Dr Mike Yeadon: Covid-19 i konsekwencje lockdownów



Poniższy materiał filmowy przedstawia jeden z najbardziej erudycyjnych i pouczających spojrzeń na Covid-19 i konsekwencje lockdownów. Nagranie pojawiło się na YouTube i zostało przymusowo usunięte zaledwie 2 godziny po opublikowaniu. Poniżej przedstawiamy transkrypt i kopie nagrania z polskimi napisami. Jest to jeden z lepszych wywiadów o kowidowej tematyce, jakie widzieliśmy w tym roku.

Linki do filmu na różnych portalach:

brighteon.com

bitchute.com

Poniżej transkrypt z materiału video:

Nazywam się dr Micheal Yeadon, posiadam dyplom pierwszego stopnia z chemii biologicznej oraz toksykologii. Następnie zdobyłem doktorat z farmakologii układu oddechowego. Następnie całe życie zawodowe poświęciłem pracy badawczej w przemyśle farmaceutycznych, także w firmach tzw. Wielkiej Farmacji i firmach biotechnologicznych.

Moje pole zainteresowań to wszelkie formy stanów zapalnych, immunologia, alergie w kontekście układu oddechowego, czyli płuca, ale także tkanka skórna. Można zatem powiedzieć, że mam olbrzymie doświadczenie na polu stanów zapalnych, immunologii i pulmonologii oraz badań w tym zakresie.

Po raz pierwszy zaniepokoiłem się sposobem naszej odpowiedzi na pandemię koronawirusa gdzieś w drugiej połowie kwietnia. Stało się wtedy dla mnie jasne, że jeśli spojrzeć na statystykę dziennych zgonów, względem ówczesnych danych, pandemia ta już jest w odwrocie, co cieszy, że fala słabnie i teraz pozostanie nam przyglądanie się malejącej ilości zakażeń w kolejnych miesiącach. I tak się też stało.

Naukowa Grupa Doradcza ds. Sytuacji Nadzwyczajnych (SAGE)

Dlatego zaniepokoiło mnie, narastające obostrzenia odnośnie przemieszczania się i działań mieszkańców mojego kraju. Wtedy nie potrafiłem znaleźć uzasadnienia tych działań i do teraz nie potrafię. Odpowiedź rządu na ten kryzys kierowana jest przez grupę naukowców zasiadającą w **Zespole Doradczym Reagowania Strategicznego w Sytuacjach Kryzysowych, w skrócie SAGE.**

Zadaniem tego zespołu naukowego jest doradzanie rządowi odnośnie walki z kryzysem, SAGE jednak popełnił kilka fundamentalnych błędów, co w efekcie poskutkowało błędnym doradztwem, które nie tylko ma fatalne skutki dla gospodarki, ale także dotyka służby zdrowia, a pacjenci nie mają dostępu do skutecznego leczenia.

SAGE przyjął, że ponieważ SARS-CoV-2 jest „nowym" wirusem, **założono, że nikt w populacji nie ma na niego odporności.**

To jest pierwszy błąd. Kiedy po raz pierwszy usłyszałem to stanowisko, to wpadłem w zakłopotanie, ponieważ wiedziałem, jako że przeczytałem dostępną literaturę naukową, że wirus ten jest 80 proc. podobny do innego znanego wirusa zwanego SARS-CoV-1, z którym mieliśmy do czynienia w 2003 r.

Co więcej, jest on podobny w niektórych fragmentach do koronawirusa wywołującego chorobę przeziębieniową.

Kiedy dowiedziałem się o rozprzestrzenianiu się koronawirusa na świecie, nie byłem tak zaniepokojony, jak niektóre osoby, ponieważ wiedziałem, że skoro znane są nam 4 typy koronawirusów przeziębienia, a więc znaczna liczba osób miała już do czynienia z tego typu wirusem, najpewniej już posiadamy wystarczającą odporność jako społeczeństwo.

Słowem wyjaśnienia, dlaczego byłem pewny swego zdania.

Zapewne każdy zna historię Edwarda Jennera i wynalezienia szczepionki, historii o ospie prawdziwej i krowiance. Opowieść o tym, jak to mleczarki miały bardzo gładką skórę, że nigdy nie cierpiały na choroby takie jak ospa prawdziwa, która to choroba jeśli nie kończy się śmiercią, to pozostawia trwałe blizny na skórze.

Przyczyną [hipotezą], dla których osoby takie były odporne było to, że zostały wyeksponowane na mniej groźną wersję wirusa, wirusa krowianki. Edward Jenner wpadł na pomysł, że jeśli ospa krowia pozwala tym kobietom uniknąć ospy prawdziwej, to rozumował, że można spróbować wystawić organizm innej osoby na wirus krowianki, a być może uda się wykształcić u tej osoby odporność na ospę prawdziwą.

Szczepienia: Historia mitu – Roman Bystrianyk i dr Suzanne Humphries
Termin Szczepienia w 9 wydaniu Encyklopedii Britannica – Dr Charles Creighton
Antyszczepionkowa Liga z Leicester – 1869 rok
Metoda Leicester – ospa prawdziwa i nieszczepieni
Fakty dowodzące, że SZCZEPIENIA są zbędne i niebezpieczne. Na przestrzeni czterdziestu pięciu lat prowadzenia statystyk rejestracji – Alfred R. Wallace
O krzyczącej niedorzeczności i strasznej szkodliwości szczepienia ospy [1904] – Wincenty Pixa

Wykonał on eksperyment, który obecnie nie mógłby być wykonany z powodów etycznych.

