

Molnupiravir: Cudowny Lek na Covid czy oszustwo do zarabiania pieniędzy?



Co się stanie, gdy nie [uda ci](#) się stworzyć szczepionki na „Covid-19”, a potem zdasz sobie sprawę, że właśnie przegapiłeś okazję do [zarobienia](#) miliardów dolarów?

Pośpiesznie opracowujesz nowy lek, przeprowadzasz w pośpiechu badania kliniczne (które sam projektujesz, aby zapewnić dobre wyniki), a następnie ogłaszasz go światu jako lekarstwo na Covid, na które wszyscy czekaliśmy, z wyjątkiem tego, że nikt na niego nie czekał ponieważ Covid [nie jest bardziej śmiertelny niż grypa](#) i można go [leczyć za](#) pomocą łatwych do zdobycia, niedrogich środków (jeśli w ogóle [istnieją](#)).

Ale rządy są zbyt głupie, by o tym wiedzieć, a większość polityków podejmujących decyzje należy do ciebie, więc kogo to obchodzi? Dopóki są gotowi zainwestować w twoją nową miksturę, nie musi to być nawet konieczne, bezpieczne, skuteczne lub etyczne...

Tak, mówię o „Molnupiravir”, najnowszej truciźnie firmy Merck, promowanej jako skuteczne leczenie przeciwko Covid-19 (poczekaj, myślałem, że po to były szczepionki?).

Ten niezatwierdzony (tak, niezatwierdzony) lek kosztuje 700 dolarów za cykl, a rząd USA właśnie zgodził się na [zakup 1,7 miliona cykli](#). To inwestycja w wysokości 1,2 MILIARDA dolarów.

Umowa jest częścią zobowiązania administracji Bidena do „odpowiadania na potrzeby zdrowotne społeczeństwa”, ale w rzeczywistości jest to po prostu operacja wysysania pieniędzy, a amerykańska opinia publiczna zajmuje drugie miejsce.

Molnupirawir jest sprzedawany publicznie jako kolejny wielki przełom w leczeniu Covid-19 na podstawie tego, [co wydaje się być JEDNYM badaniem](#), które nigdy nawet nie zostało ukończone. Ponadto badanie zostało przeprowadzone przez firmę Merck (twórców leku), która zdecydowała się nie ujawniać żadnych zdarzeń niepożądanych. Jeśli to nie jest wystarczająco podejrzane, badanie nigdy nie zostało opublikowane w recenzowanym czasopiśmie.

Komunikaty medialne są najwyraźniej nowym standardem, jeśli chodzi o ocenę leczenia. W końcu, po co miałbyś czekać na niezależne potwierdzenie swoich wyników lub obiektywną recenzję, skoro możesz zdobyć płatnych dziennikarzy, bez odrobiny wiedzy medycznej, aby przekonać opinię publiczną, że potrzebują twojego nowego leku?

Gdyby rządowi naukowcy uczciwie byli odpowiedzialni za ocenę Molnupiraviru, a nie przekupionych podróbek farmaceutycznych, mogliby być zaniepokojeni brakiem testów lub nieujawnieniem zdarzeń niepożądanych, mogliby nawet zauważyć, że witamina D ma DUŻO lepsze wyniki w zwalczaniu „Covid -19”. W rzeczywistości, [jedno badanie](#) opublikowane w bardzo szanowanym i wpływowym *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* wykazało, że witamina D zmniejszyła śmiertelność wśród **pacjentów z ciężkim Covid-19 o 79%**.

Porównaj to z rzekomą 50% redukcją oferowaną przez Molnupiravir dla pacjentów „łagodnych do średnio chorych”. [Nie wspominając o różnicy w kosztach](#). Jak wspomniano wcześniej, Molnupiravir kosztuje 700 USD za cykl, podczas gdy witamina D kosztuje ułamek tej kwoty.

Co więcej, chociaż firma Merck zdecydowała się nie ujawniać

działań niepożądanych, wiarygodne dane z lat pokazują, że suplementacja witaminą D jest niezwykle bezpieczna. Przyjmowanie witaminy D jest nie tylko bezpieczne, ale także przynosi [wiele korzyści w różnych stanach](#), w tym depresji, lęku, bólu, stanach zapalnych, nadciśnieniu, chorobach układu krążenia i innych.

Jak było oczywiste od samego początku „pandemii”, kiedy eksperci medycyny żywieniowej byli oczerniani w prasie za [zalecanie „śmiertelnych” dawek witamin](#), światowe zdrowie zostało przejęte przez żądny zysku, bez empatii, toksyczny kartel „medycyny” Big Pharmacy, a nasze rządy przez cały czas były z nimi w łóżku.

