazują, że pozytywny wynik testu RT-PCR u osoby bezobjawowej nie musi oznaczać zakaźności, zwiększa prawdopodobieństwo wyniku fałszywie dodatniego i rodzi wiele negatywnych konsekwencji w zakresie zdrowia fizycznego i psychicznego oraz powoduje straty finansowe [7,8,9].

Bezobjawową transmisję podważa również fakt, że osoby bezobjawowe mają wykrywalne komórki odpornościowe T pamięci specyficzne wobec SARS-CoV-2 po ekspozycji na wirusa, co kłóci się z istotnym ryzykiemnosicielstwa i rozprzestrzeniania wirusa na inne osoby [10].

Według doniesień z Norwegii, osoby poniżej 14 roku życia nie są motorami transmisji SARS-CoV-2[11]. Z kolei badanie przeprowadzone w Anglii wykazało, że zakażenia i ogniska epidemii SARS-CoV-2 były rzadkie w placówkach edukacyjnych, a głównym źródłem infekcji był personel (dorośli), a nie studenci (dzieci)[12]. W Australii, w stanie Nowa Południowa Walia, dzieci i nauczyciele nie przyczynili się znacząco do przenoszenia COVID-19 poprzez uczęszczanie do placówek edukacyjnych [13]. W Irlandii raportowano niską transmisję COVID-19 w szkołach w pierwszym półroczu roku akademickiego 2020/2021, a autorzy badania zasugerowali, aby szkoły były otwarte podczas pandemii [14]. W Północnej Karolinie w ciągu 9 tygodni nauczania w szkołach stwierdzono bardzo ograniczoną transmisję SARS-CoV-2 na podstawie śledzenia kontaktów; nie zgłoszono żadnych przypadków przeniesienia wirusa z dzieci na dorosłych [15].Wśród 17 wiejskich szkół w stanie Wisconsin w USA na 191 przypadków COVID-19 zidentyfikowanych u uczniów i pracowników tylko siedem (3,7%) było związanych z rozprzestrzenianiem się w szkole [16].W badaniu przeprowadzonym w Hiszpanii stwierdzono, że udział dzieci jako głównego motoru pandemii, w tym powodowania ognisk COVID-19 w gospodarstwach domowych, jest mało prawdopodobny, nawet jeśli chodzą do szkoły [17]. Co więcej, autorzy wnioskują, że środki zapobiegawcze skierowane do dzieci będą miały niewielki wpływ na ograniczenie przenoszenia SARS-CoV-2.

Na niewielki udział dzieci w rozprzestrzenianiu wirusa SARS-CoV-2 zwracają uwagę również autorzy prac poglądowych [18,19].Pomimo rosnącej liczby dowodów poddających w wątpliwość istotną rolę dzieci w transmisji SARS-CoV-2, zdolność do przenoszenia wirusa przez najmłodsze grupy wiekowe jest niejasna i wymaga dalszych badań [20].

[1] Cao, Shiyi, et al. „Post-lockdown SARS-CoV-2 nucleicacid screening in nearly ten millionresidents of Wuhan, China." Nature communications 11.1 (2020): 1-7. https://www.nature.com/articles/s41467-020-19802-w

[2] M. Gao, L. Yang, X. Chen, Y. Deng, S. Yang, H. Xu, et al. A study on infectivity of asymptomatic SARS-CoV-2 carriersRespirMed, 169 (2020) https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0954611120301669

[3] https://www.gov.uk/government/publications/sage-56-minutes-coronavirus-covid-19-response-10-september-2020/sage-56-minutes-coronavirus-covid-19-response-10-september-2020

[4] https://www.cnbc.com/2020/06/08/asymptomatic-coronavirus-patients-arent-spreading-new-infections-who-says.html

[5] https://www.cnbc.com/2020/06/09/who-scrambles-to-clarify-comments-on-asymptomatic-coronavirus-spread-much-is-still-unknown.html

[6] https://web.archive.org/web/20210120083427/https://www.who.int/news/item/14-12-2020-who-information-notice-for-ivd-users

[7] La Scola, B. et al. Viral RNA load as determined by cellculture as a management tool for discharge of SARS-CoV-2 patients from infectiousdiseasewards. EuropeanJournal of Clinical Microbiology&InfectiousDiseases 39, 1059-1061 (2020). https://link.springer.com/article/10.1007/s10096-020-03913-9

[8] Surkova, E., Nikolayevskyy, V. &Drobniewski, F. False-positive COVID-19 results: hidden problems and costs. The Lancet. Respiratory medicine 8, 1167-1168 (2020)

[9] Tsur, Adili, et al. "SARS-CoV-2 Epidemic in the Israeli Defense Force—LessonsLearned From Ourrt-PCR Screening Policy." MilitaryMedicine (2021). https://academic.oup.com/milmed/advance-article/doi/10.1093/milmed/usab215/6283569

[10] Wang, Z. et al. Exposure to SARS-CoV-2 generates T-cellmemory in the absence of a detectable viralinfection. Nature Communications 12, 1724 (2021). https://www.nature.com/articles/s41467-021-22036-z

[11] Brandal, L.T. et al. Minimaltransmission of SARS-CoV-2 from paediatric COVID-19 cases in primaryschools, Norway, August to November 2020. Euro surveillance : bulletinEuropeen sur les maladiestransmissibles = Europeancommunicablediseasebulletin 26 (2021).

[12] Ismail, S.A., Saliba, V., Lopez Bernal, J., Ramsay, M.E. &Ladhani, S.N. SARS-CoV-2 infection and transmission in educationalsettings: a prospective, cross-sectionalanalysis of infectionclusters and outbreaks in England. The Lancet. Infectiousdiseases 21, 344-353 (2021).

[13] Macartney, Kristine, et al. "Transmission of SARS-CoV-2 in Australianeducationalsettings: a prospectivecohortstudy." The Lancet Child & Adolescent Health 4.11 (2020): 807-816. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32758454/

[14] White, P., et al. "Childrenaresafe in schools: a review of the Irishexperience of reopeningschoolsduring the COVID-19 pandemic." Public Health 195 (2021): 158-160. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0033350621001347

[15] Zimmerman KO, Akinboyo IC, Brookhart MA, Boutzoukas AE, McGann K, Smith MJ, et al. Incidence and SecondaryTransmission of SARS-CoV-2 Infections in Schools. Pediatrics. 6892021;e2020048090. https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2021/01/06/peds.2020-048090.full.pdf

[16] https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7004e3.htm

[17] Soriano-Arandes, Antoni, et al. "Household SARS-CoV-2 transmission and children: a network prospectivestudy." ClinicalInfectiousDiseases: anOfficialPublication of the InfectiousDiseasesSociety of America (2021). https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33709135/

4. DRUGA TWARZ „100% SKUTECZNOŚCI" SZCZEPIONKI PFIZER/BONTECH

Oficjalnie podaje się, iż w badaniach klinicznych III fazy szczepionka przeciw COVID-19 firmy Pfizer jest w 100 proc. skuteczna u dzieci w wieku 12-15 lat [1]. Należy podkreślić, że owa skuteczność dotyczy biorców szczepionki, którzy w horyzoncie czasowym badania rozwinęliby objawy i zostali zdiagnozowani w kierunku COVID-19 (tzw. „skuteczność względna") [2,3], a przecież wiadomo, że istotny odsetek nastolatków przez długi czas może nie mieć kontaktu z wirusem lub przejść infekcje bezobjawowo. Biorąc pod uwagę całą zaszczepiona w badaniu populację (tzw. „skuteczność bezwzględna"), efektywność preparatu jest na poziomie 1,62%, co oznacza, że należy zaszczepić 62 osoby, aby uniknąć jednego przypadku COVID-19 w horyzoncie czasowym tej próby klinicznej. Ta znacznie niższa wartość skuteczności bezwzględnej wynika z tego, że przeciętny nastolatek ma stosunkowo niskie prawdopodobieństwo diagnozy objawowego COVID-19, a wartość skuteczności bezwzględnej byłaby jeszcze niższa w przypadku ciężkiego przebiegu (de facto żaden ze zidentyfikowanych w badaniu klinicznym Pfizer/Biontech przypadków COVID-19 w grupie wiekowej 12-15 lat nie został zakwalifikowany jako ciężki[4]).

Warto zaznaczyć, że w warunkach rzeczywistych, tj. po wprowadzeniu produktu na rynek, bezwzględna skuteczność szczepionki może być jeszcze niższa, co miało miejsce w Izraelu[5]. W przeciwieństwie do kontrolowanych warunków badań klinicznych, w rzeczywistości skuteczność względna i bezwzględna szczepionki może być istotnie niższa, ponieważ mogą pojawić się nowe, uciekające przed odpowiedzia układu odpornościowego warianty wirusa, populacja docelowa programu szczepień nie odpowiada w pełni populacji z badania, rośnie grupa osób z odpornością nabytą naturalnie, a także z powodu wielu innych niekontrolowanych tak jak w próbie klinicznej czynników. Przedstawianie skuteczności szczepionki względnej z pominięciem informacji o skuteczności bezwzględnej jest lekceważeniem powszechnie przyjętych w medycynie zaleceń [a], co wpływa na interpretację skuteczności szczepionki przez potencjalnych biorców. Informacja o tym, że w określonym horyzoncie czasowym nastolatek poprzez szczepienie może zmniejszyć ryzyko rozwinięcia objawowego COVID-19 tylko o niespełna 2% jest zdecydowanie mniej optymistyczna niż obiecujące „100 % skuteczności".

Przekazywana opinii publicznej informacja o„100% skuteczności" nie dotyczy hamowania transmisji, która w badaniu klinicznym nie była oceniana, a przecież deklarowanym celem szczepienia dzieci, młodzieży i młodych dorosłych jest nie tylko ochrona ich przed infekcja ale również (albo przede wszystkim) zmniejszenie ryzyka przeniesienia SARS-CoV-2 na osoby starsze. Chociaż niektóre dane są obiecujące, to naukowcy wciąż nie wiedzą, czy masowe szczepienia przeciwko COVID-19 beda wystarczająco skuteczne w zapobieganiu transmisji wirusa, w szczególności względem nowych mutacji [7-11]. Niestety, wedle dostępnych danych, obecne szczepionki przeciw COVID-19 nie zapewniają tzw. „odporności sterylnej" [12]. Oznacza to, że zaszczepione osoby mogą nadal zarazić się SARS-CoV-2, potencjalnie zachorować i potencjalnie przenosić wirusa na inne osoby. Dlatego zaszczepione osoby nie sa zwolnione ze stosowania środków interwencji niefarmakologicznej (NPI), takich jak maski czy zachowanie dystansu. Co ważne, istnieją dowody na to, że „wariant Delta" SARS-CoV-2 zmienił się na tyle, że może uciec przed odpornoscia generowana przez szczepionkę PfizerBioNTech [13].

Na przykład, wcześniejszy wariant „południowoafrykański" sprawił, że szczepionka AstraZeneca była skuteczna tylko w 10% [14]. Znaczącą redukcje skuteczności szczepionek przeciwko COVID-19 wykazano również wobec wariantów SARS-CoV-2 z mutacja w obrębie domeny wiążącej receptor (receptor bindingdomain, RBD)białka kolca [15-18].Z nowymi wariantami na horyzoncie, które właściwie

[18] Lee, Benjamin, and William V. Raszka. „COVID-19 transmission and children: the childis not to blame." Pediatrics 146.2 (2020). https://pediatrics.aappublications.org/content/146/2/e2020004879

[19] Lavine, Jennie S., OttarBjornstad, and RustomAntia. "Vaccinatingchildrenagainst SARS-CoV-2." (2021). https://www.bmj.com/content/373/bmj.n1197

[20] Gaythorpe, Katy AM, et al. "Children's role in the COVID-19 pandemic: a systematicreview of earlysurveillance data on susceptibility, severity, and transmissibility." ScientificReports 11.1 (2021): 1-14. https://www.nature.com/articles/s41598-021-92500-9

nieuchronnie będą w stanie złamać odporność, rodzi się pytanie, czy potencjalne zagrożenia związane z obecnymi szczepionkami są warte minimalnej ochrony, jaką zapewnia w dłuższej perspektywie dzieciom, młodzieży i młodym dorosłym, w szczególności że skuteczność szczepionek może być istotnie zmienna w czasie. W latach 2008-2018 coroczna szczepionka przeciw grypie różniła się skutecznością względną od 19% do 60%, ze średnią 45%, częściowo ze względu na trudność w przewidzeniu, który szczep grypy stanie się powszechny w danym roku [19].

[a] King, Nicholas B., Sam Harper, and Meredith E. Young. "Use of relative and absoluteeffectmeasures in reportinghealthinequalities: structuredreview." Bmj 345 (2012).https://www.bmj.com/content/345/bmj.e5774.abstract

[1] https://www.pap.pl/aktualnosci/news%2C850813%2Cgrzegorz-cessak-badania-pokazuja-ze-szczepionka-pfizera-jest-w-100

[2] Frenck Jr, Robert W., et al. "Safety, immunogenicity, and efficacy of the BNT162b2 Covid-19 vaccine in adolescents." New England Journal of Medicine (2021). https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2107456

[3] https://www.nejm.org/doi/suppl/10.1056/NEJMoa2107456/suppl_file/nejmoa2107456_protocol.pdf

[4] https://www.canada.ca/en/public-health/services/immunization/national-advisory-committee-on-immunization-naci/recommendation-use-pfizer-biontech-covid-19-vaccine-adolescents.html

[5] Olliaro, Piero, ElsTorreele, and Michel Vaillant. "COVID-19 vaccineefficacy and effectiveness—the elephant (not) in the room." The Lancet Microbe (2021). https://www.thelancet.com/journals/lanmic/article/PIIS2666-52472100069-0/fulltext

[6] King, Nicholas B., Sam Harper, and Meredith E. Young. "Use of relative and absoluteeffectmeasures in reportinghealthinequalities: structuredreview." Bmj 345 (2012). https://www.bmj.com/content/bmj/345/bmj.e5774.full.pdf

[7] Bleier, Benjamin S., MurugappanRamanathan Jr, and Andrew P. Lane. „COVID-19 vaccinesmay not preventnasal SARS-CoV-2 infection and asymptomatictransmission." Otolaryngology–Head and Neck Surgery 164.2 (2021): 305-307 https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0194599820982633

[8] Mallapaty, Smriti. „Cancovidvaccines stop transmission? scientists race to findanswers." Nature (2021).

[9] Kustin, Talia, et al. „Evidence for increasedbreakthroughrates of SARS-CoV-2 variants of concern in BNT162b2 mRNA vaccinatedindividuals." MedRxiv (2021) https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.04.06.21254882v1.full.pdf

[10] Collier, Dami A., et al. „SARS-CoV-2 B. 1.1. 7 escape from mRNA vaccine-elicitedneutralizingantibodies." MedRxiv (2021). https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.01.19.21249840v3.full

[11] Collier, Dami A., et al. „SARS-CoV-2 B. 1.1. 7 sensitivity to mRNA vaccine-elicited, convalescent and monoclonalantibodies." medRxiv (2021). https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.01.19.21249840v4.full

[12] Hansen, Torsten, et al. "First case of postmortemstudy in a patientvaccinatedagainst SARS-CoV-2." International Journal of InfectiousDiseases 107 (2021): 172-175. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1201971221003647

[13] Wall, Emma C., et al. "Neutralisingantibodyactivityagainst SARS-CoV-2 VOCs B. 1.617. 2 and B. 1.351 by BNT162b2 vaccination." The Lancet 397.10292 (2021): 2331-2333. https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)01290-3/fulltext

[14] Madhi, S.A. et al. Efficacy of the ChAdOx1 nCoV-19 Covid-19 Vaccineagainst the B.1.351 Variant. The New England journal of medicine 384, 1885-1898 (2021).

[15] Garcia-Beltran, W.F., Lam, E.C., St Denis, K., Nitido, A.D., Garcia, Z.H., Hauser, B.M., Feldman, J., Pavlovic, M.N., Gregory, D.J., Poznansky, M.C., et al. (2021) Multiple SARS-CoV-2 variantsescapeneutralization by vaccine-inducedhumoralimmunity. Cell 2021 Mar 12 [Epub]. https://doi.org/10.1016/j.cell.2021.03.013

[16] Hoffmann, M., Arora, P., Groß, R., Seidel, A., Hörnich, B.F., Hahn, A.S., Kruger, N., Graichen, L., Hofmann-Winkler, H., Kempf, A., et al. (2021). SARS-CoV-2 variants B.1.351 and P.1 escape from neutralizingantibodies. Cell 2021 Mar 20 [Epub]. https://doi.org/10.1016/j.cell.2021.03.036

[17] Wang, Z., Schmidt, F., Weisblum, Y., Muecksch, F., Barnes, C.O., Finkin, S., Schaefer-Babajew, D., Cipolla, M., Gaebler, C., Lieberman, J.A., et al. (2021). mRNA vaccine-elicitedantibodies to SARS-CoV-2 and circulatingvariants. Nature 592, 616-622.