Jak się podaje, choć nie mamy do końca pewności, Jenner pozyskał dawkę płynów ustrojowych osoby zakażonej krowianką, choroby krótkiej i o łagodnym przebiegu. Pozyskany materiał wtarł w skórę młodego chłopca.

Kilka tygodni później w podobny sposób pozyskał materiał od osoby umierającej na ospę prawdziwą i zakaził chłopca wirusem. Jak się okazało, chłopiec nie zachorował na ospę. W ten sposób **zapoczątkowano dziedzinę nauki zwaną wakcynologią. Nawa ta pochodzi od słowa „vacos", łacińskiego określenia na krowę.**

Tak więc nie jest nam obca **idea odporności krzyżowej.** Myślałem również sporo o podatnych osobach przebywających w odmach opieki, gdzie oczywiście przestrzegane są standardy ochrony osobistej itd., ale to jest skuteczne tylko do pewnego stopnia w środowisku, gdzie osoby przebywają ze sobą bardzo blisko w zamkniętym budynku.

Cały czas dręczyło mnie pytanie, czy jeśli 1 czy 2 osoby w domu opieki zaraziły się wirusem, to czy z czasem wirusem nie zarażą się wszyscy pensjonariusze? Tak się nie stało.

Jednym z możliwych wyjaśnień tej sytuacji jest to, że spora liczba osób przebywających w takich ośrodkach posiadała nabytą wcześniej odporność. W tym okresie roku ok. 1 osoba na 30 łapie przeziębienie wywołane jednym z tych koronawirusów.

Podobnie jak w przypadku odporności na ospę prawdziwą nabytej poprzez ekspozycje na wirusa krowianki, osoby, które przeszły przeziębienie wywołane jednym z koronawirusów je wywołujących w ten sposób nabyły odporność na SARS-CoV-2.

Tak więc około 30 procent populacji było odporne jeszcze przed początkiem epidemii. **SAGE twierdziło, że odporność była na poziomi 0 proc. i do dziś zachodzę w głowę, na jakiej podstawie tak stwierdzono.**

Teraz drugi, równie fatalny błąd nieuwzględniony w ich modelu. Odsetek osób w populacji zakażonych dotychczas wirusem wg.

SAGE wynosi jakieś 7 proc.

Wiem, że tego się trzymają, co łatwo można sprawdzić zaglądając do ich dokumentu opublikowanego we wrześniu zatytułowanego „Działania poza farmakologiczne", gdzie czytamy, że niestety ponad 90 proc. populacji jest nadal narażone.

To jest niewiarygodny błąd. Wytłumaczę, dlaczego tak uważam. **Ta statystyka bazuje na odsetku osób w kraju, które posiadają przeciwciała w swojej krwi, a wyłącznie w przypadku osób, które ciężko zachorowały, organizmy miały potrzebę wytworzenia przeciwciał.**

To prawda, że w przypadku osób o dużym stężeniu przeciwciał w istocie mamy do czynienia z osobami zakażonymi, ale w przypadku znacznej części osób mieliśmy do czynienia z lekkimi objawami, a większość ludzi przeszła zakażenie bezobjawowo.

W czterech więzieniach w USA prawie 3300 osadzonych przeszło testy na koronawirusa z wynikiem pozytywnym – 96% bez żadnych objawów

Najlepsze szacunki, jakich możemy dokonać, to że osoby te nie wytworzyły przeciwciał lub wytworzyły bardzo mało i te przeciwciała te do tego czas zaniknęły.

Jedna z najnowszych publikacji naukowych odnośnie odsetka pensjonariuszy domów opieki, którzy posiadają przeciwciała, jest bardzo interesująca. W badaniu tym stosowano bardzo czułe testy na przeciwciała. Testy te wyłapały osoby, które nigdy nie otrzymały pozytywnego wyniku testu PCR, czyli nigdy nie zaraziły się wirusem.

Okazało się że 65 proc. tych osób posiadało przeciwciała w organizmie, choć nigdy się [objawowo] nie zarazili. To każe mi uważać, że mieliśmy do czynienia z wysoką odpornością w populacji przed pojawieniem się wirusa.

Ostatnio dużo się mówiło w mediach odnośnie tego, że **odsetek osób z przeciwciałami spada. Przedstawiano to jako problem krótkotrwałej odporność na SARS-CoV-2. Ale każdy, kto posiada wiedzę w zakresie immunologii, po prostu takie stwierdzenie by odrzucił. Nie tak działa mechanizm immunologiczny. Dotyczy to limfocytów T.**

Jeśli zatem liczba przeciwciał w populacji spada stopniowo z czasem, od wiosny to dnia dzisiejszego, **jedynym sensowym wyjaśnieniem jest to, że częstość występowania wirusa w populacji spada**, stąd mamy stopniowy spadek liczby wytwarzanych przeciwciał.

Mniej niż 40 proc. populacji było podatne na wirusa. Nawet epidemiolodzy zajmujący się czystą teorią powiedzą, że to za mała liczba, by móc przyczynić się do rozprzestrzeniania się epidemii. Odporność zbiorowiskowa, inaczej **odporność stadna.**

SAGE twierdzi, że nawet się nie zbliżyliśmy do wymaganego poziom, ale ja twierdzę, że **najlepsi naukowcy z całego świata, publikujący w najbardziej prestiżowych recenzowanych czasopismach naukowych twierdzą, że SAGE się myli.**

Postuluje się, że **ponad 60 proc. populacji posiada odporność na wirusa**, zwyczajnie nie jest możliwe, byśmy mieli do czynienia z nasilającą się pandemią.