Co więcej, trwa to dłużej niż większość ludzi myśli. W rzeczywistości ponad dekadę wcześniej rządy zawierały miliardowe transakcje kupna zapasów „Tamiflu”, równie bezużytecznego leku na grypę, który [później okazał się nie mieć wpływu](#) na zmniejszenie liczby hospitalizacji, zgonów lub powikłań grypy.

W rzeczywistości później stwierdzono, że Tamiflu powoduje szereg [poważnych działań niepożądanych](#), w tym majaczenie, ataki paniki, a nawet halucynacje. Do „łagodniejszych” skutków ubocznych należą nudności i wymioty.

W 2020 r. niezapiecztowany pozew przeciwko informatorom ujawnił, że firma farmaceutyczna Hoffman-La Roche, producent Tamiflu, błędnie przedstawiła badania kliniczne i złożyła fałszywe twierdzenia dotyczące skuteczności leku w leczeniu grypy. W artykule z 2020 roku [Nasdaq cytuje adwokata Marka Laniera](#), który powiedział, że:

Jak stwierdzono w skardze – Tamiflu nie robi tego, co obiecał Roche... Roche ukrywał ten fakt przez wiele lat, wybiórczo cytując swoje badania i zatajając dane dotyczące Tamiflu. Firma wykorzystała lobbystów, kluczowych liderów opinii i ghostwriterów do promowania Tamiflu, składając

oszukańczą obietnicę rządowi obawiającemu się pandemii grypy”.

Mimo to lek pozostaje na liście „[podstawowych leków](#)” [Światowej Organizacji Zdrowia](#). Rządy USA i Wielkiej Brytanii wydały odpowiednio 1,3 miliarda i 703 miliony dolarów na zakup „strategicznych rezerw” Tamiflu w ramach przygotowań do globalnej pandemii grypy.

W tym czasie media (które jeszcze nie sprzedały się całkowicie [Mr.Global](#)) potępiły inwestycje jako [stratę pieniędzy](#).

Rządy dokonały tych dziwacznych inwestycji na podstawie „niekompletnych” danych, co dokładnie miało miejsce w przypadku ostatniej umowy na zakup Molnupiraviru firmy Merck. I założę się, że kiedy pojawi się więcej danych, ponownie okaże się, że rządy zmarnowały miliony z pieniędzy podatników.

Przekupieni politycy woleliby pogłębić swoje kieszenie, niż wprowadzać rozsądną politykę zdrowotną lub inwestować pieniądze w nabywanie i promowanie witaminy D, która nie tylko ratowałaby życie, ale także pomogłaby poprawić zdrowie psychiczne w [żałośnie ubogiej](#) populacji wyniszczonej przez lęki i depresję.

Jako ekspert medycyny funkcjonalnej, dr Alex Vasquez stwierdza w swoim [najnowszym blogu](#):

...infekcje wirusowe oraz strach i ignorancja wokół nich stały się dla firm farmaceutycznych świetnym sposobem na sprzedawanie bezwartościowych leków ich przekupionym politykom. Gdybyśmy wydali te pieniądze na promocję zdrowia, a nie na promocję strachu, byliśmyby bardziej wolni, silniejsi, zdrowsi i wyzwolilibyśmy się z mentalnej niewoli strachu, ignorancji i zależności”.

Co więcej, nie można przecenić [znaczenia światła słonecznego](#), ponieważ oprócz tego, że jest naszym głównym źródłem witaminy

D, indukuje również produkcję kilku silnych metabolitów przeciwwirusowych, które pomagają organizmowi w walce z chorobami.

Ten artykuł nie byłby kompletny, gdyby nie wspomnieć przynajmniej o niektórych korupcjach, sprawach sądowych i rażących przestępstwach, w które firma Merck była zaangażowana przez lata. Najbardziej rażącym z tych przestępstw i jednym z największych skandali w historii medycyny była promocja przez firmę jej leku przeciwzapalnego Vioxx.

W okresie rozkwitu Vioxx zarabiał dla firmy Merck [2 miliardy dolarów rocznie](#), a szacunki wykazały, że około 25 milionom pacjentom przepisano ten lek. We wrześniu 2004 r. firma Merck została zmuszona do wycofania leku Vioxx z powodu wykazania, że [powoduje on niepożądane zdarzenia sercowo-naczyniowe](#), takie jak zawał serca i udar.

Merck zatrzasnął masywny pozew klasy działania, który został ostatecznie rozstrzygnięty za \$ 4,85 mld USD w roku 2007. Nie tylko Merck zatuszował dane sugerujące, że ich lek był niebezpieczny, ale nielegalnie promował go jako „[nieoficjalny lek](#)” na reumatoidalne zapalenie stawów, bez wskazania jego skuteczności.