[18] Wu, K., Werner, A.P., Moliva, J.I., Koch, M., Choi, A., Stewart-Jones, G.B.E., Bennett, H., Boyoglu-Barnum, S., Shi, W., Graham, B.S., et al. (2021). mRNA-1273 vaccineinducesneutralizingantibodiesagainstspikemutants from global SARS-CoV-2 variants. BioRxiv. https://doi.org/10.1101/2021.01.25.427948

[19] Kesselheim, Aaron S., et al. "AnOverview Of Vaccine Development, Approval, And Regulation, With Implications For COVID-19: Analysis reviews the Food and DrugAdministration scriticalvaccineapproval role with implications for COVID-19 vaccines." HealthAffairs 40.1 (2021): 25-32. https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.2020.01620

5. RYZYKO SZCZEPIEŃ JEST SŁABO POZNANE I MOŻE BYĆ ZBYT WYSOKIE

Z uwagi na niewielką i w dodatku niepewną korzyść ze szczepienia dzieci przeciwko COVID-19, na znaczeniu zyskują kwestie bezpieczeństwa i niedogodności związane z takim rodzajem profilaktyki. Należy podkreślić, że szczepionki są podawane zdrowym ludziom, a więc tolerancja na zdarzenia niepożądane, nawet te rzadkie, jest niska [1].

Analiza dostępnych danych klinicznych[2,3] w przeliczeniu na milion zaszczepionych nastolatków wskazuje, że dzięki tej profilaktyce zapobiegniemy ok 16 tysiącom objawowych przypadków COVID-19 (w ogromnej większości o przebiegu łagodnym i umiarkowanym), unikniemy kilkuset hospitalizacji (w większości prawdopodobnie łagodnych lub niezwiązanych z COVID-19) i co najwyżej kilku zgonów, ale narazimy ok 900 tysięcy dzieci na co najmniej jedną reakcję układową związaną z iniekcją preparatu (w większości przypadków krótkotrwała i łagodna), w tym 200 tysięcy rozwinie gorączkę powyżej 38 stopni, kilkaset tysięcy będzie odczuwało zmęczenie, ból głowy, dreszcze, ból mięśni lub stawów w stopniu przejściowo wpływającym na lub uniemożliwiającym codzienną aktywność. Ponadto, ponad 500 tysięcy nastolatków będzie wymagało zastosowania leków przeciwgorączkowych lub przeciwbólowych. Należy również podkreślić, że reakcje niepożądane związane ze szczepieniem przeciwko COVID-19 występują częściej w młodszych grupach wiekowych niż starszych [4,5], co dodatkowo działa na niekorzyść bilansu zysków i strat. Co więcej, profil bezpieczeństwa interwencji w warunkach rzeczywistych zazwyczaj wypada gorzej niż w kontrolowanych badaniach klinicznych [6].

Obok przejściowych reakcji układowych związanych z podaniem szczepionki występuje również ryzyko znanych i nieznanych działań niepożądanych. Wydaje się, że zdarzenia niepożądane związane z podaniem szczepionki przeciwko COVID-19 są stosunkowo rzadkie, ale można mieć wątpliwości czy wystarczająco rzadkie, aby ryzyko nie przewyższało niewielkiej korzyści ze szczepień dzieci przeciwko COVID-19. Wiele działań niepożądanych może wystąpić w przyszłości lub nie zostać wykryta, ponieważ zgłaszalność niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP) jest prawdopodobnie niska. W 2007 roku CDC sfinansowało badanie przeprowadzone przez Harvard PilgrimHealthCare trwające przez trzy lata z udziałem 715 000 pacjentów, w którym stwierdzono, że „raportowanych jest mniej niż 1% zdarzeń niepożądanych związanych ze szczepieniami" [7]. Niestety, na tle Europy standardy raportowania skutków ubocznych szczepionek w Polsce pozostawiają wiele do życzenia. Podczas gdy średnia europejska wynosi 127 indywidualnych zgłoszeń skutków ubocznych na 100 000 szczepień przeciwko COVID-19, to na przykład w Holandii rejestruje się 701 zgłoszeń na 100 000 szczepień, a w Polsce tylko 15 (!) zgłoszeń na 100 000 szczepień [8].

Z pewnością tak duża różnica nie wynika ze zróżnicowanej krajowej podatności na skutki uboczne. Zgodnie z ostatnimi doniesieniami [8], pomimo niedoszacowanej zgłaszalności NOP, zestawienie skuteczności bezwzględnej szczepionek przeciwko COVID-19 z liczbą zgłaszanych skutków ubocznych do duńskiego rejestru Lareb [9], sugeruje podobny rząd wielkości ryzyka i korzyści wynikający z tej profilaktyki (*„należy zaakceptować 4 śmiertelne i 16 poważnych skutków ubocznych na 100 000 szczepień, aby uratować życie 2–11 osób na 100 000 podanych szczepionek"*). Autorzy tego badania zasugerowali konieczność przemyślenia polityki związanej ze szczepieniami przeciwko COVID-19 na przykład poprzez proponowanie szczepień osobom, które są gotowe zaakceptować ryzyko i czują się bardziej zagrożone ze strony naturalnej infekcji niż szczepienia. Powyższe wnioski dotyczą ogółu szczepionej populacji i są tym bardziej niepokojące w odniesieniu do populacji pediatrycznej, gdzie ryzyko związane ze

szczepieniami przeciwko COVID-19 może być większe, a korzyści mniejsze. Niestety, publikacja [8] została wycofana pod głównym zarzutem braku związku przyczynowego między zdarzeniem zgłaszanym do rejestru a szczepieniem, autorzy publikacji jednak nie zgodzili się z decyzją redakcji [b]. To prawda, że nie ma udowodnionego związku przyczynowo skutkowego między szczepieniem a zdarzeniem niepożądanym zgłoszonym do bazy, ale zgłoszeń jest na pewno mniej niż w rzeczywistości [7], a po stronie korzyści ze szczepień nie uwzględnia się faktu, że wiele zgonów kwalifikowanych jako COVID-19 w praktyce jest związanych inną przyczyną [a].

Wydaje się, że na obecną chwilę nie ma również innego bardziej wiarygodnego sposobu, aby chociaż poglądowo ocenić rzeczywistą korzyść versus ryzyko programów szczepień przeciwko COVID-19. Niestety, obecnie nie wykonuje się rutynowo sekcji zwłok osób zmarłych w niedługim czasie od otrzymania szczepionki [c], wbrew rekomendacjom badaczy, którzy przeprowadzili taką autopsję [d]. Należy zatem uznać, że zgony wywołane szczepieniem są niedoszacowane, w szczególności u seniorów.

Dostępna dla dzieci szczepionka przeciwko COVID-19 opiera się na białku kolca (spike), które ma udokumentowane właściwości toksyczne, zarówno gdy jest elementem wirionu SARS-CoV-2, jak i bez komponentu wirusowego (w wyniku podania szczepionki białko kolca produkowane jest przez komórki osoby zaszczepionej). Seria ostatnich publikacji naukowych dostarcza dowodów na to, że białko kolca SARS-CoV-2 może być odpowiedzialne za przynajmniej część uszkodzeń, które występują w ciężkich przypadkach COVID-19 [11]. Dzieje się tak, ponieważ istnieje wiele komórek innych niż te w płucach i drogach oddechowych, które posiadają receptor białka kolca, znany jako receptor ACE2. Przede wszystkim płytki krwi i komórki wyścielające naczynia krwionośne mogą przejawiać wysoką ekspresję tego receptora. Sekcje zwłok wykonane u pacjentów, którzy zmarli z powodu ciężkiego COVID-19, ujawniły, że wolne białko kolca z SARS-CoV-2, a nie cały nienaruszony wirion, było odpowiedzialne za znaczne uszkodzenia w całym ciele[12].

Kiedy białko spike wiąże się z receptorami komórek gospodarza, może dojść do aktywacji układu dopełniacza [13]], aktywacji i zlepiania płytek krwi [14,15], ekspresji białek odpowiedzialnych za śmierć komórek [12], nadprodukcji cytokin przez komórki układu krwionośnego (tzw. „burza cytokinowa") [12,16], co spowoduje stan zapalny w obrębie naczyń krwionośnych [13] i/lub zakrzepicę [15]. Aktualnie jeszcze niedopuszczona do stosowania u dzieci szczepionka wektorowa, może powodować uszkodzenie układu naczyniowego przez białka kolca podobnie jak SARS-CoV-2, autorzy nazwali ten efekt „zespołem mimikry COVID-19 wywołanym przez szczepionkę" [17]. Ponadto białko kolca jest zdolne do dysocjacji na dwie mniejsze podjednostki (S1 i S2), które mogą przekroczyć barierę krew-mózg i powodować jego uszkodzenie [18]. Rzeczywiście, w mózgach ludzi zmarłych z powodu COVID-19, którzy prezentowali objawy ze strony układu nerwowego, stwierdzono obecność białka kolca, nie wykazano natomiast obecności całej nienaruszonej jednostki wirusa [19]. Warto zaznaczyć, że w pierwszym na ludziach badaniu szczepionki BNT162b1 (wcześniejszego prototypu szczepionki PfizerBioNTech BNT162b2 używanej obecnie), która kodowała podjednostkę S1 białka kolca wiążącego się z receptorami ACE2, liczba płytek krwi spadała po szczepieniu zarówno u młodych dorosłych, jak i osób starszych [20].

Według artykułu Seneffa i Nigha [10] potencjalne ciężkie i długoterminowe skutki uboczne szczepień przeciwko COVID-19 mogą obejmować patogenne torowanie, wieloukładową chorobę zapalną i autoimmunizację, reakcje alergiczne i anafilaksję, wzmocnienie zależne od przeciwciał, aktywację utajonych infekcji wirusowych, neurodegenerację i choroby prionowe, pojawienie się nowych wariantów SARS-CoV-2, integrację genu białka kolca z ludzkim DNA.

Raport firmy Pfizer/Biontech [21] przekazany rządowi japońskiemu, na który powołano się w artykule opublikowanym w British MedicalJournal [22], zawiera dane dotyczące biodystrybucji nanocząstek lipidów wykorzystanych do wprowadzania (transfekcji) mRNA do komórek osoby zaszczepionej przeciwko COVID-19. Wykorzystana w tych testach „imitacja szczepionki" krążyła we krwi i trafiała do takich miejsc, jak śledziona, wątroba, jajniki, nadnercza i szpik kostny, jądra, płuca, jelita, nerki, tarczyca, przysadka mózgowa, macica, inne. W tym kontekście warte rozważenia jest nie tylko ryzyko autoimmunizacji związane z odkładaniem się nanomateriałów lipidowych w różnych narządach, ale biorąc pod uwagę potencjalną toksyczność białka kodowanego przez mRNA, należy również ocenić potencjał uszkodzenia narządów i tkanek w wyniku krążącego materiału szczepionkowego[23].

Ocena 13 pracowników ochrony zdrowia pod kątem obecności białka kolca we krwi po otrzymaniu szczepionki Moderna (szczepionka mRNA z zasadniczo identyczną technologią jak Pfizer/BioNTech) wykazała krążące we krwi białko kolca u 3 z 13 osób oraz łączący się z receptorem ACE fragment białka spike u 11 z 13 osób [24]. Białko kolca można było wykryć we krwi do dwóch tygodni po szczepieniu u większości osobników i 28 dni po szczepieniu w jednym przypadku. Białko krążące nawet w niskim stężeniu przez okres do dwóch lub więcej tygodni może z czasem gromadzić się na komórkach, ponieważ krew stale przepływa przez tkanki ciała. Badania biodystrybucji potwierdzają, że białko kolca może być potencjalnie skoncentrowane w wielu tkankach, czego nie da się ustalić na podstawie analizy samej krwi [23].Pojawiły się również doniesienia wskazujące, że mRNA można wykryć nawet w mleku matki po szczepieniu [25]. Białka krążące we krwi zwykle są zagęszczane w mleku matki. W amerykańskiej bazie VAERS można znaleźć raporty zdarzeń u niemowląt doświadczających krwawienia z przewodu pokarmowego po karmieniu piersią przez matkę, która otrzymała szczepionkę przeciwko COVID-19 [23].Niewątpliwie, konieczne jest przeprowadzenie dodatkowych badań w celu ocenybiodystrybucji białek kolca w organizmie człowieka po szczepieniu [22], ale to powinno mieć miejsce przed uruchomieniem programów masowej immunizacji.

W szczepionkach przeciwko COVID-19 stosowany jest PEG,związek stosowany jako substancja pomocnicza w lekach i uznany za rzadką, „ukrytą" przyczynę reakcji IgE-zależnych i nawracającej anafilaksji [26]. Obecność lipidu PEG 2000 w szczepionkach mRNA wzbudziła obawy, że ten składnik może być powiązany z anafilaksją. Jak dotąd żadna inna szczepionka zawierająca PEG jako substancję czynną nie była szeroko stosowana. Wydaje się, że ryzyko uczulenia jest większe w przypadku leków do iniekcji zawierających PEG o wyższej masie cząsteczkowej. W opisach przypadków odnotowano anafilaksję związaną z preparatami jelitowymi zawierającymi PEG 3350 do PEG 4000 [27,28]. Dodanie PEG do nanocząstek lipidowych zapobiega ich strawieniu przez komórki w całym organizmie, zwłaszcza przez komórki układu odpornościowego, które ograniczyłyby dystrybucję ładunku mRNA[29,30]. Dodanie PEG do nanocząstek lipidowych zostało okrzyknięte przełomem, ponieważ „efekt ten jest znacznie większy niż obserwowany wcześniej w przypadku konwencjonalnych liposomów i wiąże się z ponad 5-krotnym wydłużeniem czasu krążenia liposomów we krwi"[29]. Prawdopodobnie usunięcie PEG ze szczepionka pozostanie substancji czynnej tylko w miejscu wstrzyknięcia i zapewniłoby bardziej kontrolowaną odpowiedź immunologiczną [23].

Niektórzy naukowcy sugerowali, że białko kolca SARS-CoV-2 może składać się z fragmentów bardzo podobnych do białek w naszym organizmie [31]. Jeśli to się potwierdzi, to odporność na białko kolca może teoretycznie prowadzić do rozwoju chorób autoimmunologicznych. Dotychczas wykazano istnienie reakcji krzyżowej między przeciwciałami indukowanymi przeciwko białku kolca a kilkoma białkami gospodarza[32]. Choroby autoimmunologiczne mogą rozwijać się latami, zanim objawy

stana się widoczne [33,34]. Ponadto, szeroka dystrybucja szczepionki mRNA w organizmie implikuje inne mechanizmy, które mogą prowadzić do choroby autoimmunologicznej opisane w [23].

Niedawno w Izraelu zaistniały podejrzenia o związku między szczepionkami COVID-19 a zapaleniem mięśnia sercowego (myocarditis) u dzieci i młodych dorosłych [34]. Rzeczywiście, ten potencjalny związek jest aktywnie badany przez Europejską Agencję Leków [35], a także przez CDC w USA [36]. Według wstępnych raportów [36] poszczepienne przypadki myocarditis wśród dzieci i młodych dorosłych występują rzadko, ale nawet pomimo niskiej zgłaszalności jest ich wielokrotnie więcej niż przewidywano, w szczególności u osób płci męskiej w wieku 12-24 lata (większość przypadków zapalenia serca wystąpiła w ciągu 4 dni od podania preparatu). Zdaniem Association of American Physicians and Surgeons poszczepienne zapalenie osierdzia u zdrowych młodych osób może być trudne do wykrycia, a wczesna diagnoza i leczenie są istotne w zapobieganiu długotrwałych uszkodzeń [37]. Potencjalny mechanizmy zapalenia mięśnia sercowego po szczepieniu opartym na mRNA może polegać na nieswoistej wrodzonej odpowiedzi zapalnej lub mechanizmie mimikry molekularnej między wirusowym białkiem kolca a nieznanym białkiem serca [38].