Dobra wiadomość, autentycznie dobra wiadomość jest taka, że mamy coraz więcej danych pochodzących z testów klinicznych potencjalnych szczepionek.

Szczepionki te nie tylko zwiększają liczbę przeciwciał, ale także pobudzają odpowiedź w postaci wzmożonej produkcji limfocytów T. To świetna wiadomość płynąca z solidnych badań naukowych, zgodnych z wiedzą z zakresu immunologii. Tak właśnie wyglądają procesy immunologiczne w walce organizmu z wirusami.

Dziwi mnie, a nawet irytuje, że kiedy mówi się o części

populacji wciąż podatnej na zakażenie, mówimy wyłącznie o przeciwciałach, jak w przypadków tych 7 proc. podawanych przez SAGE.

Covid-19: Jak dużo osób posiada istniejącą wcześniej odporność? – dr Peter Doshi

Dlaczego nie mówimy o 50 proc. populacji, która posiada odporność bazującą na limfocytach T? Myślicie sobie zapewne, że skoro dr Mike Yeadon opowiada Wam takie rzeczy, dlaczego pandemia się jeszcze nie skończyła?

To może być dla Was zaskoczeniem, ale uważam, że pandemia w zasadzie już się skończyła. Kraj przeszedł niemalże cały cykl procesu rozprzestrzeniania się wirusa, który teraz się domyka.

Wiosną Londyn został bardzo mocno dotknięty pandemią. W okolicach kwietnia dziennie umierało setki osób. Osoby te miały podobne symptomy, czyli zapaść układu oddechowego i stany zapalne. Obecnie w stolicy z powodu SARS-CoV-2 umiera mniej niż 10 osób dziennie. **Mamy do czynienia ze spadkiem o ok. 98 proc.** Powodem, dla którego takie spadki odnotowujemy jest to, że w Londynie zbyt mała liczba osób jest narażona na wirusa, by ten mógł się namnażać, przenosić i spowodować wybuch epidemii. **Gdyby było inaczej, to Londyn byłby pierwszym ogniskiem wybuchu drugiej fali, gdyż wiosną to właśnie tam po raz pierwszy wirus się pojawił.**

Myślę, że obecnie mamy do czynienia w północno-wschodniej i północno-zachodniej części kraju z wygaszaniem ostatnich tlących się źródeł zakażeń. Oczywiście mi również jest przykro, że niektórzy wciąż się zakażają i umierają. **Dlaczego w mediach nie mówi się, że pandemia już minęła? Nie skończyła się, ponieważ tak mówi SAGE.**

Zespół SAGE tworzą naukowcy z wielu różnych dziedzin: matematycy, lekarze, itp. Podzieleni są na mniejsze komisje. Ku memu zdziwieniu, czy może raczej przerażeniu, dowiedziałem się, że **w okresie od wiosny do lata włącznie SAGE nie miała w**

swoim gronie immunologa klinicznego z prawdziwego zdarzenia.

Przez wiosnę i lato SAGE miał braki w zakresie odpowiednich ekspertów. Powinni zaprosić do swojego grona osoby, które znają się na rzeczy, ale tego nie uczyniono. Ludzie pytają mnie:

„Mike, skoro w zasadzie epidemia już się skończyła, dlaczego nadal umierają setki osób dziennie z powodu SARS-CoV-2?”

Dużo o tym myślałem. Po pobraniu wymazu z nosogardzieli wykonuje się test, test zwany PCR, na takiej próbce. **Test ma za zadanie wykryć nie wirusa, mogłoby się wydawać, że celem jest wykrycie wirusa, ale nie taki jest cel testu, ale ma za zadanie wykryć fragment sekwencji genetycznej RNA.**

Niestety, ten fragment sekwencji RNA zostanie wykryty w wymazie z nosa czy migdałków nie wtedy, gdy osoby te zachorują niebawem lub już są chore, ale **wykryty zostanie również wtedy, gdy osoba ta przeszła wcześniej zakażenie.**

Tygodnie lub nawet miesiące temu. Już tłumaczę, dlaczego tak się dzieje. Jeśli się zaraziłeś i organizm zwalczył wirusa, jak to ma miejsce najczęściej, w twoim organizmie pozostaną drobne cząsteczki tego wirusa mniejsze niż pojedyncza komórka, zalegające gdzieś w układzie oddechowym, w śluzie, np. w komórkach ścian dróg oddechowych.

Przez okres tygodni czy miesięcy posiadasz w organizmie fragmenty zwalczonego przez układ odpornościowy wirusa. Jednakże test PCR nie jest w stanie wykazać, czy materiał RNA pochodzi od „aktywnego” czy „martwego” wirusa.

Moim zdaniem znaczna część wyników pozytywnych to w istocie jak ja to nazywam „zimne” wyniki pozytywne, to znaczy test poprawnie wykrywa istnienie RNA wirusa w próbce, ale to RNA pochodzi od „martwego” wirusa, który nie stanowi zagrożenia dla organizmu, nie powoduje zachorowania, nie może zostać przeniesiony na inną osobę, nie jest zaraźliwy.