Według zeznań dr Davida Grahama, zastępcy dyrektora ds. nauki i medycyny w Biurze ds. Bezpieczeństwa Leków FDA, [Vioxx spowodował 55 000 przedwczesnych zgonów z powodu](#) zawału serca i udaru mózgu.

Nawet lata po zażyciu leku pacjenci często nadal doświadczają problemów, co wskazuje, że Vioxx mógł zabić znacznie więcej osób niż ostrożne szacunki dr Grahama, który w końcu pracuje dla FDA, organizacji odpowiedzialnej za ocenę bezpieczeństwa leku.

W rzeczywistości, po przeanalizowaniu danych dotyczących śmiertelności w USA, począwszy od roku wydania Vioxx do roku, w którym został wycofany, Ron Unz, wydawca The American

Conservative, [doszedł do zaskakującego wniosku](#), że Vioxx mógł być odpowiedzialny za nawet 500 000 zgonów, głównie w populacji osób starszych (65+).

Po skandalu Merck [zatrudnił](#) firmę PR Burson-Marsteller (której [wcześniejsze kampanie](#) obejmują tuszowanie ludobójstwa w Nigerii, walkę z władzami zdrowotnymi w sprawie dymu papierosowego z drugiej ręki oraz bagatelizowanie nadużyć Apple wobec chińskich pracowników fabryk), aby pomóc oczyścić swój publiczny wizerunek i pokazać ich jako „etycznego gracza na arenie opieki zdrowotnej”.

I wydaje się, że to zadziało, bo oto jesteśmy, 15 lat później, z innym bezwartościowym – i prawdopodobnie dość niebezpiecznym – lekiem Merck promowanym na całym świecie jako lek na „Covid-19”. Jak można się było spodziewać, rząd Wielkiej Brytanii [wyraził zainteresowanie Molnpiravirem](#), a wiele innych krajów ma pójść w jego ślady.

Ale historia kryminalna firmy Merck sięga dalej niż 1999 r., kiedy Vioxx trafił na półki sklepowe, ponieważ już w latach 60. firma Merck stanęła w obliczu kontrowersji dotyczących swojego leku na zapalenie stawów, Indocin. Chociaż lek został zatwierdzony przez FDA, później ujawniono, że lek [nie został odpowiednio przetestowany](#) pod [kątem](#) skuteczności lub skutków ubocznych.

Niecałą dekadę później, lek Merck DES (dietylostilbestrol), rzekomo zapobiegający poronieniom, [okazał się rakotwórczy](#), powodując przypadki raka szyjki macicy i innych zaburzeń ginekologicznych. I wreszcie (ale z pewnością nie mniej ważne) w 2007 roku wykazano, że lek firmy Merck na cholesterol „Zetia” [powoduje chorobę wątroby](#), ryzyko, które było znane firmie Merck, która celowo ukryła potępiające wyniki badań.

Dla tych, którzy uważają, że media są po prostu stronnice w kierunku leków farmaceutycznych, jest to naiwne założenie. Za nagłówkami gazet, magazynów i programów telewizyjnych kryje

się skoordynowany wir władzy społeczno-politycznej, zasiany korupcją Big Pharma/Big Money.

Czerpiąc [z pracy dr Alexa Vasqueza](#), przedstawiam tutaj krótkie podsumowanie działania systemu:

1. Czasopisma medyczne są z natury nastawione na publikowanie artykułów prolekowych. Służą one następnie jako reklamy przemysłu farmaceutycznego, który płaci miliony dolarów za przedruki czasopism.
2. Media głównego nurtu, takie jak gazety, magazyny, programy telewizyjne i publikacje online, ponownie publikują informacje dotyczące proleków, ku uciesze przemysłu farmaceutycznego.
3. Medycyna i media głównego nurtu stają się następnie prolekową komorą echa dla stronnictwej propagandy Big Pharmacy.
4. Firmy farmaceutyczne zwiększają sprzedaż, zyskują i budują wpływy do tego stopnia, że ☐ mają większą władzę niż rządy.
5. Firmy farmaceutyczne infiltrują edukację medyczną, media i politykę zdrowotną; płacą „badaczom” za publikowanie i nauczanie informacji korzystnych dla paradygmatu farmaceutycznego.
6. **Następnie rządy tworzą polityki i dokonują inwestycji, które faworyzują firmy farmaceutyczne, a nie obywateli danego kraju.**

W chwili pisania tego tekstu Molnupiravir nie został jeszcze zatwierdzony przez FDA. Jednak firma Merck zwróciła się do FDA o udzielenie „awaryjnej” zgody ze względu na rzekomą skuteczność leku. Biorąc pod uwagę decyzje podjęte do tej pory przez FDA, wraz z faktem, że [fundusze od firm farmaceutycznych, takich jak Merck](#), stanowią 75% budżetu FDA na przegląd leków, jakie są według Ciebie szanse na zatwierdzenie Molnupiraviru?