Zgodnie z aktualnymi rekomendacjami, w oczekiwaniu na publikację długoterminowych danych dotyczących konsekwencji zapalenia mięśnia sercowego związanego ze szczepionką mRNA przeciwko COVID-19 sugeruje się powstrzymanie od uprawiania sportów wyczynowych przez okres 3-6 miesięcy z ponowną oceną przed rozpoczęciem tej aktywności [39]. Do bazy VAERS [40] zgłoszono ponad 5 tysięcy przypadków bólu w klatce piersiowej i kilkaset przypadków zapalenia mięśnia sercowego na 129 milionów osób w pełni zaszczepionych [38], nie wiadomo jednak ile takich zdarzeń nie zaraportowano oraz jakie będzie długoterminowe ryzyko sercowo-naczyniowe wśród zaszczepionej populacji dzieci i młodych dorosłych. Ponieważ szczepionki są podawane zdrowym ludziom, co do zasady istnieje niska tolerancja na zdarzenia niepożądane, nawet te rzadkie [1], co potwierdzają wcześniejsze doświadczenia. Na przykład rok po wprowadzeniu szczepionki MMRV w 2006 roku, po podaniu około 43 000 dawek, VaccineSafetyDatalink wykrył możliwość jednego dodatkowego napadu gorączkowego na 2000 dzieci zaszczepionych MMRV. Doprowadziło to do zmiany zaleceń krajowych, które usunęły preferencje dla szczepionki MMRV w stosunku do oddzielnych szczepionek MMR i ospy wietrznej [19].

W ciągu roku od wprowadzenia szczepionki Rotashield do bazy VAERS zgłoszono 15 przypadków wgłobienia. Bardziej systematyczne badanie z wykorzystaniem VaccineSafetyDatalink wykazało, że szczepionka Rotashield wiązała się ze zwiększonym ryzykiem wgłobienia u niemowląt. Amerykański Komitet Doradczy ds. Praktyk Szczepień (ACIP) głosował 22 października 1999 r. za zaprzestaniem stosowania szczepionki Rotashield u niemowląt ze względu na związek między szczepionką a wgłobieniem [41]. Tym bardziej zatem dziwi fakt, że pomimo ewidentnego związku i wyraźnie podwyższonego ryzyka zapalenia mięśnia sercowego po szczepionce mRNA Pfizer/Biontech program szczepień dzieci przeciwko COVID-19 nie został wstrzymany.

Wiele obaw budzi możliwość wystąpienia nieznanych poważnych długoterminowych zdarzeń niepożądanych, na przykład związanych z płodnością i wpływem na potomstwo, które mogą ujawnić się dopiero przystaraniu się i/lub po poczęciu dziecka [23]. Dotychczas do bazy VAERS zgłoszono kilkadziesiąt samoistnych poronień po szczepieniu przeciwko COVID-19, ale wstępne ustalenia dotyczące bezpieczeństwa szczepionki mRNA przeciwko COVID-19 u kobiet w ciąży nie wykazały „wyraźnych sygnałów bezpieczeństwa", przy czym autorzy podkreślają konieczność dalszej oceny wpływu szczepienia przeciwko COVID-19 na matkę, ciąże, noworodka i dzieciństwo, w tym we wcześniejszych stadiach ciąży i w okresie przed poczęciem

https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.05.21252900v1

6. PROGRAM SZCZEPIEŃ PRZECIWKO COVID-19 TO EKSPERYMENT MEDYCZNY

Chociaż koncepcja szczepionek mRNA pojawiła się już w 1990 roku, to przed pandemią COVID-19 taka technologia immunizacji nigdy wcześniej nie była wdrożona na rynek do masowego zastosowania u ludzi. W 2012 r. szczepionki mRNA swoiste wobec grypy i RSV były analizowane w badaniach przedklinicznych, w 2017 r. odbył się pierwszy test koncepcyjnej szczepionki mRNA na raka, a pierwsza w historii próba kliniczna fazy I szczepionki mRNA miała miejsce dopiero w 2020 r. i dotyczyła szczepienia przeciwko COVID-19 [1].

Pomimo ogłoszenia przez firmę Pfizer osiągnięcia wszystkich pierwszorzędowych punktów końcowych w toku fazy III badań klinicznych [2], opublikowania wyników [3] oraz warunkowego dopuszczenia szczepionki na rynek przez organizacje ds. zdrowia [4], aktualne programy szczepień przeciwko COVID-19 należy uznać za eksperyment medyczny z przyczyn podanych poniżej.

Po pierwsze, badanie fazy III nad skutecznością i bezpieczeństwem szczepionki Pfizer/Biontechnie zakończyło się. Zgodnie z komunikatem [5], oryginalnym protokołem [6], opublikowanym badaniem [3] i ocenami agencji regulatorowych [7]uczestnicy badania powinni być obserwowani jeszcze przez łącznie dwa lata od przyjęcia drugiej dawki preparatu. W rejestrze badań klinicznych [8] widnieje informacja, że szacunkowo badanie zakończy się dopiero 2 maja 2023 (na dzień 01.07.2021 ostatnia aktualizacja informacji w rejestrze miała miejsce 1 czerwca 2021 r.). Są tam również wymienione punkty końcowe badania, których okresy obserwacji wykraczają poza ramy czasowe analiz, na podstawie których preparat warunkowo dopuszczono na rynek. Ponadto wcharakterystyce produktu leczniczego Comirnaty wskazano, że dopiero w grudniu 2023 r zostanie przedłożony przez podmiot odpowiedzialny raport końcowy z badania klinicznegofazy III w celu potwierdzenia skuteczności i bezpieczeństwa tego produktu [9]. Pierwszego kwietnia 2021 r. firma Pfizer opublikowała kolejny komunikat z aktualizacją wyników skuteczności i bezpieczeństwa z okresu obserwacji wynoszacego 6 miesięcy i dla populacji >16 r.ż., wyniki jednak nie zostały opublikowane w recenzowanym czasopiśmie [10]. Powyższe informacje niezbicie świadczą o tym, że faza III próby klinicznej jest w toku, a skuteczność i bezpieczeństwo nie zostało potwierdzone w dłuższych okresach obserwacji. Bez tej wiedzy udział w programie szczepień należy uznać za „eksperymentalny", w szczególności że większość dotychczas przeprowadzonych badań fazy III dla szczepionek innych niż przeciwko COVID-19 obejmowała duża liczbę pacjentów i trwała od 1 do 2 lat [11]. W momencie przyznania szczepionce Pfizer/Biontech zezwolenia na zastosowanie warunkowe u dzieci, dla większości uczestników badania klinicznego agencje regulatorowe dysponowały danymi dotyczącymi bezpieczeństwa i skuteczności z okresu obserwacji wynoszącego tylko jeden lub dwa miesiące.

Po drugie, warunkowe/przyspieszone dopuszczenie produktu do stosowania opiera się na wątpliwej podstawie, tj. w sytuacji zagrożenia zdrowia publicznego ciało regulatorowe musi na podstawie dostępnych krótkookresowych danych klinicznych po prostu wierzyć, że „znane i potencjalne korzyści przewyższają znane i potencjalne ryzyko" [12,13]. W tym miejscu należy przypomnieć, że ryzyko związane z COVID-19 w przypadku dzieci i młodych dorosłych jest niskie.

Po trzecie, czas potrzebny na ocenę skuteczności i bezpieczeństwa szczepionek trwa zwykle 4-10 lat i obejmuje dokładne testy in vitro, badania przedkliniczne (na zwierzętach), a następnie sekwencyjne próby kliniczne (na ludziach, fazy 1, 2 i 3). Natomiast szczepionki przeciwko COVID-19 zostały opracowane i ocenione pod katem

Fla.) 217, 108480 (2020)

[33] Tsatsakis AM, Docea AO, Calina D, Buga AM, Zlatian O, Gutnikov S, Kostoff RN and Aschner M: Hormeticneuro-behavioraleffects of lowdoseroxicchemicalmixtures in real-life risksimulation (RLRS) in rats. Food ChemToxicol. 125:141-149. 2019

[34] Agmon-Levin N, Paz Z, Israeli E and Shoenfeld Y: Vaccines and autoimmunity. Nat RevRheumatol. 5:648-652. 2009

[34] https://www.ctvnews.ca/health/coronavirus/israel-sees-probable-link-between-pfizer-vaccine-and-myocarditis-cases-1.5453006

[35] https://www.ema.europa.eu/en/news/covid-19-vaccines-update-ongoing-evaluation-myocarditis-pericarditis

[36] https://www.cdc.gov/vaccines/acip/meetings/downloads/slides-2021-06/03-COVID Shimabukuro-508.pdf

[37] https://aapsonline.org/covid-19-should-you-protect-your-heart-if-you-get-the-shot/

[38] Larson, Kathryn F., et al. "Myocarditisafter BNT162b2 and mRNA-1273 Vaccination." Circulation (2021). https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.121.055913

[39] Ammirati E, Frigerio M, Adler ED, Basso C, Birnie DH, Brambatti M, Friedrich MG, Klingel K, Lehtonen J, Moslehi JJ, et al. Management of AcuteMyocarditis and ChronicInflammatoryCardiomyopathy: AnExpertConsensusDocument. CircHeartFail. 2020;13:e007405

[40] www.wonder.cdc.gov/vaers.html

[41] https://www.cdc.gov/vaccines/acip/meetings/downloads/slides-2021-06/03-COVID-Shimabukuro-508.pdf

[42] Shimabukuro, Tom T., et al. "Preliminary findings of mRNA Covid-19 vaccinesafety in pregnantpersons." New England Journal of Medicine 384.24 (2021): 2273-2282 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33882218/

bezpieczeństwa i skuteczności w czasie krótszym niż jeden rok. Oznaczało to, że analizowano tylko krótkoterminowe scenariusze.

Po czwarte, badanie kliniczne trwało zbyt krótko oraz obejmowało zbyt małą liczbę uczestników, aby wykryć rzadziej występujące skutki uboczne. Przykładem może być myocarditis, które nie ujawniło się w badaniach klinicznych [14], a także problemy takie jak wstrząs anafilaktyczny (osoby z historią alergii zostały wykluczone z wczesnych badań klinicznych) i potencjalnie śmiertelne przypadki zakrzepicy, które nie zostały zidentyfikowane, dopóki większość eksperymentalnych szczepionek COVID-19 nie była szeroko stosowana w społeczeństwach [15,16]. Kolejny przykład to kampania szczepień przeciwko pandemii świńskiej grypy w 2009 r. w Finlandii i Szwecji, która przyczyniła się do wielu przypadków narkolepsji (152 w samej Finlandii) [a-d]. Przyczyną choroby była homologia między cząsteczką receptora 2 ludzkiej hipokretyny (inaczej oreksyny) a białkami obecnymi w szczepionce [e]. Ustalono to poprzez wykrycie krzyżowo reaktywnych przeciwciał w surowicy pacjentów, u których wystąpiła narkolepsja po szczepieniu przeciwko H1N1 w Europie. W próbie klinicznej fazy III nie wystąpiły żadne zgony [3], ale w ulotce szczepionki firmy Pfizer widnieje informacja, że „poważne zdarzenia niepożądane od pierwszej dawki do 30 dni po drugiej dawce w trwającym okresie obserwacji zgłosiło 0,4% biorców szczepionki i 0,1% otrzymujących placebo" [17]. Aby dostarczyć rozstrzygających dowodów, należałoby zbadać znacznie większą liczbę nastolatków, ale te ograniczone dane sugerują, że ryzyko poważnych zdarzeń niepożądanych mogło być o 0,3% wyższe w grupie zaszczepionej (nieistotne statystycznie w tak małej próbie). W przeliczeniu na milion zaszczepionych dzieci to daje 3000 poważnych zdarzeń niepożądanych, przy czym należy podkreślić, że profil bezpieczeństwa interwencji badanej w ramach badań klinicznych wypada zazwyczaj lepiej niż w rzeczywistości.

Po piąte, badanie zostało „odślepione", co oznacza, że nie będzie już grupy placebo. Innymi słowy, rygorystyczna ocena bezpieczeństwa w kontekście dobrze kontrolowanego badania klinicznego nie jest już możliwa i należy w większym stopniu polegać na systemach nadzoru już po wdrożeniu szczepionek. To stanowi ogromne wyzwanie, ponieważ niepewna jest zarówno liczba zgłaszanych zdarzeń niepożądanych związanych ze szczepionką, jak i występowanie danego zdarzenia ogólnie w populacji (tło). Co więcej, niezwykle trudno jest definitywnie udowodnić, że zdarzenie jest spowodowane (a nie tylko związane czasowo) szczepieniem [18,19].

Po szóste, na podstawie wyników testu biodystrybucji [20] należałoby wymagać dalszych badań w celu oceny wpływu krótko- i długoterminowego na większą liczbę tkanek zanim szczepionka zostanie dopuszczona do powszechnego użytku, zwłaszcza u dzieci, młodzieży i młodych dorosłych w wieku reprodukcyjnym. Biodystrybucja białka kolca, które jest tworzone przez komórki zaszczepionego organizmu, powinna być dokładnie zmapowana oraz oceniona na co najmniej dwóch modelach zwierzęcych, z których jeden nie jest modelem gryzoni, ponieważ gryzonie mają znacznie niższy poziom powinowactwa wiązania receptora ACE2 (receptor dla białka kolca SARS-CoV-2) niż ludzie i w rezultacie wpływ białka kolca może zostać niedoszacowany. Następnie dystrybucja białka kolca u ludzi powinna być oceniona na niewielkiej próbie w badaniu klinicznym fazy 1. W przedstawionym raporcie dot. biodystrybucji znajduje się jednak niepokojący zapis, że „nie przeprowadzono tradycyjnych badań farmakokinetycznych lub biodystrybucji dla tej szczepionki (BNT162b2). Jeśli po raz pierwszy taka innowacyjna technologia szczepionek została wprowadzona do szerokiej dystrybucji wśród ludzi, a japońskie dane dotyczące biodystrybucji wykazały dowody na rozległe rozprzestrzenianie się materiału imitującego szczepionkę w organizmie biorcy [18,20], to należy zapytać, dlaczego ten eksperymentalny preparat został dopuszczony do stosowania bez wcześniejszego przeprowadzenia kluczowego badania biodystrybucji [18].

[a]Partinen, Markku, et al. "Increasedincidence and clinicalpicture of childhoodnarcolepsyfollowing the 2009 H1N1 pandemicvaccinationcampaign in Finland." PloS one 7.3 (2012): e33723. https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0033723

[b] Medical Products Agency (Lakemedelsverket) (2010) The MPA investigatesreports of narcolepsy in patientsvaccinated with Pandemrix. Available: http://wwwlakemedelsverketse/english/All-news/NYHETER-2010/The-MPA-investigates-reports-of-narcolepsy-in-patients-vaccinated-with-Pandemrix/. Accessed 2012 Feb 23.

[c] WHO (2010) Pandemrixvaccine and cases of narcolepsy. Available: http://wwwwhoint/immunization_standards/vaccine_quality/pandemrix_narcolepsy/en/. Accessed 2012 Feb 23.

[d] THL (2010) NationalInstitute for Health and Welfarerecommendsdiscontinuation of Pandemrixvaccinations. FinnishNationalInstitute for Health and Welfarewebsite. Available: http://wwwthlfi/en_US/web/en/pressrelease?id=22930. Accessed 2012 Feb 23.