Taka sytuacja dotyczy znacznej liczby wyników pozytywnych. Organizmy tych osób zwalczyły wirusa. **Dlaczego zatem stosujemy testy, które nie odróżniają aktywnego zakażenia od zwalczonego już wirusa.** Ten test nigdy nie był stosowany w ten sposób,

Testy PCR na COVID-19 z naukowego punktu widzenia są pozbawione sensu – Torsten Engelbrecht i Konstantin Demeter
Co miał wykrywać test na koronawirusa? – Celia Farber
Wiara w szybki test [na krztuśca] doprowadziła do epidemii, której nie było [2007]

Wiem, ponieważ mam na tym polu doświadczenie zawodowe. **To nie jest adekwatna metoda w tym przypadku**, ta technika ma raczej zastosowanie w medycynie sądowej, gdzie chcemy badaniem DNA ustalić, czy dana osoba znajdowała się na miejscu zbrodni.

Takich testów nie przeprowadza się na parkingu przez supermarketem w wietrzny dzień, pod jak to wygląda plastikowym stoiskiem namiotowym, na stole piknikowym. Test tego typu nie jest w tej sytuacji odpowiedni i nie powinien być wykonywany w takich warunkach.

Taki sposób przeprowadzania testów jest podatny na różnego rodzaju błędy i niedopatrzenia w obchodzeniu się z materiałem testowym.

W przypadku zastosowania tego testu w ramach działań śledczych, dochodzenia sądowego np. w celu identyfikacji na podstawie testu DNA, sąd odrzuciłby taki materiał dowodowy jako nie do przyjęcia. **Test ten daje wyniki pozytywne nawet wtedy, kiedy wirusa już dawno został zwalczony przez organizm.**

Taki wynik określa się mianem fałszywie pozytywnego. Wraz ze zwiększeniem dziennej liczby testów, wymagało to zaangażowania mniej doświadczonych laborantów, a teraz do tego zatrudnia się osoby bez jakiegokolwiek doświadczenia na tym polu.

Taka sytuacja **generuje zwiększoną ilość popełnianych błędów i w efekcie mamy do czynienia również ze wzrostem liczby wyników**

fałszywie pozytywnych. Jeśli zatem odsetek wyników fałszywie pozytywnych wynosi 1 proc., co jak twierdzi Matt Hancock, z takim mniej więcej odsetkiem mieliśmy do czynienia w sezonie letnim, zatem na 1000 przetestowanych osób, którzy nie są zakażone, 10 z nich otrzyma wynik pozytywny, niestety.

Jeśli zakażona wirusem jest jedna osoba na tysiąc w danej populacji, czyli dotyczy to 0,1 proc. populacji, a taką statystkę podaje Narodowe Biuro Statystyk na sezon letni, to stosowanie testów PCR da zaledwie jeden wynik prawdziwie pozytywny. Ale **jeśli odsetek wyników fałszywie pozytywnych wynosi 1 proc., oznacza to tyle, że otrzymamy również 10 wyników fałszywie pozytywnych.**

Dr Mike Yeadon: Jaki jest wskaźnik fałszywie dodatnich wyników? [17 wrzesień]
Wyniki fałszywie pozytywne na COVID-19 – dr Andrew Kaufman

Niektórzy mówi mi, że owszem, ale będziemy mieli większy odsetek osób testujących się poza szpitalnie w ramach tzw. drugiego filaru, ponieważ od szpitala powinny zgłaszać się wyłącznie osoby, które zauważyły u siebie symptomy choroby, ale ja uważam że to bzdura.

Według mnie to nie jest prawda. Mam znajomych, których pracodawca powiedział im, że skoro przebywali w pobliżu osoby pozytywnej, to nie mają przychodzić do pracy, dopóki nie otrzymają wyniku negatywnego.

Widziałem materiały informacyjne z wielu miast na północy kraju, takich jak Birmingham, Manchester, Bolton, których Rady Miejskie, zapewne ze zwykłej troski o obywateli, rozsyłały po mieszkaniach ulotki informacyjne odnośnie podejmowanych działań mających na celu testowanie mieszkańców na wirusa.

Gdy zaczniemy testować losowo zamiast wyłącznie osoby symptomatyczne [objawowe], otrzymamy te same wyniki częstości występowania wirusa w populacji, które podaje Narodowe Biuro Statystyk, czyli 1 osoba zakażona na 1000.

Przed chwilą powiedziałem, a pan Hancock to potwierdził w przypadku sezonu letniego, że odsetek wyników fałszywie pozytywnych wynosi ok. 1 proc., co oznacza, że **na 1000 przetestowanych, 10 wyników to będą wyniki fałszywie pozytywne, a zaledwie 1 przypadek to będzie wynik prawdziwie pozytywny.**

Ten test jest monstrualnie nieodpowiedni do wykrywania osób z aktywnym wirusem w układzie oddechowym. Jest podatny na mnóstwo zniekształceń, które tylko pogorszą się wraz z nastaniem zimy.

Wraz ze wzrostem liczby testów wykonywanych dziennie liczba błędów popełnianych przez przepracowanych i niekoniecznie przesadnie doświadczonych laborantów również wzrośnie. Nie wydaje mi nie czymś nierozsądnym stwierdzenie, że obecne szacunki odnośnie odsetka wyników fałszywie pozytywnych, czyli tzw. operacyjny szacunek odsetka wyników fałszywie pozytywnych, wynosi jakieś 5 proc. **5 proc. z 300 tys. daje liczbę 15 tys. wyników pozytywnych.**

Owszem, niektóre z tych wyników to wyniki prawdziwie pozytywne, ale to jest niewielka liczba. Problem z wynikami fałszywie pozytywnymi nie dotyczy wyłącznie samych przypadków zakażenia, ale obejmuje także osoby, które nie czują się dobrze i zgłaszają się do szpitala.