[e] Ahmed, SyedSohail, et al. „Antibodies to influenza nucleoprotein cross-react with humanhypocretin receptor 2." Science translationalmedicine 7.294 (2015): 294ra105-294ra105

[1] Xu, Shuqin, et al. "Mrnavaccine era—Mechanisms, drug platform and clinicalprospection." International Journal of MolecularSciences 21.18 (2020): 6582. https://www.mdpi.com/ijms/ijms-21-06582/article_deploy/html/images/ijms-21-06582-g001.png

[2] https://www.pfizer.com/news/press-release/press-release-detail/pfizer-and-biontech-conclude-phase-3-study-covid-19-vaccine

[3] Frenck Jr, Robert W., et al. "Safety, immunogenicity, and efficacy of the BNT162b2 Covid-19 vaccine in adolescents." New England Journal of Medicine (2021). https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2107456

[4] https://www.pfizer.com/news/press-release/press-release-detail/pfizer-and-biontech-receive-first-authorization-european

[5] https://www.pfizer.com/news/press-release/press-release-detail/pfizer-and-biontech-conclude-phase-3-study-covid-19-vaccine

[6] https://www.nejm.org/doi/suppl/10.1056/NEJMoa2107456/suppl_file/nejmoa2107456_protocol.pdf

[7] https://www.fda.gov/media/144245/download

[8] https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04368728

[9] https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/comirnaty-epar-product-information_pl.pdf

[10] https://edition.cnn.com/2021/04/01/health/pfizer-covid-vaccine-efficacy-six-months-bn/index.html

[11]Kesselheim, Aaron S., et al. "AnOverview Of Vaccine Development, Approval, And Regulation, With Implications For COVID-19: Analysis reviews the Food and DrugAdministration scriticalvaccineapproval role with implications for COVID-19 vaccines." HealthAffairs 40.1 (2021): 25-32. https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.2020.01620

[12] Avorn J, Kesselheim AS. Upis down—pharmaceutical industrycaution vs. federal acceleration of Covid-19 vaccineapproval. N Engl J Med. 2020 Sep 15.https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp2029479

[13] https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/safe-covid-19-vaccines-europeans/how-are-vaccines-developed-authorised-and-put-market_en#approving-the-vaccines-in-the-eu

[14] Larson, Kathryn F., et al. "Myocarditisafter BNT162b2 and mRNA-1273 Vaccination." Circulation (2021). https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.121.055913

[15] Blumenthal, K.G. et al. AcuteAllergicReactions to mRNA COVID-19 Vaccines. Jama 325, 1562-1565 (2021).https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2777417

[16] Selvaraj, G., Kaliamurthi, S., Peslherbe, G.H. &Wei, D.Q. Are the AllergicReactions of COVID-19 VaccinesCaused by mRNA ConstructsorNanocarriers? ImmunologicalInsights. Interdisciplinary

7. SPRZECIW ŚRODOWISK NAUKOWYCH

Wielu naukowców wyraziło swoje watpliwości w zakresie szczepień dzieci przeciwko COVID-19 na łamach czasopism naukowych takich jak British MedicalJournal [1] oraz The Lancet [2]. Warto również odnotować, że Narodowa Rada Zdrowia w Daniii Duńskie Towarzystwo Pediatryczne nie zdecydowały się na zalecenie szczepień dla dzieci w wieku 12-15 lat [3], a niemiecki komitet doradczy ds. szczepień (STIKO) nie zaleca stosowania szczepionki osobom w wieku 12-17 lat spoza grup ryzyka [4]. Szczepieniom dzieci<16 r.ż. sprzeciwila sie również niezależna i zrzeszajaca lekarzy Publiczna Rada Kryzysowa w Izraelu [5]. Dyrektor niezależnej firmy zajmujacej sie badaniami medycznymi (The Evidence-BasedMedicineConsultancyLtd), której pracownicy naukowi są autorami prestiżowych przeglądów publikowanych w Cochrane Collaboration, po analizie działań niepożądanych zgłoszonych do Systemu „Yellow Card" w Wielkiej Brytanii uznał, że stopień zachorowalności i śmiertelności związany ze szczepionkami przeciwkoCOVID-19 jest bezprecedensowy i wezwał do zaprzestania programu szczepień do czasu przeprowadzana pełnej i niezależnej analizy bezpieczeństwa [6]. Otwarte listy do Prezydenta i Rządu RP w sprawie bezpieczeństwa szczepionek przeciwko COVID-19 kierowali również polscy lekarze i naukowcy [7,8].

W poradniku naukowym Canadian COVID Care Alliance przedstawiono uzasadnione obawy naukowe dotyczące szczepionek COVID-19 i wezwano do zaprzestania wdrażania programu szczepień dla dzieci, młodzieży i młodych dorosłych w wieku rozrodczym oraz do wymagania od producentów przeprowadzenia odpowiednich badań biodystrybucji i bezpieczeństwa, a następnie przeprowadzenia dokładnej ponownej oceny ryzyka COVID-19 w porównaniu z ryzykiem związanym z tymi eksperymentalnymi szczepionkami [9].

[1] Lavine, Jennie S., OttarBjornstad, and RustomAntia. "Vaccinatingchildrenagainst SARS-CoV-2." (2021). https://www.bmj.com/content/373/bmj.n1197

[2] Obaro, Stephen. "COVID-19 herdimmunity by immunisation: arechildren in the herd?." The Lancet InfectiousDiseases 21.6 (2021): 758-759. https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(21)00212-7/fulltext

[3] https://ugeskriftet.dk/nyhed/formand-paediaterne-vi-mangler-viden-kunne-vaccinere-yngre-teenagere

[4] https://www.euronews.com/2021/06/10/us-health-coronavirus-germany-biontech

[5] https://www.pecc.org.il/docs/vacunder16eng.pdf

[6] https://b3d2650e-e929-4448-a527-4eeb59304e7f.filesusr.com/ugd/593e4f_b2acdef3774b4e9ca06e9fae526fd5cd.pdf

[7] https://b3d2650e-e929-4448-a527-4eeb59304e7f.filesusr.com/ugd/593e4f_b2acdef3774b4e9ca06e9fae526fd5cd.pdf

[8] https://instytutsprawobywatelskich.pl/trzy-pytania-do-ministra-zdrowia-w-sprawie-bezpieczenstwa-i-skutecznosci-szczepien-na-sars-cov-2/

[9] https://www.canadiancovidcarealliance.org/wp-content/uploads/2021/06/2021-06-15-children_and_covid-19_vaccines_full_guide.pdf

sciences, computational life sciences 13, 344-347 (2021).https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12539-021-00438-3

[17] https://labeling.pfizer.com/ShowLabeling.aspx?id=14471

[18] https://www.canadiancovidcarealliance.org/wp-content/uploads/2021/06/2021-06-15-children_and_covid-19_vaccines_full_guide.pdf

[19] Doshi, P. Covid-19 vaccines: In the rush for regulatory approval, do we needmore data? BMJ 373, n1244 (2021). https://www.bmj.com/content/373/bmj.n1244https://www.bmj.com/content/373/bmj.n1244

[20] Pfizer, SARS-CoV-2 mRNA Vaccine (BNT162, PF-07302048) 2.6.4 Yakubutsudotaishiken no gaiyo bun [summary of pharmacokineticstudies]https://www.pmda.go.jp/drugs/2021/P20210212001/672212000_30300AMX00231_I100_1.pdf#page=16

Polskie Stowarzyszenie Niezależnych
Lekarzy i Naukowców

24 czerwca 2021r.

Do
Dyrekcji, Grona Pedagogicznego, Rady Rodziców

Szanowni Państwo Dyrektorzy, Pedagodzy, Rodzice

kierujemy do Państwa niniejszy list zaniepokojeni informacją, o której powzięliśmy wiadomość, a mianowicie o prowadzeniu akcji promującej szczepienia przeciwko SARS-CoV-2 wśród nieletnich uczniów w wieku od 12 do 15 roku życia.

Polskie Stowarzyszenie Niezależnych Lekarzy i Naukowców pragnie zauważyć, ze dostępne szczepionki przeciwko COVID-19 nie mają jeszcze ukończonej III z IV faz badań klinicznych. Powyższa okoliczność powoduje, że szczepienia tymi preparatami są w istocie eksperymentem medycznym. Promowanie szczepień u dzieci jest więc w istocie zachęcaniem, a w pewnych okolicznościach może być zmuszaniem do uczestnictwa w eksperymencie medycznym, co jest niedopuszczalne.

Na stronie WHO można znaleźć rekomendacje:

„na chwilę obecną dzieci nie powinny być szczepione".

„Nie ma jeszcze wystarczających dowodów na stosowanie szczepionek przeciw COVID-19 u dzieci, aby sformułować w tej sprawie zalecenia. Dzieci i młodzież mają tendencję do łagodniejszych chorób w porównaniu do dorosłych." *(https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/covid-19-vaccines/advice)*

Gen. prof. Grzegorz Gielerak, dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego: *„Do szczepienia dzieci powinniśmy podchodzić bardzo ostrożnie. To zgodne z wytycznymi WHO."* *(https://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/8196184,koronawirus-szczepienie-dzieci-rekomendacje-mz-who.html)*

Przepisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty definiują pojęcie eksperymentu medycznego oraz wskazują obowiązki ciążące na lekarzu w związku z przeprowadzaniem takiego eksperymentu.

Zgodnie z art. 21 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty:
Eksperyment medyczny przeprowadzany na ludziach może być **eksperymentem leczniczym** albo **eksperymentem badawczym**.
2. **Eksperymentem leczniczym** jest wprowadzenie nowych albo tylko częściowo wypróbowanych metod diagnostycznych, leczniczych lub profilaktycznych w celu osiągnięcia bezpośredniej korzyści dla zdrowia **osoby chorej**. Może on być przeprowadzony, jeżeli dotychczas stosowane metody nie są skuteczne albo jeżeli ich skuteczność nie jest wystarczająca. Udział w eksperymencie leczniczym kobiet ciężarnych wymaga szczególnie wnikliwej oceny związanego z tym ryzyka dla matki i dziecka poczętego.
3. **Eksperyment badawczy** ma na celu przede wszystkim rozszerzenie wiedzy medycznej. Może być on przeprowadzany zarówno **na osobie chorej, jak i zdrowej**. Przeprowadzenie eksperymentu badawczego jest dopuszczalne, gdy uczestnictwo w nim nie jest związane z ryzykiem albo też ryzyko jest minimalne i nie pozostaje w dysproporcji do możliwych pozytywnych rezultatów takiego eksperymentu.

Udział uczestnika małoletniego w eksperymencie badawczym jest **dozwolony tylko po łącznym spełnieniu**

następujących warunków:

1. **spodziewane korzyści mają bezpośrednie znaczenie dla zdrowia małoletniego poddanego eksperymentowi badawczemu lub innych małoletnich należących do tej samej grupy wiekowej;**
2. eksperyment badawczy przyniesie istotne rozszerzenie wiedzy medycznej;
3. nie istnieje możliwość przeprowadzenia takiego eksperymentu o porównywalnej efektywności z udziałem osoby pełnoletniej (art. 23a ust. 2 u.zaw.lek.).

Spodziewane korzyści ze szczepienia małoletnich są nikłe, natomiast ryzyko duże, co bezwzględnie uniemożliwia przeprowadzenie eksperymentu.

Nikłość korzyści wyraża się przede wszystkim w tym, że małoletni nie muszą być uodparniani przeciwko COVID-19, ponieważ nie są oni zagrożeni tą chorobą. Zakażenie wirusem Sars-Cov2 jest bardzo rzadkie w populacji dziecięcej, zwykle przebiega łagodnie, a wskaźnik wyzdrowienia wynosi 99,97%. Dzieci transmitują wirusa w minimalnym stopniu.

O szczepieniach u dzieci wypowiedział się ekspertka WHO dr Kate O'Brien, która jednoznacznie wskazała, że zachorowanie u dzieci jest bardzo, bardzo nikłe, więc ich szczepienie nie ma na celu ochrony ich przed zakażeniem.

Źródło: *(https://pulsmedycyny.pl/ekspertka-who-szczepienie-dzieci-przeciw-covid-19-nie-jest-priorytetem-1118458)*

„Jak dotąd nie odnotowaliśmy w Polsce przypadku PIMS (Paediatric inflammatory multisystem syndrome), zespołu wielonarządowej reakcji zapalnej, przypominającego chorobę Kawasakiego, uogólnionego zapalenia naczyń o nieznanej etiologii w przebiegu COVID-19" Ernest Kuchar.

Źródło: Puls Medycyny *(https://pulsmedycyny.pl/dr-ernest-kuchar-koronawirus-zwykle-nie-przenosi-sie-z-dzieci-na-doroslych-991729)*

Na stronie pacjent.gov.pl znajduje się następujące stwierdzenie:
„Dzieci, jeśli zakażą się koronawirusem, na ogół przechodzą przez chorobę bardzo lekko, czasem wręcz bezobjawowo"

Źródło *(https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/dziecko-i-koronawirus)*

Co więcej, powstały opracowania naukowe, z których wynika, że dzieci są mniej podatne na COVID-19. [Lee, Hu, Chen, Hsueh, Are children less susceptibleh to COVID-19? Elsevier Public Health Emergency Collection, 2020: 53(3):371-372] *(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7102573/)*

„(...) ***Każde doświadczenie jest dozwolone tylko wówczas, gdy istnieje perspektywa osiągnięcia istotnej korzyści przy stosunkowo niskim ryzyku*** *(...). W przypadku eksperymentów badawczych (...) „znikoma wartość naukowa projektu badawczego zawsze będzie przemawiała przeciwko dopuszczalności eksperymentu, nawet jeżeli ryzyko jego przeprowadzenia byłoby niewielkie" (...).*

(Kopeć M. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz. Art. 21. Opublikowano: WK 2016)

W przypadku szczepionki Pfizer-BioNTech: Badanie III fazy jest zarejestrowane na stronie Clinical- Trials.gov pod numerem NCT 4368728 i kończy się dopiero w dniu 31 stycznia 2023 r. Z kolei w przypadku szczepionki firmy Moderna - III faza badania kończy się 22 października 2022 r. Również faza III badań (COV3001)

szczepionki Janssen trwa nadal.

Przytoczyć należy w tym miejscu dane statystyczne (źródło:stat.gov.pl), które wskazują, że w Polsce liczba zgonów z powodu COVID-19 u osób w wieku od urodzenia do 17 roku życia wynosi 2, przy czym liczba zgonów w tym samym przedziale wiekowym osób z COVID-19 i chorobami współistniejącymi wynosi 11. Powyższe oznacza, że poziom zgonów w tej grupie wiekowej z powodu COVID-19 wynosi 0,00003%, natomiast liczba zgonów na COVID-19 wraz z chorobami współistniejącymi to 0,0001%.

Wskaźnik śmiertelności z powodu zakażenia tym wirusem wśród dzieci jest niezwykle niski- wynosi 1 na milion i jest znacząco niższy niż w przypadku grypy sezonowej. Znacznie częściej dzieci umierają z powodu wypadków komunikacyjnych (15x), chorób nowotworowych (12x) czy samobójstw (10x).

Powyższe jednoznacznie wskazuje, że nie ma podstaw do szczepienia małoletnich, zwłaszcza, że szczepienie dzieci obarczone jest wysokim ryzykiem, z uwagi na nieukończone badania kliniczne i brak badań na tej grupie wiekowej.

Wśród osób dorosłych szczepionych przeciwko SARS-CoV-2 zdarzały się często niepożądane odczyny poszczepienne ze zgonami włącznie. W USA łączna liczba zgonów po szczepieniach na COVID-19 jest większa niż łączna liczba zgonów po innych wykonanych do tej pory szczepieniach.

Wobec powyższego nie ma żadnego sensu podawanie dzieciom nieprzebadanych preparatów, o których już teraz wiadomo, że powodują wiele ciężkich działań niepożądanych, jak np: reakcje uczuleniowe na składniki preparatu (glikol polietylenowy), zaburzenia krzepnięcia krwi w naczyniach trzewnych i mózgowych, naruszenie bariery krew-mózg, zapalenie mięśnia sercowego czy nagły zgon.

Całkowicie nieznane są długofalowe skutki podania tych preparatów - niezwykle istotna kwestia w przypadku populacji dziecięcej, przed którą życie dopiero się zaczyna. Podejrzewa się, że obecnie używane preparaty mogą w przyszłości wywoływać choroby neurodegeneracyjne (prionowe), autoimmunologiczne oraz choroby nowotworowe. Nie wiadomo też jak będą one wpływać na płodność zaszczepionych dzieci. Producenci nie prowadzili badań także w tym kierunku i otwarcie zaznaczają to w ulotkach swoich produktów.

Czy więc polskie dzieci po szczepieniu tymi preparatami będą miały własne dzieci? Jaką kondycję zdrowotną będzie miało to kolejne pokolenie Polaków?

Jest zbyt wiele ważnych pytań, na które producenci sami nie potrafią odpowiedzieć.

Dla przykładu z ulotki szczepionki Pfizer-BioNTech przeciw COVID-19:

„Lista ta może nie zawierać wszystkich możliwych działań ubocznych szczepionki Pfizer- BioNTech przeciw COVID-19. Mogą wystąpić poważne i nieprzewidziane działania uboczne. Badania kliniczne nad szczepionką Pfizer-BioNTech przeciw COVID-19 nadal trwają" (https://www.fda.gov/media/ 144622/download)

Dowód:
- wydruk ulotki szczepionki.

Dostępne w Polsce szczepionki w większości nie są przeznaczone dla osob poniżej 18 roku życia. Producenci szczepionek wskazują jednoznacznie:
„Szczepionka COVID-19 Vaccine AstraZeneca nie jest zalecana do stosowania u dzieci w wieku poniżej 18 lat. Obecnie nie ma wystarczających danych dotyczących stosowania szczepionki COVID-19 Vaccine AstraZeneca

u dzieci i młodziezy w wieku poniżej 18 lat."

„Szczepionka COVID-19 Vaccine Janssen jest wskazana do czynnego uodparniania osób dorosłych w wieku 18 lat i starszych[...]"
„Szczepionka COVID-19 Vaccine Moderna jest wskazana do czynnego uodparniania osób w wieku 18 lat i starszych [...]"

Dowód:
-wydruk charakterystyki produktu leczniczego — szczepionki firmy Moderna,
-wydruk ulotki szczepionki firmy AstraZeneca,
-wydruk charakterystyki produktu leczniczego — szczepionki firmy Janssen.

Co prawda producent szczepionki Comiranty (firma Pfizer i BioNTech) dopuszcza możliwość stosowania tego preparatu u młodzieży od 12 roku życia, niemniej sam producent ocena bezpieczeństwa stosowania produktu u młodzieży w wieku od 12 do 15 lat jest jeszcze w toku.

Charakterystyka produktu leczniczego Comiranty podaje rowniez w zakresie dzieci i młodzieży, że:

„Europejska Agencja Leków wstrzymała obowiązek dołączania wyników badań produktu leczniczego Comirnaty w populacji dzieci i młodzieży w zapobieganiu COVID-19 (stosowanie u dzieci i młodzieży, patrz punkt 4.2).
Ten produkt leczniczy został dopuszczony do obrotu zgodnie z procedurą dopuszczenia warunkowego. Oznacza to, że oczekiwane są dalsze dowody świadczące o korzyści ze stosowania produktu leczniczego. Europejska Agencja Leków dokona, co najmniej raz do roku, przeglądu nowych informacji o tym produkcie leczniczym i w razie konieczności ChPL zostanie zaktualizowana."

Dowód:
-charakterystyka produktu leczniczego — szczepionki Comiranty.

Nie jest wiadomym na chwilę obecną na jak długo utrzyma się odporność po podaniu szczepionek.

„Tak, jak w przypadku każdej innej szczepionki, cykl 2 dawek szczepionki COVID-19 Vaccine AstraZeneca może nie zapewniać pełnej ochrony wszystkim osobom, które ją otrzymały. Nie wiadomo jak długo ochrona ta będzie się utrzymywać.

Dowód:
-wydruk ulotki szczepionki firmy AstraZeneca.
„Okres utrzymywania się ochrony zapewnianej przez szczepionkę jest nieznany, ponieważ jest to nadal ustalane w badaniach klinicznych będących w toku." (chpl szczepionki Moderna)

Niemalże identyczne stwierdzenie można znaleźć w chpl szczepionki Janssen i Comiranty.

Dowód:
-charakterystyka produktu leczniczego — szczepionki firmy Moderna,
-charakterystyka produktu leczniczego — szczepionki firmy Janssen
-charakterystyka produktu leczniczego — szczepionki Comiranty.
Wielkie wątpliwości budzi też pośpiech z jakim stworzono te preparaty oraz sposób wprowadzenia ich do programu szczepień wśród dzieci.

My lekarze mamy moralny i zawodowy (wynikający z Kodeksu Etyki Zawodowej Lekarzy) obowiązek zwrócenia Państwu uwagi, że Państwa działania są nieracjonalne w związku z nieproporcjonalnością ryzyka wykonania szczepień u Państwa wychowanków, a ochroną małoletnich przed zarażeniem COVID-19.

Dodatkowo, należy zwrócić uwagę na niemożność wyrażenia świadomej zgody na szczepienia będące eksperymentem medycznym.

Możliwość wyrażenia świadomej zgody wymaga poinformowania uczestnika eksperymentu o wszystkich możliwych jego korzyściach i ryzykach, a przede wszystkim o tym, że bierze on udział w eksperymencie medycznym. Wobec tego w myśl nałożonych na lekarzy obowiązków wynikających z przepisów ustaw czy też Kodeksu Etyki Lekarskiej obowiązkiem lekarza jest poinformowanie i zwrócenie uwagi pacjenta na wszelkie korzyści i ryzyka płynące ze stosowanych metod leczniczych/ profilaktycznych.

Art. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej:
1. Powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu; lekarz nie może posługiwać się wiedzą i umiejętnością lekarską w działaniach sprzecznych z tym powołaniem.
2. Najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego - salus aegroti suprema lex esto. Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady.

We wcześniejszym fragmencie listu wskazano, że jest wiele niewiadomych co do stosowanych szczepionek przeciwko SARS-CoV-2, zarówno pod względem skuteczności jak i niepożądanych, długoterminowych skutków ich podania oraz możliwości stosowania preparatów u dzieci. Powyższe powoduje, że nie możliwe jest wyrażenie świadomej zgody na uczestnictwo w eksperymencie medycznym. Zwłaszcza, że nie mówi się powszechnie o tym, że szczepienie przeciwko SARS-CoV-2 są eksperymentem medycznym.

Kwestie wyrażenia zgody są szeroko komentowane w judykaturze oraz w orzecznictwie. Dla przykładu wskazać można postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Karna (z dnia 10 kwietnia 2015 r., sygn. akt III KK 14/15):

„Miarodajna, legalizująca działanie lekarza zgoda pacjenta na wykonanie zabiegu leczniczego to taka zgoda, która stanowi wyraz jego własnej, świadomej (zarówno od strony zdolności psychofizycznej udzielającego zgody, jak i rozważenia niezbędnych jej przesłanek) oraz swobodnej i dobrowolnej (nieobciążonej wadą błędu, czy przymusu) decyzji.
2. Brak przy wykonywaniu zabiegu leczniczego któregokolwiek z elementów wypełniających istotę omawianej zgody oraz świadczących o samym fakcie jej udzielenia należy traktować jako równoznaczny z wykonaniem tego zabiegu bez zgody, wypełniającym znamię przestępstwa z art. 192 § 1 KK.
Określające typ przestępstwa z art. 192 § 1 KK znamię „bez zgody" ma w pewnym sensie charakter blankietowy. Wobec wielości udzielanych pacjentom świadczeń medycznych oraz wobec różnorodności unormowań zgody na czynności medyczne, jak też zniesienia jej wymogu w różnych regulacjach - niezbędne jest każdorazowe skonkretyzowanie treści tego znamienia w przepisach prawa medycznego, mających zastosowanie do ocenianego zdarzenia. Należy jednak zaznaczyć, że roztrząsane wyrażenie nie zawiera wyraźnego dookreślenia, iż zgoda, bez której działa lekarz, ma odpowiadać wymogom przewidzianym w przepisach ustawy, co dopiero pozwalałoby uznać, że bezprawne, w myśl art. 192 § 1 KK, jest niezachowanie wszelkich warunków prawidłowości zgody na interwencję medyczną, także odnoszących się do formy jej udzielenia."
Lekarz podczas badania kwalifikacyjnego winien obligatoryjnie przekazać (zgodnie z art. 25 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty) jasną i zrozumiałą, pisemną i ustną informację m.in. o:
1. celu, pełnym planie eksperymentu medycznego oraz ryzyku i korzyściach związanych z eksperymentem,

2. zakresie i długości trwania procedur, które mają być stosowane, w szczególności wszelkie uciążliwości i zagrożenia dla zdrowia uczestnika związane z jego udziałem w eksperymencie;
3. ustaleniach dotyczących sposobu reagowania na zdarzenia niepożądane oraz pytania i wątpliwości uczestnika;
4. zasadach dostępu do informacji istotnych dla uczestnika, uzyskanych podczas realizacji tego eksperymentu oraz do ogólnych jego wyników;
5. zasadach wypłaty odszkodowania w sytuacji powstania szkody;

Świadoma zgoda oznacza też akceptacje ryzyka jakie niesie ze sobą podanie szczepionki. Charakterystyka produktu leczniczego - szczepionki przeciwko SARS-Cov-2 zawiera szereg przeciwwskazań. Powikłania mogące wystąpić po podaniu szczepień wskazuje również załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ich rozpoznawania z dnia 21 grudnia 2010 r.

Dowód:
-rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r.

W związku z powyższym nie ma możliwości wyrażenia świadomej zgody.
Przytoczyć w tym miejscu należy, że w tym wieku człowiek podatny jest na sugestie, zwłaszcza jeżeli zachęca, go osoba będąca autorytetem. Mają Państwo silną moc oddziaływania na swoich uczniów, wobec czego powinni Państwo z dużą dozą ostrożności podchodzić do zachęcania uczniów do wykonania szczepienia, które jest eksperymentem medycznym zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Uporczywe zachęcanie małoletnich do wykonania dobrowolnego zabiegu medycznego nosi znamiona przestępstwa zmuszania opisanego w art. 190a kk.

Dobrem chronionym przez art. 190a kk jest wolność człowieka i prawo do życia wolnego od jakiejkolwiek formy zmuszania. Nękanie należy rozumieć jako wielokrotne powtarzające się prześladowanie wyrażające się w podejmowaniu różnych naprzykrzających się czynności, które to czynności mogą być legalne jeśli oceniane mają być pojedynczo.

Długotrwałe propagowanie określonego zachowania nosi znamiona uporczywego nękania.

Wobec wymienionych faktów, należy kwestie dotyczącą szczepień pozostawić całkowicie w zakresie wolnej i

w żaden sposób niewymuszanej decyzji przedstawicieli ustawowych małoletnich dzieci.

Proszę zważyć również, że akcje promujące szczepienia przyczynią się do niedopuszczalnej segregacji uczniów. Nie wszyscy mogą się zaszczepić i nie wszyscy będą chcieli, co jest oczywiście dopuszczalne. Propagując szczepienia przyczyniają się Państwo do pojawienia się dyskryminacji wśród dzieci i młodzieży.

Dodatkowo negatywnie na rozwój i wychowanie dzieci wpływa nauczanie zdalne. Prosimy o przemyślenie powrotu do zajęć w trybie stacjonarnym od przyszłego roku szkolnego z uwagi na dobro dzieci.

Obserwując sytuację polskich uczniów w mijającym roku szkolnym 2020/21, jako lekarze opiekujący się rodzinami naszych pacjentów oraz jako rodzice i członkowie rodzin wyrażamy również swoje zaniepokojenie skutkami zdalnego nauczania. Izolacja społeczna, brak kontaktów z rówieśnikami oraz wielogodzinne wpatrywanie się w ekran komputera stanowią dla rozwijającego się mózgu ogromne zagrożenie, na które w swoich pracach naukowych wskazuje m.in. wybitny naukowiec z dziedziny Neurofizjologii Prof Manfred Spitzer z Uniwersytetu we Fryburgu.

Uważamy, że wobec faktu, że dzieci rzadko chorują na Covid-19 i nie uczestniczą w transmisji wirusa, decyzje o zamykaniu szkół dla uczniów były nieuzasadnione i szkodliwe dla dzieci i młodzieży.

Apelujemy zatem do władz oświatowych, dyrektorów szkół, rad rodziców, kuratoriów, organów samorządów, aby dołożyć wszelkich starań, aby sytuacja zdalnego nauczania, która demoluje polską oświatę więcej się nie powtórzyła.

Prosimy głęboko przemyśleć swoje postępowanie, mające wpływ na wielu młodych ludzi.

Załączamy także link do raportu prezentującego wybrane, ilościowe aspekty tragicznych skutków „walki" z wirusem covid-19 w Polsce w okresie od marca 2020 do maja 2021. Raport ten oparty jest na danych urzędów państwowych.
http://psnlin.pl/dokumenty/Prawdziwa_tragedia_narodu_polskiego_2020_2021_walka_z_covid_19.pdf

Z poważaniem,

W imieniu Polskiego Stowarzyszenia Niezależnych Lekarzy i Naukowców

dr n. med. Dorota Sienkiewicz
specjalista chorób dzieci
specjalista rehabilitacji medycznej
3002391

dr n. med. Dorota Sienkiewicz
Prezes PSNLiN

Lek. med. Piotr Rossudowski
3064723

lek. med. Piotr Rossudowski
Wiceprezes PSNLiN

INFORMACJA UZUPEŁNIAJĄCA Z DNIA 28.06.2021
W związku z wątpliwościami jakie wywołała u Państwa przytoczona przez nas wypowiedź dr hab. n.med. Ernesta Kuchara z maja 2020r. na temat wieloukładowego zespołu zapalnego u dzieci (PIMS - Pediatric Inflammatory Multisystem Syndrome) jako powikłania Covid-19, wyjaśniamy:

Aktualna liczba przypadków PIMS u dzieci w Polsce podana na stronie: *https://pimsudzieci.pl/pims-w-polsce* na dzień 11.06.2021 wynosi 366 - wg kryteriów WHO oraz 444 – wg polskiej definicji przypadku . Roznica polega na tym, że wg definicji WHO konieczne jest wykazanie ekspozycji na SARS COV-2: albo poprzez udokumentowane zachorowanie dziecka lub kontakt z osobą zakażoną, albo poprzez stwierdzenie dodatniego wyniku badania laboratoryjnego: testu PCR, testu antygenowego lub obecności przeciwciał. W polskiej definicji kryterium to nie jest obligatoryjne.
Z wymienionych powyżej przypadków zachorowań - 7,7% dzieci wymagało leczenia w warunkach oddziału intensywnej opieki medycznej. Nie podano by jakiekolwiek dziecko zmarło.
Ze względu na brak dostępnych danych epidemiologicznych dotyczących zachorowalności dzieci w Polsce na Covid-19, trudno jest ocenić, jaki procent tej populacji dotyczy wieloukładowy zespół zapalny.

Według danych amerykańskich National Center for Health Statistics (May 5, 2021) dla dzieci ryzyko względne wystąpienia wieloukładowego zespołu zapalnego jest bardzo niskie.
https://childrenshealthdefense.org/wp-content/uploads/FDA-2021-P-0460-0001_attachment_1.pdf

STOWARZYSZENIE PRAWNIKÓW
GŁOS WOLNOŚCI

Katowice, dnia 9 grudnia 2021 r.

OPINIA PRAWNA

Czy szczepienia przeciwko COVID-19 stosowane w ramach Narodowego Programu Szczepień są eksperymentem medycznym?

I. Przedmiot opinii

Przedmiotem niniejszej opinii, sporządzonej przez prawników ze Stowarzyszenia Prawników Głos Wolności z siedzibą w Katowicach, jest udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy szczepienia przeciwko COVID-19 stosowane w ramach Narodowego Programu Szczepień są eksperymentem medycznym.

W opinii przedstawiono kolejno: podstawę prawną i faktyczną rozważań (pkt II i III niżej), analizę (pkt IV niżej) oraz wnioski (pkt V).

II. Podstawa prawna

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.), zwana dalej "Konstytucją RP";
- ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 2021.790, t.j. z dnia 28.04.2021 r.), zwana dalej "U.z.l.";
- ustawa z dnia 6 września 2001 roku - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. 2021.974, t.j. z dnia 28.05.2021 r.), zwana dalej "Prawem farmaceutycznym"
- ROZPORZĄDZENIE KOMISJI (WE) NR 507/2006 z dnia 29 marca 2006 r. w sprawie warunkowego dopuszczenia do obrotu produktów leczniczych stosowanych u ludzi wchodzących w zakres rozporządzenia (WE) nr 726/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady, zwane dalej „Rozporządzeniem KOMISJI (WE) NR 507/2006 z dnia 29 marca 2006 r."

STOWARZYSZENIE PRAWNIKÓW
GŁOS WOLNOŚCI

III. Stan faktyczny

W przestrzeni publicznej, w tym na stronach rządowych oraz w oficjalnych komunikatach podawanych przez media wskazuje się, że szczepienia przeciw COVID-19 prowadzone w ramach Narodowego Programu Szczepień nie stanowią eksperymentu medycznego w rozumieniu U.z.l. oraz Prawa farmaceutycznego. Tym samym, powstała konieczność zweryfikowania, czy rzeczywiście ww. komunikaty medialne znajdują potwierdzenie w obowiązujących przepisach prawa.

IV. Analiza merytoryczna

A. Pojęcie eksperymentu medycznego w U.z.l. oraz w Konstytucji RP

W pierwszej kolejności należy wskazać, w jaki sposób prezentuje się w sensie jurydycznym pojęcie eksperymentu medycznego.

Zgodnie z art. 21 ust. 1 U.z.l. eksperyment medyczny przeprowadzany na ludziach może być **eksperymentem leczniczym** albo **eksperymentem badawczym**.