Tak więc osoby przetestowane pozytywnie, które udają się do szpitala, ich wyniki mogą być fałszywie pozytywne, co jak sądzę dotyczy większości tych wyników na chwilę obecną. **Jeśli zgłaszasz się do szpitala, a miałeś wynik pozytywny wcześniej lub taki otrzymałeś już w samym szpitalu, będziesz zaklasyfikowany jako pacjent covidowy.**

Choć przyjęć do szpitala jest więcej, niż miesiąc temu, niestety jest to norma w sezonie jesiennym. Ludzie łapią wirusa układu oddechowego i niektórzy umierają. Ja natomiast uważam, że nie ma to już nic wspólnego z COVID-19.

Obecnie mamy więcej pacjentów na oddziałach intensywnej terapii, niż miesiąc temu czy wcześniej i jest to zupełnie normalne w sezonie jesienno-zimowym, że te łóżka są zagospodarowywane. Ale liczba ta nie jakoś znacząco wyższa, niż normalnie w tym sezonie i zdecydowanie nie przekroczyliśmy jeszcze wydolności systemu na poziomie krajowym.

Dr Scott Jensen o statystykach śmiertelności COVID-19

Ale pewnie już domyślacie się, do czego zmierzam – jeśli osoba umiera w obecnych warunkach, w akcie zgonu umieszczany jest COVID-19 jako przyczyna zgonu. Ale to nie jest prawda. Tacy pacjenci mogli zgłosić się do szpitala np. ze złamaną nogą, ale 3 proc. z nich i tak otrzyma wynik pozytywny testu, choć nie są chorzy, bo to jest wynik fałszywie pozytywny.

W przypadku zgonu klasyfikowani są jako ofiary COVID-19, choć przyczyna śmierci mogła być inna. Jedną z najbardziej dla niepokojących rzeczy w tym roku była wypowiedź premiera Johnsona odnośnie **„Operacji Moonshot„, czyli planu testowania wszystkich obywateli, nawet w trybie codziennym i że jest to rzekomo sposób wyjścia z tego kryzysu.**

Ja jednak twierdzę, że to jest sposób na niewyjście z tego kryzysu, i siedzenie w tym bagnie. Taka liczba testów jest większa o kilka rzędów wielkości niż liczba obecnie wykonywanych testów, a odsetek wyników fałszywie pozytywnych, jakkolwiek niski by nie był, będzie znacznie wyższy, niż jesteśmy w stanie zaakceptować.

Będziemy mieli do czynienia z ogromną liczbą testów fałszywie pozytywnych. Moim zdaniem powinniśmy zaprzestać masowego testowania nie tylko dlatego, że jest to naruszenie wolności obywatelskich.

Testowanie nic nie poprawi i będzie się wiązać z olbrzymimi kosztami. To będzie patologia sama w sobie. Będziemy zmuszeni walczyć z głupimi ludźmi, najczęściej z urzędnikami rządowymi, którzy nie mają wystarczającej wiedzy z zakresu statystyki.

Jeśli przetestujemy dziennie milion osób testem, który daje 1 proc. wyników fałszywie pozytywnych, 10 tys. osób dziennie otrzyma wynik fałszywie wskazujący, że mają wirusa. Jeśli częstość występowania wirusa w populacji wynosi jakieś 0,1 proc. jak Narodowe Biuro Statystyk podało dla sezonu letniego, to zaledwie 1/10 tej liczby, czyli 1000 osób otrzyma wynik prawdziwie pozytywny.

Ale pośród tych 11 tys. nie jesteśmy w stanie wyróżnić osoby zakażone i osoby z wynikiem fałszywie pozytywnym. Moim zdaniem „Operacja Moonshot" pokaże jeszcze wyższy odsetek wyników fałszywie pozytywnych. Tego nie da się ot tak naprawić. Nie jest to również działanie konieczne. Wraz z zakończeniem pandemii w populacjach Wlk. Brytanii, Europy i zapewne całego świata już niebawem, ta już nie powróci.

Dlaczego nie powróci? Ponieważ **nasze organizmy wykształciły odporność na bazie limfocytów T.** Wskazują na to badania prowadzone przez najlepszych immunologów komórkowych na świecie. Niekiedy spotkamy się ze stwierdzeniem, że wygląda na to, że odporność zaczyna spadać.

Można się spotkać z takimi wypowiedziami. Kiedy po raz pierwszy natknąłem się na taki nagłówek w wiadomościach, mocno się zdziwiłem, ponieważ mechanizm immunologiczny tak nie działa. Zastanówmy się na chwilę. Gdyby tak funkcjonował nasz układ odpornościowy, infekcja mogłaby zakończyć się śmiercią, więc organizm musi ją zwalczyć.

Po zwalczeniu choroby nie pozostałby żaden ślad w organizmie. Ale taki ślad pozostaje – pamięć o tym, w jaki sposób organizm sobie poradził z chorobą. Uwzględnia pewne receptory rozpoznające wzorce i w konsekwencji powstają wyspecjalizowane komórki pamięci, które pamiętają, z czym przyszło im zwycięsko walczyć.

Jeśli ponownie przyjdzie im się zmierzyć z tym wrogiem, organizm będzie w stanie skuteczniej wysłać te komórki do

walki z infekcją w ciągu minut czy godzin, chroniąc organizm.