Zgodnie z art. 21 ust.2 U.z.l. **eksperymentem leczniczym** jest wprowadzenie nowych albo tylko częściowo wypróbowanych metod diagnostycznych, leczniczych lub profilaktycznych w celu osiągnięcia bezpośredniej korzyści dla zdrowia osoby chorej. Może on być przeprowadzony, jeżeli dotychczas stosowane metody nie są skuteczne albo jeżeli ich skuteczność nie jest wystarczająca. Udział w eksperymencie leczniczym kobiet ciężarnych wymaga szczególnie wnikliwej oceny związanego z tym ryzyka dla matki i dziecka poczętego.

Zgodnie z art. 21 ust. 3 U.z.l. **eksperyment badawczy** ma na celu przede wszystkim rozszerzenie wiedzy medycznej. Może być on przeprowadzany zarówno na osobie chorej, jak i zdrowej. Przeprowadzenie eksperymentu badawczego jest dopuszczalne, gdy uczestnictwo w nim nie jest związane z ryzykiem albo też ryzyko jest minimalne i nie pozostaje w dysproporcji do możliwych pozytywnych rezultatów takiego eksperymentu.

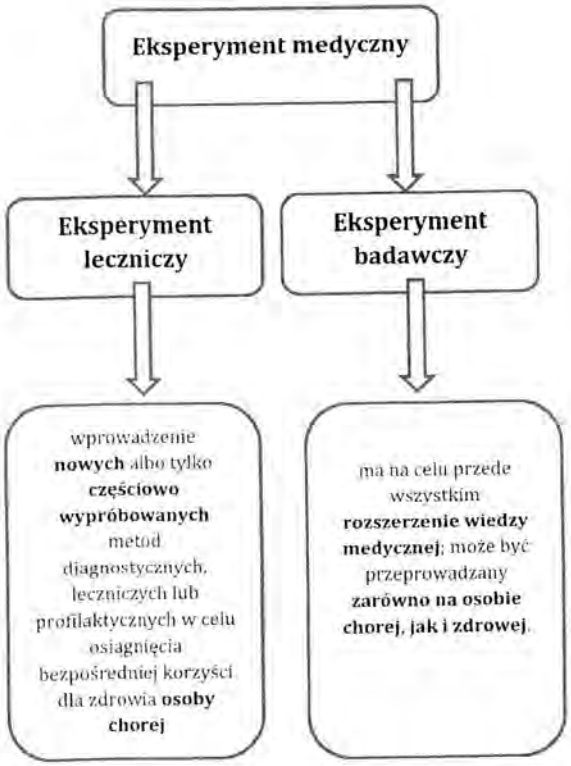
Ponadto, zgodnie z art. 22 U.z.l. eksperyment medyczny może być przeprowadzany, jeżeli spodziewana korzyść lecznicza lub poznawcza ma istotne znaczenie, a przewidywane osiągnięcie tej korzyści oraz celowość i sposób przeprowadzania eksperymentu są zasadne w świetle aktualnego stanu wiedzy i zgodne z zasadami etyki zawodu medycznego.

Załącznik nr 12

Zgodnie z art. 39 Konstytucji RP nikt nie może być poddany eksperymentom naukowym, w tym medycznym, bez dobrowolnie wyrażonej zgody. Co więcej, zgodnie z art. 23 a) ust. 1 pkt 3 U.z.l. **zabrania się przeprowadzania eksperymentu badawczego na żołnierzu i innej osobie pozostającej w zależności hierarchicznej ograniczającej swobodę dobrowolnego wyrażania zgody.**

Wskazane w tym przepisie pojęcie "eksperymentu medycznego" jest w powszechnie obowiązującej wykładni rozumiane jako rodzaj eksperymentu naukowego najsilniej ingerującego w integralność psychofizyczną człowieka, który służy bezpośrednio ratowaniu życia ludzkiego, a jego potencjalne korzyści mają dotknąć osobę poddaną temu eksperymentowi. Może on zostać przeprowadzony, jeżeli dotychczasowe metody lecznicze są nieskuteczne lub skuteczne w stopniu niewystarczającym. (Tuleja Piotr (red.), Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz, wyd. II).

Na uwagę zasługuje także pojęcie pojawiające się w art. 2 pkt 2 Prawa farmaceutycznego, mówiące o badaniu klinicznym, gdzie z definicji tego pojęcia wynika jednoznacznie, że jest ono przeprowadzane z udziałem ludzi i jego celem jest zbadanie lub potwierdzenie działalności skutków farmakologicznych produktu leczniczego, zaś sam produkt leczniczy obejmuje swoim zakresem również wszelkiego rodzaju szczepionki, co wynika z treści definicji produktu leczniczego, zgodnie z art. 2 pkt 30 w zw. z art. 2 pkt 32 Prawa farmaceutycznego.



Zgodnie z art. 39 Konstytucji RP ***nikt nie może być poddany eksperymentom naukowym, w tym medycznym, bez dobrowolnie wyrażonej zgody***.

Wskazane w tym przepisie pojęcie "eksperymentu medycznego" jest w powszechnie obowiązującej wykładni rozumiane jako rodzaj eksperymentu naukowego najsilniej ingerującego w integralność psychofizyczną człowieka, który **służy bezpośrednio ratowaniu życia ludzkiego**, a jego potencjalne korzyści mają dotknąć osobę poddaną temu eksperymentowi. Może on zostać przeprowadzony, jeżeli dotychczasowe metody lecznicze są nieskuteczne lub skuteczne w stopniu niewystarczającym. (Tuleja Piotr (red.), Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz, wyd. II).

Konstytucja RP, choć chroni wolność prowadzenia badań naukowych (art. 73 Konstytucji RP), nie traktuje jej jako wolności absolutnej, a jej granice wyznacza między innymi obowiązek poszanowania godności człowieka (art. 30 Konstytucji RP). Godność ta w różnych zresztą aspektach mogłaby zostać naruszona przez eksperymenty naukowe i medyczne sprowadzające człowieka jedynie do roli przedmiotu tych badań.

B. Brak zakończonych badań klinicznych nad szczepionkami przeciwko COVID-19

Ocenę, czy szczepienia przeciwko COVID-19 są eksperymentem medycznym, czy też nie, należy rozpocząć od analizy art. 2 pkt 2 oraz art. 37a ust. 2 Prawa farmaceutycznego, zgodnie z którymi:

Art. 2 pkt 2 Prawa farmaceutycznego:

Badaniem klinicznym jest każde badanie prowadzone z udziałem ludzi w celu **odkrycia lub potwierdzenia klinicznych, farmakologicznych, w tym farmakodynamicznych skutków działania jednego lub wielu badanych produktów leczniczych**, lub w celu zidentyfikowania działań niepożądanych jednego lub większej liczby badanych produktów leczniczych, lub śledzenia wchłaniania, dystrybucji, metabolizmu i wydalania jednego lub większej liczby badanych produktów leczniczych, mając na względzie ich bezpieczeństwo i skuteczność.

Art. 37 a ust. 2 Prawa farmaceutycznego

Badanie kliniczne produktu leczniczego jest eksperymentem medycznym z użyciem produktu leczniczego przeprowadzanym na ludziach w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2021 r. poz. 790 i 1559), zwanej dalej "ustawą o zawodzie lekarza".

Tym samym, ocena prawna Narodowego Programu Szczepień musi uwzględniać, czy badania kliniczne nad szczepionkami przeciw COVID-19 zostały zakończone, czy też nie.

Należy zatem sięgnąć do Charakterystyki Produktu Leczniczego (CHPL) szczepionek przeciwko COVID-19.

- Według informacji wynikających z Charakterystyki Produktu Leczniczego (CHPL) firmy **Pfizer** znajdującej się na str. 15 wynika, że:

*„W celu potwierdzenia skuteczności i bezpieczeństwa stosowania produktu leczniczego Comirnaty, podmiot odpowiedzialny powinien przedłożyć **raport końcowy z badania klinicznego** dla randomizowanego, z grupą kontrolną otrzymującą placebo, prowadzonego metodą ślepej próby wobec obserwatora badania C4591001. **Termin: do grudnia 2023 r.**"*

- Według informacji wynikających z Charakterystyki Produktu Leczniczego (CHPL) firmy **Moderna** znajdującej się na str. 15 wynika, że:

*„W celu potwierdzenia skuteczności i bezpieczeństwa stosowania COVID-19 Vaccine Moderna podmiot odpowiedzialny powinien przedłożyć **raport końcowy z badania klinicznego** dotyczący randomizowanego, kontrolowanego placebo, zaślepionego dla obserwatora badania klinicznego o numerze mRNA-1273-P301. **Termin: do grudnia 2022 r.**"*

- Według informacji wynikających z Charakterystyki Produktu Leczniczego (CHPL) firmy **Janssen** znajdującej się na str. 20 wynika, że:

*„W celu potwierdzenia skuteczności i bezpieczeństwa stosowania szczepionki Ad26.COV2.S przeciw COVID-19, podmiot odpowiedzialny powinien przedstawić **końcowe sprawozdanie** z randomizowanego, kontrolowanego placebo badania VAC31518COV3001 z zastosowaniem ślepej próby wobec obserwatora. **Termin: 31 grudnia 2023 r.**"*

- Według informacji wynikających z Charakterystyki Produktu Leczniczego (CHPL) firmy **AstraZeneca** znajdującej się na str. 19 wynika, że:

*„W celu potwierdzenia skuteczności i bezpieczeństwa stosowania szczepionki COVID-19 Vaccine AstraZeneca, podmiot odpowiedzialny powinien złożyć **ostateczne raporty końcowe** (ang. Clinical Study Reports, CSR) z randomizowanych, kontrolowanych badań klinicznych COV001, COV002, COV003 i COV005. **Termin: 31 maja 2022 r.**"*

Z powyższych informacji bezsprzecznie wynika, że raporty końcowe dotyczące potwierdzenia skuteczności i bezpieczeństwa stosowania szczepionek przeciwko COVID-19 zostaną dopiero złożone. Tym samym, nie zakończono badań klinicznych nad ich stosowaniem.

C. Warunkowe dopuszczenie do obrotu szczepionek przeciw COVID-19

Ponadto, wszystkie szczepionki przeciw COVID-19, wyprodukowane przez firmy BionTech-Pfizer, Moderna, Astrazeneca oraz Johnson and Johnson (Janssen) zostały objęte **warunkowym pozwoleniem na dopuszczenie do obrotu**, co oznacza, że są one stosowane jako szczepionki, których skutki farmakologiczne nie są do końca znane.

Pozwolenie na warunkowe dopuszczenie do obrotu wydawane jest w oparciu o ROZPORZĄDZENIE KOMISJI (WE) NR 507/2006 z dnia 29 marca 2006 r. w sprawie warunkowego dopuszczenia do obrotu produktów leczniczych stosowanych u ludzi wchodzących w zakres rozporządzenia (WE) nr 726/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady, zgodnie z którym:

- W przypadku niektórych kategorii produktów leczniczych, aby spełnić niezaspokojone potrzeby lecznicze pacjentów oraz na rzecz zdrowia publicznego, może okazać się niezbędne przyznanie pozwoleń na dopuszczenie do obrotu **na podstawie mniej kompletnych danych niż ma to miejsce zazwyczaj** i przy zachowaniu szczególnych zobowiązań; takie pozwolenie jest dalej zwane "warunkowym pozwoleniem na dopuszczenie do obrotu" (pkt 2 Rozporządzenia KOMISJI (WE) NR 507/2006 z dnia 29 marca 2006 r.)
- Pomimo że dane, na których oparta jest opinia w sprawie warunkowego pozwolenia na dopuszczenie do obrotu, **mogą być mniej kompletne**, stosunek korzyści do ryzyka, jak określono w art. 1 pkt 28 lit. a) dyrektywy 2001/83/WE, powinien być dodatni. Ponadto korzyści dla zdrowia publicznego wynikające z natychmiastowej dostępności na rynku produktu leczniczego, którego to dotyczy, **powinny przewyższać ryzyko związane z faktem, że wciąż wymagane są dodatkowe dane** (pkt 3 Rozporządzenia KOMISJI (WE) NR 507/2006 z dnia 29 marca 2006 r.)
- **Niezbędne jest, by pozwolenia na dopuszczenie do obrotu podlegały szczególnym zobowiązaniom**. Podmiot odpowiedzialny powinien być zobowiązany do **uzupełnienia lub podjęcia pewnych badań mających na celu potwierdzenie, że stosunek korzyści do ryzyka jest dodatni**, a także do rozwiązania wszelkich kwestii dotyczących jakości, bezpieczeństwa i skuteczności produktu (pkt 5 Rozporządzenia KOMISJI (WE) NR 507/2006 z dnia 29 marca 2006 r.)
- Zgodnie z rozporządzeniem (WE) nr 726/2004 warunkowe pozwolenia na dopuszczenie do obrotu **będą ważne przez rok z możliwością odnowienia** (pkt 9 Rozporządzenia KOMISJI (WE) NR 507/2006 z dnia 29 marca 2006 r.)

- **Pacjentom i specjalistom z zakresu opieki zdrowotnej należy dostarczyć jednoznaczne informacje dotyczące warunkowego charakteru pozwoleń**. Niezbędne jest zatem, aby takie informacje były wyraźnie podane w charakterystyce produktu leczniczego, a także w ulotce informacyjnej dołączonej do produktu leczniczego (pkt 10 Rozporządzenia KOMISJI (WE) NR 507/2006 z dnia 29 marca 2006 r.)

Zgodnie z art. 4 Rozporządzenia KOMISJI (WE) NR 507/2006 z dnia 29 marca 2006 r.:

> Warunkowe pozwolenie na dopuszczenie do obrotu może zostać przyznane, jeżeli Komitet uzna, że **mimo iż wyczerpujące dane kliniczne dotyczące bezpieczeństwa i skuteczności produktu leczniczego nie zostały dostarczone**, spełnione są łącznie następujące wymagania:
>
> a) stosunek korzyści do ryzyka produktu leczniczego, jak określono w art. 1 pkt 28 lit. a) dyrektywy 2001/83/WE, jest dodatni;
> b) prawdopodobne jest, że wnioskodawca będzie w stanie dostarczyć wyczerpujące dane kliniczne;
> c) niezaspokojone potrzeby medyczne zostaną spełnione;
> d) korzyści dla zdrowia publicznego wynikające z natychmiastowej dostępności na rynku danego produktu leczniczego przewyższają ryzyko związane z faktem, że wymagane są dodatkowe dane.

Warunkowy charakter dopuszczenia szczepionek do obrotu oraz wskazywane przez samą Komisję Europejską ryzyko powikłań rodzi wątpliwości natury prawnej w aspekcie sposobu przeprowadzania szczepień przeciwko COVID-19. W szczególności chodzi o dwie kwestie, tj.: o **pełną wiedzę pacjentów w zakresie możliwości powstania negatywnych odczynów poszczepiennych (NOP)** oraz o **wyrażenie w powyższym aspekcie świadomej zgody pacjentów na przyjęcie szczepionki.**

Zgoda na przeprowadzenie eksperymentu powinna być wyrażona zawsze indywidualnie, nawet gdyby eksperymenty medyczne dotyczyły łącznie pewnej grupy osób. Rzecz jasna, zgoda ta powinna nastąpić po udzieleniu informacji o szansach i zagrożeniach związanych z eksperymentem leczniczym. Racjonalne i zgodne z Konstytucją RP wydają się postanowienia U.z.l. przewidujące wymóg pisemnej zgody osoby badanej mającej w nim uczestniczyć, a w razie niemożności wyrażenia pisemnej

zgody - wyrażenie zgody ustnie złożone w obecności dwóch świadków. Tak wyrażona zgoda powinna być odnotowana w dokumentacji lekarskiej.[1]

D. Badanie kliniczne a badanie nieinterwencyjne

W literaturze przedmiotu pojawił się pogląd, że skoro zgodnie z art. 37 al pkt 4 Prawa farmaceutycznego przepisów rozdziału 2a Prawa farmaceutycznego pt. „Badania kliniczne produktów leczniczych" nie stosuje się do badań **przeprowadzanych po wydaniu pozwolenia na dopuszczenie do obrotu** oraz **badań nieinterwencyjnych**, to szczepienia przeciwko COVID-19 nie są eksperymentem medycznym.

Wynika to z błędnego założenia, że szczepionki przeciwko COVID-19 są tzw. badaniem nieinterwencyjnym, co powoduje zwolnienie ich od wymogów stawianych badaniu klinicznemu. Szczepionki przeciwko COVID-19 są powszechnie stosowane, pomimo że wciąż **nie są znane ostatecznie skutki ich przyjęcia**, jak również stosuje się je **wyłącznie na osobach zdrowych**. Co więcej doktryna wskazuje, że ze względu na szeroką definicję eksperymentu badawczego (będącego rodzajem eksperymentu medycznego) badania nieinterwencyjne, mimo że nie są badaniami klinicznymi, mogą wypełniać dyspozycję definicji eksperymentu badawczego zawartą w art. 21 ust. 3 U.z.l. W konsekwencji do takich badań znajdowałby zastosowanie art. 29 U.z.l., przewidujący wymóg uzyskania pozytywnej opinii niezależnej komisji bioetycznej. [2]

Kolejnym argumentem wskazującym, że Narodowy Program Szczepień spełnia przesłanki eksperymentu medycznego, jest ciągle istniejąca niepewność co skutków stosowania szczepionek przeciw COVID-19. Na przykładzie firmy Pfizer można wskazać, że wciąż brakuje informacji, jaki wpływ szczepionka ta ma na zdrowie **kobiet w ciąży** oraz także w jaki sposób wpływa (lub czy w ogóle) na mleko matki. Ponadto nie sposób określić, jakie skutki zostaną wywołane szczepieniem w stosunku do **osób o obniżonej odporności**.

[1] M. Haczkowska, R. Balicki, M. Bartoszewicz, K. Complak, A. Lawniczak, M. Masternak-Kubiak [w:] M. Haczkowska, R. Balicki, M. Bartoszewicz, K. Complak, A. Lawniczak, M. Masternak-Kubiak, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2014, art. 39.
[2] Olszewski Wojciech L. (red.), *Prawo farmaceutyczne. Komentarz*

E. Kwestionariusz wypełniany przed podaniem szczepionki przeciwko COVID-19

Zgodnie z art. 37 b ust. 2 pkt 2 Prawa farmaceutycznego badanie kliniczne przeprowadza się, uwzględniając, że:

- prawa
- bezpieczeństwo
- zdrowie i dobro uczestników badania klinicznego

są **nadrzędne w stosunku do interesu nauki oraz społeczeństwa**, jeżeli w szczególności:

- uczestnik badania klinicznego, a w przypadku gdy osoba ta nie jest zdolna do wyrażenia świadomej zgody - jej przedstawiciel ustawowy, podczas przeprowadzonej przed badaniem klinicznym rozmowy z badaczem lub z członkiem jego zespołu, **zapoznali się z celami, ryzykiem i niedogodnościami związanymi z tym badaniem klinicznym** oraz warunkami, w jakich ma ono zostać przeprowadzone, a także zostali poinformowani o **przysługującym ich prawie do wycofania się z badania klinicznego w każdej chwili**;

Dokonując wykładni art. 37b ust. 2 pkt 2 Prawa farmaceutycznego, należy zwrócić uwagę na to, jaka jest relacja tego przepisu w stosunku do kwestionariusza, który każda osoba poddana szczepieniu przeciw COVID-19 musi wypełnić i opatrzyć swoim własnoręcznym podpisem. Kwestionariusz ten mówi **wyłącznie o ocenie ryzyka wystąpienia powikłań poszczepiennych**, jednakże nie jest to wystarczające, aby można było mówić o spełnieniu przesłanek, o których mowa w powyższym przepisie.

Składają się na nie:

- świadoma zgoda pacjenta (uczestnika badania klinicznego), która bezpośrednio wiąże się z uświadomieniem o celach, ryzyku i niedogodnościach związanych z danym badaniem oraz o warunkach w jakich zostanie przeprowadzone
- przestrzeganie prawa uczestnika badania klinicznego do zapewnienia jego integralności fizycznej i psychicznej, prywatności oraz ochrony danych osobowych
- możliwość wycofania się uczestnika z badania klinicznego
- uprzednie zawarcie pomiędzy sponsorem i badaczem umowę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z prowadzeniem badania klinicznego.

Żaden kwestionariusz wypełniany przed podaniem szczepionki przeciwko COVID-19 takich informacji nie zawiera.

V. Wnioski

Porównując zasady dotyczące przeprowadzania eksperymentu medycznego, wynikające z Prawa farmaceutycznego oraz U.z.l. z Narodowym Programem Szczepień, zasadne jest uznanie, że w przypadku tego programu mamy do czynienia z eksperymentem medycznym.

Wynika to z faktu, że badania nad określeniem skutków działalności szczepionek przeciw COVID-19 wciąż nie zostały zakończone. Ponadto, odpowiednie instytucje międzynarodowe jak Europejska Agencja Leków zastosowały uproszczoną procedurę warunkowego dopuszczenia do obrotu szczepień przeciwko COVID-19, pomimo braku zakończenia badań klinicznych nad tymi produktami. Uczyniono to po to, by umożliwić zastosowanie tych produktów na szeroką skalę.

Z definicji eksperymentu medycznego wskazanej w art. 39 Konstytucji RP, w art. 21 U.z.l. oraz w art. 2 pkt 2 w zw. z art. 37a ust.2 Prawa farmaceutycznego jednoznacznie wynika, że przeprowadzenie masowej akcji szczepień za pomocą szczepionek przeciw COVID-19 wypełnia definicję eksperymentu medycznego (w tym badawczego, ponieważ jego cele są zbieżne z celami, które stawiają sobie instytucje prowadzące masową akcję szczepień przeciw COVID-19).

Niewątpliwie, wszystkie dostępne w chwili obecnej szczepionki przeciwko COVID-19 ingerują w integralność zarówno psychiczną jak i fizyczną człowieka, gdyż powodują bezpośrednią styczność organizmu z dawką szczepionki i bezpośrednio na niego wpływają. Nie są przy tym znane skutki tych szczepionek dla szerokiego grona osób. Nie oceniano skuteczności, bezpieczeństwa stosowania ani immunogenności szczepionek u osób z obniżoną odpornością, w tym u pacjentów otrzymujących leczenie immunosupresyjne. Istnieje tylko ograniczone doświadczenie dotyczące stosowania szczepionek u kobiet w okresie ciąży, nie wiadomo, czy szczepionki przenikają do mleka ludzkiego. Nie przeprowadzono również żadnych badań nad genotoksycznością ani rakotwórczością szczepionek przeciwko COVID-19.

RADCA PRAWNY
Renata Stasińska-Miasojć

ADWOKAT
Katarzyna Kozak-Kozłowska

RADCA PRAWNY
Michał Cierzniecki

RADCA PRAWNY
Jacek Blaszkowski

Radca Prawny
Izabela Stefańska-Nogal

Jolanta Mielolska
RADCA PRAWNY



STOWARZYSZENIE PRAWNICZE
GŁOS WOLNOŚCI

RADCA PRAWNY
Paweł Nogal

Joanna Kapczyńska
ADWOKAT

Radca Prawny
Wojciech Michałowski

Dr nauk prawnych
Paweł Błażejczyk

apl. radc. Agnieszka Justyńska

Załącznik nr 13

Wynik badań o szkodliwości "szczepionek" mRNA z renomowanego czasopisma medycznego Circulation, oraz komentarz znanego Kardiologa Brytyjskiego Dr Aseem Malhotra:

ABSTRACT 10712 i INNE BADANIA / + INFORMACJE OD ZNANEGO KARDIOLOGA BRYTYJSKIEGO Dr ASEEM MALHORTA:

https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/circ.144.suppl_1.10712

Abstract 10712: Mrna COVID Vaccines Dramatically Increase Endothelial Inflammatory Markers and ACS Risk as Measured by the PULS Cardiac Test: a Warning

Steven R Gundry

Originally published8 Nov 2021Circulation. 2021;144:A10712

- This article has an expression of concern

Abstract

Our group has been using the PULS Cardiac Test (GD Biosciences, Inc. Irvine, CA) a clinically validated measurement of multiple protein biomarkers which generates a score predicting the 5 yr risk (percentage chance) of a new Acute Coronary Syndrome (ACS). The score is based on changes from the norm of multiple protein biomarkers including IL-16, a proinflammatory cytokine, soluble Fas, an inducer of apoptosis, and Hepatocyte Growth Factor (HGF)which serves as a marker for chemotaxis of T-cells into epithelium and cardiac tissue, among other markers. Elevation above the norm increases the PULS score, while decreases below the norm lowers the PULS score.The score has been measured every 3-6 months in our patient population for 8 years. Recently, with the advent of the mRNA COVID 19 vaccines (vac) by Moderna and Pfizer, dramatic changes in the PULS score became apparent in most patients.This report summarizes those results. A total of 566 pts, aged 28 to 97, M:F ratio 1:1 seen in a preventive cardiology practice had a new PULS test drawn from 2 to 10 weeks following the 2nd COVID shot and was compared to the previous PULS score drawn 3 to 5 months previously pre- shot. Baseline IL-16 increased from 35=/-20 above the norm to 82 =/- 75 above the norm post-vac; sFas increased from 22+/- 15 above the norm to 46=/-24 above the norm post-vac; HGF increased from 42+/-12 above the norm to 86+/-31 above the norm post-vac. These changes resulted in an increase of the PULS score from 11% 5 yr ACS risk to 25% 5 yr ACS risk. At the time of this report, these changes persist for at least 2.5 months post second dose of vac.We conclude that the mRNA vacs dramatically increase inflammation on the endothelium and T cell infiltration of cardiac muscle and may account for the observations of increased thrombosis, cardiomyopathy, and other vascular events following vaccination.

Nasza grupa korzysta z testu kardiologicznego PLUS (GD Biosciences, Inc. Irvine, Kalifornia), klinicznie potwierdzonego pomiaru wielu biomarkerów białkowych, który generuje wynik przewidujący 5-letnie ryzyko (procent szans) nowego ostrego zespołu wieńcowego (ACS). Punktacja opiera się na zmianach w stosunku do normy wielu biomarkerów białkowych, w tym IL-16, cytokiny prozapalnej, rozpuszczalnego Fas, induktora apoptozy oraz czynnika wzrostu hepatocytów (HGF), który służy jako marker chemotaksji komórek T do nabłonka i tkanki sercowej, między innymi markerami. Wzrost powyżej normy zwiększa wynik PULS, podczas gdy spadek poniżej normy obniża wynik PULS. Wynik mierzy się co 3-6 miesięcy w naszej populacji pacjentów przez 8 lat. Ostatnio, wraz z pojawieniem się szczepionek mRNA COVID 19 (vac) firm Moderna i Pfizer, u większości pacjentów widoczne były dramatyczne zmiany w punktacji PULS. Niniejszy raport podsumowuje te wyniki. Łącznie 566 pacjentów w wieku od 28 do 97 lat, stosunek M:F 1:1, obserwowany w praktyce kardiologii profilaktycznej, miało nowy test PULS wykonany od 2 do 10 tygodni po drugim szczepieniu na COVID i porównany z poprzednim wylosowanym wynikiem PULS 3 do 5 miesięcy wcześniej. Poziom wyjściowy IL-16 wzrósł z 35=/-20 powyżej normy do 82=/-75 powyżej normy po szczepieniu; sFas wzrósł z 22 +/- 15 powyżej normy do 46=/-24 powyżej normy po szczepieniu; HGF wzrósł z 42 +/- 12 powyżej normy do 86 +/- 31 powyżej normy po szczepieniu. Zmiany te spowodowały wzrost punktacji PULS z 11% 5-letniego ryzyka ACS do 25% 5-letniego ryzyka ACS. W momencie publikacji niniejszego raportu zmiany te utrzymują się przez co najmniej 2,5 miesiąca po podaniu drugiej dawki szczepionki. Dochodzimy do wniosku, że szczepionki zawierające mRNA dramatycznie zwiększają stan zapalny śródbłonka i naciek limfocytów T mięśnia sercowego i mogą wyjaśniać obserwacje nasilonej zakrzepicy, kardiomiopatia i inne zdarzenia naczyniowe po szczepieniu

Komentarz do tego badania Dr Aseem Malhorta

https://www.youtube.com/watch?v=0nj8gGhfR2s

Prestiżowe ośrodki kardiologiczne w Wielkiej Brytanii mają podobne wyniki, jednak nie publikują ich, ponieważ boją się utraty pieniędzy z firm farmaceutycznych.

Załącznik nr 1

Załącznik nr 14

DOWODY NA TO, ŻE ISTNIEJĄ SKUTECZNE METODY TERAPII CHOROBY GRYPOPODOBNEJ ZWANEJ COVID-19 ORAZ DOWODY NA TO ŻE TA SKUTECZNA TERAPIA JEST BLOKOWANA POPRZEZ PROPAGANDĘ GŁÓWNYCH MEDIÓW:

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33795896/

COVID-19: The Ivermectin African Enigma

Rodrigo Guerrero [1], Luis Eduardo Bravo [2, 1], Edgar Muñoz [3], Elvia Karina Grillo Ardila [3], Esteban Guerrero [3]

Affiliations

- PMID: **33795896**
- PMCID: PMC7968425
- DOI: 10.25100/cm.v51i4.4613

Free PMC article

Abstract

in English, Spanish

Introduction: The low frequency of cases and deaths from the SARS-CoV-2 COVID-19 virus in some countries of Africa has called our attention about the unusual behavior of this disease. The ivermectin is considered a drug of choice for various parasitic and viral diseases and shown to have in vitro effects against SARS-CoV-2.

Aims: Our study aimed to describe SARS-CoV2 infection and death rates in African countries that participated in an intensive Ivermectin mass campaign carried out to control onchocerciasis and compare them with those of countries that did not participate.

Methods: Data from 19 countries that participated in the World Health Organization (WHO) sponsored African Programme for Onchocerciasis Control (APOC), from 1995 until 2015, were compared with thirty-five (Non-APOC), countries that were not included. Information was obtained from https://www.worldometers.info/coronavirus/ database. Generalized Poisson regression models were used to obtain estimates of the effect of APOC status on cumulative SARS-CoV-2 infection and mortality rates.

Results: After controlling for different factors, including the Human Development Index (HDI), APOC countries (vs. non-APOC), show 28% lower mortality (0.72; 95% CI: 0.67-0.78) and 8% lower rate of infection (0.92; 95% CI: 0.91-0.93) due to COVID-19.

Conclusions: The incidence in mortality rates and number of cases is significantly lower among the APOC countries compared to non-APOC countries. That a mass public health preventive campaign against COVID-19 may have taken place, inadvertently, in some African countries with massive community ivermectin use is an attractive hypothesis. Additional studies are needed to confirm it.

Results: After controlling for different factors, including the Human Development Index (HDI), APOC countries (vs. non-APOC), show 28% lower mortality (0.72; 95% CI: 0.67-0.78) and 8% lower rate of infection (0.92; 95% CI: 0.91-0.93) due to COVID-19.

Conclusions: The incidence in mortality rates and number of cases is significantly lower among the APOC countries compared to non-APOC countries. That a mass public health preventive campaign against COVID-19 may have taken place, inadvertently, in some African countries with massive community ivermectin use is an attractive hypothesis. Additional studies are needed to confirm it.

Keywords: COVID-19; Onchocerciasis; albendazole; confounding factors epidemiologic; coronavirus 2; coronavirus infections; elephantiasis; filariasis; ivermectin; life expectancy; onchocerciasis ocular; severe acute respiratory syndrome.

Copyright © 2020 Colombia Medica.

Conflict of interest statement

Conflict of Interest: Two of the authors of this paper are members of the Editorial Board of Colombia Medica

Wyniki: Po uwzględnieniu różnych czynników, w tym indeksu rozwoju człowieka (HDI), krajów APOC (w porównaniu z krajami non-APOC) wykazują o 28% niższą śmiertelność (0,72; 95% CI: 0,67-0,78) i 8% niższy wskaźnik zakażeń (0,92; 95% CI: 0,91-0,93) z powodu COVID-19.

Wnioski: Zapadalność na zgonowość i liczba przypadków jest znacznie niższa wśród krajów APOC w porównaniu z krajami spoza APOC. Akceptowalna hipoteza jest to, że masowa kampania profilaktyczna zdrowia publicznego przeciwko COVID-19 mogła przypadkowo mieć miejsce w niektórych krajach afrykańskich z masowym stosowaniem iwermektyny w społeczności. Aby to potwierdzić, potrzebne są dodatkowe badania.

DR HARUO OZAKI:

https://rumble.com/vlph6k-japanese-tokyo-medical-association-recommends-ivermectin-treatments.html

Jeśli porównamy kraje afrykańskie gdzie raz w roku wydaje się iwermektynę, z tymi gdzie się nie wydaje iwermektyny:

Załącznik nr 14

KRAJE WYDAJĄCE IWERMEKTYNĘ:
134 przypadki na covid19
2,2 zgony (spowodowane covid19)
Na 100 000 mieszkańców
KRAJE NIE DYSTRYBUUJĄCE IWERMEKTYNY:
950,6 przypadków choroby
29,3 zgonów
Na 100 000 mieszkańców

Nie możemy powiedzieć że iwermektyna jest absolutnie nieefektywana, przynajmniej ja nie mogę powiedzieć. Potrzebujemy dalszych badań, ale jesteśmy w kryzysowej sytuacji.