Najbardziej prawdopodobnym wytłumaczeniem jest ochrona długotrwała. **Przejrzałem literaturę na temat tej „wygasającej odporności" i dotyczy to wyłącznie przeciwciał.**

Nieuzasadnionym jest traktowanie przeciwciał i czasu ich istnienia w organizmie jako miary skuteczności ochrony przeciwko wirusom. Ja oczywiście się z tym nie zgadzam.

Przeprowadzono wiele klasycznych eksperymentów u osób, które posiadają wrodzone wady układu immunologicznego, w tym także wady uniemożliwiające ich organizmom wytwarzanie przeciwciał.

Agammaglobulinemia, odporność i szczepienia – Roman Bystrianyk

Co się okazuje? **Organizmy tych osób radzą sobie równie dobrze z wirusami układu oddechowego, jak mój czy Wasze organizmy.** Tak więc przeciwciała same w sobie nie są szkodliwe, choć niektórzy obawiają się potencjalnie szkodliwego namnażanie się przeciwciał w przypadku stanu zapalnego.

Moim zdaniem są one raczej neutralne dla organizmu i na pewno nie należy wierzyć w historie jakoby zanikające przeciwciała powodują utratę odporności. Znów, ludzki układ immunologiczny tak po prostu nie funkcjonuje.

Najbardziej prawdopodobny okres trwania odporności na wirusa układu oddechowego takiego jak SARS-CoV-2 wynosi kilkanaście lat. Dlaczego o tym mówię? Ponieważ **dysponujemy danymi odnośnie wirusa SARS-CoV-1, który kilkanaście lat temu krążył po świecie.** Pamiętajmy, że SARS-CoV-1 jest w 80 procentach podobny do SARS-CoV-1.

Uważam, że to najlepszy punk odniesienia można zaproponować. Dowody stanowią jasno. Pewien błyskotliwy immunolog komórkowy zbadał wszystkie te osoby, które wyzdrowiały po zakażeniu SARS-CoV-1. Pobrano próbki krwi i przetestowano, czy zachodzi

reakcja na ekspozycję na SARS-CoV-1.

I owszem, taka reakcja nastąpiła. **Osoby te posiadały w pełni sprawną pamięć immunologiczną bazującą na limfocytach T. Oczywiście posiadają także odporność na SARS-CoV-2, co wynika z dużego podobieństwa tych wirusów.**

Odporność krzyżowa

Tak więc twierdzę, że **na podstawie najlepszych dostępnych danych można dojść do wniosku, że czas trwania skutecznej odporności wynosi co najmniej 17 lat, a nawet jest prawdopodobnym, że ma ona charakter dożywotni.**

Odpowiedź limfocytów T w organizmach tych osób miała charakter podobny do testu, czy szczepionka nadal działa po wcześniejszej jej aplikacji, czy odporność nadal jest aktywna.

Uważam, że posiadamy mocne dowody na to, że czas trwania odporności może wynosić lata a może nawet mieć charakter dożywotni. Mieliśmy zaledwie **kilka przypadków osób, które jak się wydaje zaraziły się ponownie.** To bardzo interesujące przypadki i musimy im się bliżej przyjrzeć. **Najprawdopodobniej osoby te cierpią na zaburzenia układu immunologicznego.**

Nie twierdzę, że ponowne zakażenie nie jest możliwe, zaznaczam tylko, że **dotyczy to zaledwie 5 czy 50 osób.** WHO podało kilka tygodni temu szacunki, że **dotychczas z powodu SARS-CoV-2 ucierpiało ok. 750 mln osób.**

Oznacza to, że większość z tych osób nie zarazi się ponownie. Dlaczego tak się dzieje? Ponieważ jest to normalny proces, tak to właśnie wygląda w przypadku wirusów układu oddechowego.

Niektórzy wysuwają hasła typu „zero COVID", jakby to było jakieś hasło polityczne. Niektóre osoby podnoszą te hasła wręcz codziennie, choć nie mają jakichkolwiek kompetencji, by nawoływać do czegokolwiek.

Warto wiedzieć, że SARS-CoV-2 to nieprzyjemny wirus. Nie ma co

do tego dyskusji. Ale nie jest tym, czym jeszcze wiosną mówiono, że jest.

COVID – dlaczego terminologia ma znaczenie? – dr Malcolm Kendrick

Twierdzono, że śmierć z powodu wirusa poniesie ok. 3 proc. osób zakażonych. To jest straszna liczba, 30 razy wyższa śmiertelność, niż w przypadku grypy.

Mamy tendencję do przeszacowywania śmiertelności nowych chorób zakaźnych, gdy jesteśmy w sytuacji zagrożenia. Według mnie **śmiertelność COVID-19 jest taka sama, jak grypy sezonowej**.

Dlatego **nie ma potrzeby dążenia do zredukowania przypadków COVID-19 do zera. To jest nonsens i nie ma nic wspólnego z tym, jak działa biologia.** A **metody, które proponuje się, by ten cel osiągnąć, są znacznie bardziej destrukcyjne czy nawet patologiczne, niż sam wirus.**

Plusy i minusy środków zaradczych przeciw pandemii grypy – dr Thomas Inglesby, prof. Jennifer Nuzzo, prof. Tara O'Toole i prof. Donald Henderson [listopad 2006]
Dziesięć powodów, dla których paszporty odpornościowe to zły pomysł

Zwyczajnie **nie jest możliwym, by wyeliminować każdą jedną kopie wirusa odpowiedzialnego za chorobę COVID-19 a metody, które jakoby miały tego dokonać, po prostu zniszczyłyby społeczeństwo.** Pomijając same koszty, który byłyby ogromne.

Wiązało by się to z ograniczeniem naszej wolności, samo poruszanie się ograniczone byłoby wynikiem testu na obecność wirusa. Opisałem, w jaki sposób **z perspektywy czysto statystycznej odsetek wyników fałszywie pozytywnych taką wolność by nam odebrał.**

Uważam, że nie jest to wykonalne czy realistyczne z naukowego

punktu widzenia, jest nierealistyczne z medycznego punktu widzenia i nigdy czegoś na taką skalę nie przedsięwzięto. Gdy wirus pojawił się w Wlk. Brytanii na przełomie zimy i wiosny, ja również byłem zaniepokojony informacją, że szacuje się, że ok. 3 proc. zarażonych umrze.

Gdy premier ogłosił lockdown, nie było mi to w smak, ale rozumiałem, że może powinniśmy spróbować takiej metody.

Nieoczekiwane wykrycie przeciwciał na SARS-CoV-2 w okresie przed pandemicznym we Włoszech. [wrzesień 2019]
Dane CDC sugerują że COVID-19 był w USA już w listopadzie 2019 roku
Dr Denis Rancourt: Śmiertelność ze wszystkich przyczyn podczas COVID-19: Żadnej zarazy, prawdopodobna oznaka masowego morderstwa z powodu reakcji rządu [2 czerwca 2020]

Ważne jednak by zrozumieć, że gdy spojrzy się na krzywą przebiegu epidemii w populacji, jasnym stanie się, że liczba dziennych zakażeń przez dłuższy czas spadała po osiągnięciu szczytu i to jeszcze przed zarządzeniem lockdownu.

Covid-19 i konsekwencje lockdownów

Tak więc musieliśmy się zmagać z trudami lockdown przez wiele – już nie pamiętam ile – tygodni na marne. **Jeśli możemy mówić o jakimś istotnym wpływie lockdownów na liczbę czy odsetek zgonów, to powinniśmy zaklasyfikować konkretne przypadki z podziałem na populacje objęte i nieobjęte lockdownem, ale takiego rozróżnienia nie da się dokonać, gdyż kraje, w których występowała duża liczba zakażeń miały takie same statystyki bez względu na wprowadzony lockdown lub jego brak.**

Lockdowny nie działają i nie rozumiem, dlaczego posuwany się do takich radykalnych środków. Sądzę, że nie do końca wiemy, dlaczego niektóre kraje zostały bardziej dotknięte epidemią, niż inne kraje.

Moim zdaniem z naukowego punktu widzenia, najlepiej postawić

na miks różnych czynników, poczynając od odporności krzyżowej. Choć Chiny maiły ogromny problem w walce z epidemią w Wuhan i prowincji Hubei, jednak wirus nie przeniósł się na inne rejony kraju.

Masowe protesty w Wuhan, pół roku przed oficjalnym wybuchem koronawirusa [lipiec 2019]

Podejrzewam, że stało się tak, ponieważ **wielu obywateli posiadało tę nabytą odporność krzyżową.** Obywatele krajów sąsiadujących, jak sądzę, również taką odporność w większości posiadali. To jest jedna z hipotez. Druga natomiast jest taka, że w kontekście skali epidemii w danej populacji mieliśmy do czynienia z olbrzymią liczbą zgonów w państwach takich, jak Wlk. Brytania czy Belgia, Francja, czy może nawet Szwecja oraz znacznie mniejszą liczba zgonów w krajach takich jak Grecja czy Niemcy.

Myślicie zapewne, że krajach tych podjęto jakieś działania, które pozwoliły lepiej chronić obywateli. Chciałbym, by to była prawda. Ponieważ jeżeli w istocie zastosowano jakieś środki, które okazały się skuteczne, to moglibyśmy skorzystać z tych doświadczeń i lepiej przygotować się na przyszłość.

Ale niestety nie mamy żadnego dowodu, jakoby do tego przyczyniły się jakiekolwiek działania ludzkie. **Transmisja tego wirusa w populacji ludzkiej to w pełni naturalny proces, który kompletnie miał za nic nasze skromne działania na rzecz kontroli tej transmisji. Istnieje teoria, której nazwa niezbyt przypadłą mi do gustu, teoria „wyschniętego drewna".**

Jeśli w danym kraju mamy osoby podatne w sezonie zimowym na zgony w wyniku chorób wirusowych głównie układu oddechowego, i jeśli mamy do czynienia z łagodnym sezonem zimowym, jak np. w przypadku Wlk. Brytanii, gdzie taka sytuacja miała miejsce w poprzednim i jeszcze wcześniejszym zimowym sezonie grypowym, podobnie sytuacja wyglądała w Szwecji, **w konsekwencji mamy do czynienia z dużą liczbą osób podatnych, które są jeszcze**

starsze niż wynosi statystyczna norma w tym okresie.

Dlatego właśnie, jak sądzę, obserwowaliśmy tak dużą liczbę zgonów. To nadal było zaledwie 0,06 proc. populacji, co daje liczbę ofiar odpowiadającą jakimś 4 tygodniom przy normalnej statystycznie śmiertelności.

W przypadku krajów, gdzie zima była ostrzejsza, a Grecja i Niemcy doświadczyły w ostatnich 2 latach zimowych sezonów grypowych o dużej śmiertelności co oznaczało, że kraje te posiadały zmniejszoną liczbę osób podatnych w populacji i to było główną przyczyną mniejszej liczby zgonów.