Wymaga to oczywiście poinformowania i zgody pacjenta, ale możemy ten lek wydawać. Wymaga to dalszych badań.

ŚWIATOWE MEDIA O WYPOWIEDZI DR. HARUO OZAKI, ZNAJĄ TĘ WYPOWIEDŹ LECZ ZAPORZECZAJĄ ZWIĄZKOWI:

https://www.forbes.com/sites/brucelee/2021/11/27/no-ivermectin-did-not-help-japan-bring-down-covid-19-coronavirus-delta-surge/

LINK WSKAZUJĄCY ŻE DR HARUO OZAKI JEST przewodniczącym Tokyo Medical Association

https://www.med.or.jp/english/about_JMA/trustees.html

JEST TEŻ W ZARZĄDZIE JAPOŃSKIEGO STOWARZYSZENIA MEDYCZNEGO: JAPAN MEDICAL ASSOCIATION.

Publikacja grudnia 2020 w **THE WALL STREET JOURNAL**: wskazuje, że Dr Ozaki jest w Japonii jednym z głównych ekspertów od walki z covid 19

By Yasel YOON in Seoul and Miho Inada in Tokyo

Updated Dec. 9, 2020 11:21 am ET

https://www.wsj.com/articles/covid-19-surge-hits-parts-of-asia-seen-as-pandemic-success-stories-11607523625

Japan and South Korea have both mobilized military personnel to aid hospitals and contact-tracing efforts. "If we have more patients, we won't be able to protect either coronavirus patients or other patients," said **Haruo Ozaki, chairman of the Tokyo Medical Association**, on Tuesday

Koincydencja czasowa pomiędzy powyższą wypowiedzią HARUO OZAKI a przełamaniem fali zachorowań i zwycięstwem nad chorobą w Japonii Dr John Campbell Ivermectin In Japan:

https://www.youtube.com/watch?v=E1GF0H9V_1g

7 minut z tego filmu.
……..

Dr Kory

https://www.lifesitenews.com/news/top-ivermectin-expert-says-hundreds-of-congressmen-use-the-drug/

Top ivermectin doc reiterates claim that Congressmen have used treatment: 'none have gone to hospital'

[illegible] "wkrótce iwermektyna pomagała, że kongresmeni stosowali [illegible] leczenie, „żaden nie poszedł do szpitala"

Dr. Pierre Kory reiterated the effectiveness of the drug as part of a COVID treatment protocol.

Dr. Pierre Kory, founding member of Front Line Covid-19 Critical Care Alliance (FLCCC) has testified before the U.S. Senate Homeland Security Committee on the effectiveness of ivermectin

Kennedy Hall

Tue Oct 12, 2021 - 3:52 pm EDT

LifeSiteNews has produced an extensive COVID-19 vaccines resources page. View it here.

(LifeSiteNews) – Dr. Pierre Kory, a world leader in ivermectin efficacy regarding illness associated with a COVID-19 infection, tweeted October 7 that numerous members of Congress used ivermectin as part of a COVID treatment protocol.

" ... Between 100-200 United States Congress Members (plus many of their staffers & family members) with COVID .. were treated by a colleague over the past 15 months with ivermectin & the I-MASK+ protocol at https://flccc.net. None have gone to hospital ... " he wrote.

Dr. Kory doubled down after the veracity of what he tweeted was contested on the social media platform.

[illegible] Dr Pierre Kory, światowy lider w skuteczności iwermektyny w odniesieniu do chorób związanych z zakażeniem COVID-19, napisał na Twitterze 7 października, że wielu członków Kongresu stosowało iwermektynę w ramach protokołu leczenia COVID.
... Od 100 do 200 członków Kongresu Stanów Zjednoczonych (plus wielu ich pracowników i członków rodziny) z COVID, było leczonych przez kolegę w ciągu ostatnich 15 miesięcy za pomocą iwermektyny i protokołu I-MASK+ na [illegible] . Żaden nie trafił do szpitala" - napisał.
Po tym, jak [illegible] na platformie mediów [illegible]

He reiterated his remarks from October 7 by stating, "To all the comments asking for sources/names for the below:

1) This came from a highly credible source inside Congress who has asked to remain anonymous

2) I would never divulge the medical treatments of individual members, nor do I know them myself

I fully stand by this tweet."

Twice in 2020, Dr. Kory was invited to testify to the U.S. Senate Committee on Homeland Security and Governmental Affairs about the treatments he and his colleagues in the Front Line COVID-19 Critical Care Alliance (FLCCC) were using successfully. His willingness to testify in the presence of the government and to the public shows that he is forthright in speaking what he believes to be true.

In early 2020, he and his colleagues strongly recommended that doctors use corticosteroids when a patient diagnosed with COVID fell ill. At the time, this was not the norm and was not recommended by the mainstream in U.S. medicine.

The efficacy of corticosteroids used by COVID patients was confirmed weeks later in the results of Oxford University's Recovery trial (June 2020). Steroids then became the "standard of care" worldwide in hospital treatment for COVID-19.

In December 2020, Dr. Kory returned to Washington to advocate ivermectin use as an early treatment drug for COVID patients. During his Senate testimony, he called for the government to swiftly review the already expansive and still emerging medical evidence on ivermectin.

Dr. Kory testified that ivermectin is effectively a "miracle drug" against COVID-19 and called upon the government's medical authorities — the NIH, CDC, and FDA — to change strongly consider adding ivermectin to list of available treatments for the Chinese coronavirus.

The I-MASK+ treatment protocol that Kory said was used by hundreds of U.S. politicians is an **early treatment** regimen for outpatient use. According to the FLCCC website, the outpatient protocol was developed in October 2020 as a "preventive and early outpatient combination treatment protocol for COVID-19."

The protocol is "centered around ivermectin, a well-known, FDA-approved anti-parasite drug that has been used successfully for more than four decades to treat onchocerciasis 'river blindness' and other parasitic diseases." In addition, the FLCCC stated that ivermectin "is one of the safest drugs known."

Regarding their reasons for adopting ivermectin as part of the I-MASK+ protocol, the FLCCC wrote, "Our medical discovery of a rapidly growing published medical evidence base, demonstrating ivermectin's unique and highly potent ability to inhibit SARS-CoV-2 replication and to suppress inflammation, prompted our team to use ivermectin for prevention and treatment in all stages of COVID-19."

Their website offers a comprehensive fact sheet and protocol instruction for doctors to follow if they are treating a patient who has been diagnosed with COVID.

Ivermectin has been a source of controversy as the mainstream media have routinely labeled the drug as "horse paste" or "horse dewormer." Like many drugs, ivermectin is used on both

oczywiście trzeba też podać i inne leki. Monitoruję oczywiście ambulatoryjnie ich stan, samopoczucie, dolegliwości, temperaturę, poziom saturacji czy wskaźnik CRP.

Sam znam takie przypadki. Nawet w jednym z nich interweniowałem, prosząc znajomą lekarkę o przepisanie, w ramach teleporady, antybiotyku koleżance chorej na COVID-19, której przychodnia odmawiała przepisania czegokolwiek i zalecała ciągle branie paracetamolu. Moja znajoma już od ponad tygodnia czuła się źle i z dnia na dzień czuła się coraz gorzej. Bolały ją nerki, ucho, wysoko gorączkowała i podejrzewała, że pojawiły się już u niej jakieś nadkażenia bakteryjne. Przychodnia odmawiała jej badania w gabinecie lub w domu, ponieważ miała COVID-19, a gdy prosiła o przepisanie antybiotyku w ramach teleporady, usłyszała, że COVID-19 nie leczy się antybiotykiem, bo to przecież wirus.

Pacjent z fazy wirusowej wchodzi bardzo łatwo w fazę bakteryjną. To jest cienka granica i trzeba jej bardzo pilnować. Zdecydowanie lepiej jest zaordynować tzw. „overtreatement", wyprzedzić pewne niekorzystne zdarzenie niż później „gonić" chorobę. Wówczas najczęściej kończy się to hospitalizacją.

Niestety, najczęstszą informacją, którą uzyskiwali pacjenci od lekarza, co do sposobu leczenia, była porada: „paracetamol - proszę czekać". Stosowanie się do tej wytycznej doprowadzało wielu pacjentów do ciężkiego stanu zdrowia, a dla wielu było wyrokiem śmierci. Nigdy bowiem nie wiemy, czy znajdziemy się w grupie lekko, średnio czy ciężko chorującej. Paracetamolem „leczy się" w hipermarketach i na stacjach benzynowych. Tak nie leczą lekarze po wieloletnich studiach i praktykach, którzy powinni mieć lepszą wiedzę co do leczenia chorych w obliczu potencjalnie śmiertelnej choroby. Uważam, że leczenie „słynnym paracetamolem" uwłacza godności wykonywania zawodu lekarza! Od wielu lat jest to niestety narracja z wielu europejskich krajach.

Leczenie powinno zacząć się natychmiast, aby wszystkimi dostępnymi sposobami hamować replikacje wirusa. Po 7-10-14 dniach może być za późno. Ta choroba wymaga zdyscyplinowanego prowadzenia pacjenta. Daleka jestem od stwierdzenia, że wszystkich uda się nam gładko wyprowadzić z choroby. Ale gdyby zaistniała konieczność hospitalizacji, to chory trafiałby do szpitala w lepszym stanie. Hospitalizacja trwałaby kilka dni a nie kilka tygodni czy miesięcy. Prawdziwy minister zdrowia, zamiast straszyć mandatami i respiratorami, które wzbudzają gigantyczny lęk wśród ludzi, utożsamiany jest bowiem ze śmiercią, powinien stworzyć 3-4 algorytmy leczenia pierwszej fazy choroby i rozesłać je jak najszybciej do lekarzy pierwszego kontaktu.

Z ciężkim sercem, stawiam oskarżenie, że w majestacie prawa, nasza grupa zawodowa polskich lekarzy, z powodu śmiercionośnych wytycznych dotyczących terapii pierwszej fazy, zaniechania badania i leczenia, skazała na śmierć kilkadziesiąt tysięcy Polaków. W tym miejscu, chciałabym się też upomnieć o kolegów z pierwszej linii szpitalnej, przyjmujących najcięższych pacjentów. Codzienny zalew kilkudziesięciu nawet chorych w stanach preagonalnych, trwający przez wiele miesięcy, rujnował ich zdrowie fizyczne i psychiczne. Oprócz syndromu wypalenia zawodowego, uważam że niektórzy cierpieli na zespół stresu bojowego.

W pierwszej fazie choroby często nikt nie chciał tych pacjentów nawet badać i to się nadal zdarza. Sam znam takie przypadki, nawet w ostatnim czasie. Lekarka powiedziała mojemu koledze, że chociaż jest zaszczepiona, nie zbada go, ponieważ ma on pozytywny test PCR.

No właśnie. Problem jest głębszy, nazwijmy go po części problemem etyczno-moralnym, ale i problemem czysto ludzkiego strachu. Lekarz jest zaszczepiony, teoretycznie ma przeciwciała lub inną odporność, powinien właściwie czuć się bezpiecznie. Ale może ma małe dzieci w domu, starszą osobę, bardzo boi się o siebie lub o swoich bliskich, nie wiemy. Nie oceniajmy tak surowo. Kiedyś trzeba będzie jednak przełamać ten wszechobecny strach nakręcany przez mass media. Telemedycyna może funkcjonować tylko w bardzo ograniczonym zakresie. Aby móc udzielić sensownej teleporady, trzeba mieć ponadto bardzo duże doświadczenie zawodowe.

...

Słowacy na przykład sprowadzili iwermektynę. Może od nich powinniśmy się uczyć, może powinniśmy się uczyć od profesora Raoulta z Francji, kiedy podawać hydroksychlorochinę i jak nią leczyć chorych, albo posłuchać doktora Bodnara z Przemyśla, jak leczyć amantadyną. Wielką jego zasługą jest, że dał sygnał, iż lek ten działa i że ustalił jego nowe dawkowanie! Osobiście amantadynę zapisuję od ok 30 lat na zespół Ramsaya-Hunta z bardzo dobrym efektem. Trzeba pilnie wypracowywać coraz to lepsze algorytmy leczenia, a nie tylko te „jedynie słuszne"....

Załącznik nr 15

Komunikat nr 2 z dnia 20.XI 2009

get_file_contents.php

Dotyczący zasad stosowania leków antywirusowych w leczeniu przyczynowym grypy

Leczenie antywirusowe nie jest zalecane osobom , które mają niepowikłany lub łagodny przebieg i nie są w żadnej z wymienionej grup wysokiego ryzyka wymienionej w komunikacie nr 1 z dnia 16.XI.2009 (w załączeniu)

Lekiem podstawowym jest Oseltamivir, dawkowany 2x dziennie po 1 tabl. a 75 mg przez 5 dni. W uzasadnionych przypadkach możliwe jest zwiększenie dawki do 150 mg dwa razy dziennie i dłuższe stosowanie. Dawkowanie dla dzieci podano w załączniku 2.

psse.swidnica.ibip.wroc.pl/public/get_file_contents.php?id=111053

Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Świdnicy

bip biuletyn informacji publicznej

ul. Wałbrzyska 15
58-100 Świdnica

Zanamiwir jest wskazany , jeśli choroba przebiega ciężko lub postępująco, jeśli wystąpią objawy niepożądane po stosowaniu oseltamiviru lub jest on niedostępny lub wirus jest na niego oporny

Pacjentom o ciężkim lub postępującym przebiegu należy rozważyć podawanie ponadto dodatkowo jednego z dwóch inhibitorów M2 (amantadyna lub rimantadyna).

UWAGA!!!

Przy stosowaniu wyżej wymienionych leków należy pamiętać o właściwym nawodnieniu pacjenta i utrzymaniu prawidłowej gospodarki wodno- elektrolitowej.

Jednym z głównym wskazań do rozpoczęcia leczenia antywirusowego u chorych z podejrzeniem grypy jest spadek poziomu utlenowania krwi badany przy pomocy pulsoksymetru. Stwierdzenie saturacji < 90% jest bezwzględnym wskazaniem do hospitalizacji chorego i wdrożenia co najmniej tlenoterapii biernej.

Główny Inspektor Sanitarny

Andrzej Wojtyła

Krajowy Specjalista

w dziedzinie chorób zakaźnych

Andrzej Horban

Polub to Dodaj komentarz Udostępnij

Zaczęcie nr

Wirusologia-Podręcznik dla studentów, Leon Jabłoński, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, 1973

Koronawirusy

Koronawirusy należą do tych małych szatanów, które u ludzi na całym świecie i w każdym wieku wywołują pospolite przeziębienia — i dlatego stanowią jedną z nieuniknionych przykrości ludzkiego życia. Nazwane tak z powodu koron charakterystycznych podłużnych wypustek, widocznej w mikroskopie elektronowym, są przyczyną wielu zachorowań, szczególnie w zimie oraz na wiosnę, kiedy słabną ataki innej dużej grupy katarogennych napastników, rinowirusów. Zakażenia wywoływane przez koronawirusy bywają czasami śmiertelne u zwierząt laboratoryjnych, ale nie u człowieka, z wyjątkiem być może sytuacji, w których odporność jest drastycznie zmniejszona z jakiegoś innego powodu.

Koronawirusy potrzebują zaledwie trzech dni, aby namnożyć się w drogach oddechowych w ilościach wystarczających do spowodowania fatalnego samopoczucia ich ofiary. Przeciętnie takie przeziębienie trwa około tygodnia, kilka dni krócej niż typowa infekcja rinowirusowa, co z nawiązką rekompensuje większa niż w przypadku rinowirusów ilość wydzieliny zatykającej nos. Koronawirusy z zadziwiającą skutecznością potrafią powtórnie atakować tych samych gospodarzy, co stanowi jedną z przyczyn, dla których wszelkie marzenia o szczepionce pozostają w sferze utopii.

Ten zarazek jest istotny nie z powodu ciężkości choroby, którą wywołuje, ale z uwagi na ogromną liczbę zrzędliwych osobników gatunku *Homo sapiens* z zapchanymi nosami, którzy nieustannie padają jego ofiarą. Jaki jest ewolucyjny sens istnienia takich drobnoustrojów? Dlaczego czas biegnie jedynie naprzód?