To nie ma nic wspólnego z lockdownem, z testowaniem, śledzeniem i monitorowaniem zakażonych. Osobiście uważam, że żadne z tych środków nie miały jakiegokolwiek wpływu.

Na całym świecie liczby ujawniają przerażające żniwo śmierci w domach opieki [16 maja 2020]

Belgia, Wlk. Brytania, Szwecja były szczególnie podatne, a kraje nordyckie – zawsze ciśnienie mi się podnosi, kiedy słyszę, że kraje te obroniły się dzięki wprowadzonym lockdownom – jak mniemam te kraje doświadczyły normalnych sezonów grypowych w ostatnich 2, 3 latach. Szwecja, podobnie ja Wlk. Brytania, doświadczyła łagodnego sezonu epidemii grypy.

Wystarczy spojrzeć na statystyki śmiertelności w tym okresie. Mieliśmy do czynienia z niższa niż normalnie liczba zgonów w Szwecji i Wlk. Brytanii, a obecnie obserwujemy ponad normalną liczba zgonów z powodu COVID-19.

Być może istnieją inne przyczyny, nie twierdzę, że nie, ale uważam, że **to są dwa głównie czynniki, czyli wcześniejsza odporność populacji oraz hipoteza „wyschniętego drewna", czyli wpływ odsetka osób w populacji podatnych na chorobę w konsekwencji niskiego stopnia intensywności wcześniejszych sezonów grypowych.**

Te czynniki moim zdaniem wyjaśniają znaczącą część zgonów. Covid-19 i konsekwencje lockdownów. Uważam, że jest sporą arogancją czy wręcz czymś niepoważnym to, **że nasze rządy i eksperci mówią nam, że powinniśmy zastosować środki, które nigdy w przeszłości się nie sprawdziły, jak lockdown, że są w stanie zatrzymać transmisję wirusa atakującego układ oddechowy.**

Ani na moment w to nie wierzyłem, nie ma żadnych dowodów naukowych na poparcie takich działań i istnieją znacznie mocniejsze hipotezy naukowe, które wyjaśniają to zjawisko. Może się wydawać, że w kontekście ponad normalnej liczby zgonów, że COVID-19 przyczynił się do znacznego zwiększenia tej liczby, ale okazuje się, że nie za bardzo.

Rok 2020 zapowiada się, że uplasuje się na ósmym miejscu najgorszych lat od 1993 r. pod względem śmiertelności.

W tym kraju rocznie umiera ok. 620 tys. osób, jak to się mówi: „przez całe życie towarzyszy nam śmierć". To prawda. Oczywiście dla osób osobiście dotkniętych tą chorobą i śmiercią w jej wyniku jest to potworne przeżycie, ale nie jest to nic nadzwyczajnego w kontekście statystyk śmiertelności.

Jedną z rzeczy, które udało mi się zaobserwować w ostatnich latach, to że wydaje się, że zmierzamy w kierunku postnauki, postfaktów, jakby fakty nie miały już znaczenia.

Poprawność polityczna i postmodernizm – prof. Jordan Peterson
Rozumienie pojęcia prawdy w różnych systemach sterowania społecznego – Józef Kossecki
Myślenie pojęciowe, a myślenie stereotypowe – Andrzej Wronka, Kazimierz Ajdukiewicz

Dla kogoś, kto posiada doświadczenie naukowe zdobyte w trakcie 35-letniej praktyki w zawodzie jest to rzecz głęboko niepokojąca. Odradziłbym Wam słuchania moich wywodów, gdybym mówił np. o projektowaniu autostrad czy czymś podobnym. Nie mam o tym żadnego pojęcia. Albo np. o tym, jak prowadzić

szkółkę leśną. Nie mam na ten temat pojęcia.

Ale wiem nieco na temat immunologii, infekcji, stanów zapalnych, o tym, jak patogeny wywołujące choroby zakaźne transmitowane są w populacjach.

Nie mam żadnego powodu, by udzielać tego wywiadu poza troską o mój kraj. Musimy wyjść z tego kryzysu. Osobiście uważam, że droga wyjścia z tej sytuacji nie jest trudna i wymaga dwóch kroków.

Musimy wstrzymać testowanie poza szpitalne osób zdrowych, natychmiast. Testy te dają mętne, prowadzące do błędnych wniosków komunikaty, ale nasza polityka jest w całości prawie oparta na tych testach. To jest błąd i należy tego zaprzestać.

Nie mówię, żeby nie testować. Róbmy to w szpitalach. Zaprzestańmy masowego testowania i na miłość boską nie zwiększajmy ilości testów. To jest źródło patologii samo w sobie i musi być powstrzymane przez ludzi jasno myślących.

Obawiam się niestety, że ludzie zasiadający w SAGE, którzy dostarczają modeli, budują predykcje i proponują środki zaradcze, wykonują tak fatalną i pełną błędów pracę, rażąco niekompetentną, że powinno się tym ludziom już podziękować. Natychmiast powinno się ich zwolnić.

Skutkiem ich decyzji są niewinne ludzkie życia stracone z przyczyn innych, niż COVID-19. Należy te osoby zdymisjonować. Ten zespół powinien być przebudowany od początku i złożony z osób posiadających stosowne kompetencje, unikając zwłaszcza kandydatów, którzy mogą w najmniejszym nawet stopniu wywoływać podejrzenie zachodzenia konfliktu interesów.

Wydaje się, że jesteśmy od krok od przepaści i mam nadzieję, że się cofniemy.

Źródło:

pubmedinfo.org