A czy zaufałybyś lekarzowi, który ci to przepisał?

Maseczki „skuteczne i bezpieczne” – kłamstwo powtórzone tysiąc razy staje się prawdą



Powszechne maskowanie społeczeństwa jest nieuzasadnione – 15 argumentów i podsumowanie ponad 100 publikacji podważających skuteczność i bezpieczeństwo masek.

(Artykuł ponownie opublikowany z portalu ProRemedium.pl)

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) (...) 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 / 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 INFЕКCJĄ 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 L., 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/343399832_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_influe

nza_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/>

[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

**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]

**Saunders 2017, przegląd systematyczny 16 badań RANDOMIZOWANYCH
z metaanalizą:**

„Wpływ masek na redukcję transmisji grypy pandemicznej był nieistotny” [2]

Jacobs 2009, badanie RANDOMIZOWANE

„Nie wykazano, aby stosowanie masek chirurgicznych przez pracowników służby zdrowia przynosiło korzyści w zakresie objawów przeziębienia” [3]

Brainard 2020, przegląd systematyczny 31 badań, w tym 12 badań RANDOMIZOWANYCH:

„Dowody nie są wystarczająco mocne, aby wspierać powszechne stosowanie masek” [4]

Xiao 2020, przegląd systematyczny 10 badań RANDOMIZOWANYCH:

„Nasz przegląd systematyczny nie wykazał istotnego wpływu masek i higieny rąk na transmisję laboratoryjnie potwierdzonej grypy” [5]

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 rozprzestrzeniania 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]

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]

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]

Cowling 2010, Cambridge University Press:

„Żadne z trzech kontrolowanych badań nad stosowaniem masek w przestrzeni publicznej nie dostarczyło konkluzyjnych dowodów na ich skuteczność”[9]

Jefferson 2020b, Oxford Centre for Evidence-Based Medicine:

„(...) pomimo dwóch dekad przygotowań do pandemii, istnieje znaczna niepewność co do wartości noszenia masek” [10]

Hunter 2020:

„powszechne stosowanie masek lub nakryć nie przynosi żadnych korzyści (...) mogą one faktycznie zwiększać ryzyko infekcji” [11]

Kłompas 2020, New England Journal of Medicine:

„Noszenie maski poza placówkami służby zdrowia zapewnia niewielką, jeśli w ogóle jakąkolwiek ochronę, przed infekcją” [12]

Kappstein 2020:

„Nie ma dowodów na skuteczność masek odzieżowych, niewłaściwe codzienne stosowanie masek przez społeczeństwo może w rzeczywistości prowadzić do wzrostu liczby infekcji” [13]

Rancourt 2020:

„Maski nie zapobiegają chorobom grypopodobnym układu oddechowego lub chorobom układu oddechowego przenoszonym przez cząsteczki aerozolu i krople” [14]

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]

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]

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]

Marks 2021, The Lancet Infectious Diseases

„Nie znaleźliśmy żadnych dowodów na zmniejszenie ryzyka transmisji u osób, które zgłosiły używanie maski” [18]

Norwegian Institute of Public Health, 2020 :

„(...) około 200 000 osób musiałyby 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]

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 aerozolu. I należy podkreślić, że badanie to opierało się na osobach z chorobą objawową, czyli w kontekście innym niż tutaj rozważanym” [20]

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. 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]

Chou, 2020:

„siła 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]

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]

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 ograniczenia jako profilaktyki przeciwko patogenom należy również wziąć pod uwagę w placówkach medycznych” [24]

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]

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]

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].

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 jakiegokolwiek ochrony będzie zależeł 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/ma wątpliwości co do ARGUMENTU I, 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 nienoszące masek nazywa się bandytami i medycznymi troglodytami [29], chce się zamykać w psychiatryku [30] i rzucać na nich infamię [31]

Źródła:

1. -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. https://www.researchgate.net/publication/316593294_Effectiveness_of_personal_protective_measures_in_reducing_pandemic_influenza_transmission_A_systematic_review_and_meta-analysis
3. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19216002/>
4. <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 <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-evid>

[ence-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.” Rcreader, 2020, <https://www.rcreader.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 Dugré 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-medyczny-troglodyci-lekarze-komentuja-demonstracje-proepidemiow>

30. <https://silesia24.pl/wideo/szczegoly/ostre-slowa-prof-ze-mbali-antycovidowcow-zamknac-w-psychiatryku-19153>

[Rzecznik resortu zdrowia straszy. Osoby bez maseczek chce objąć infamią](#)

ARGUMENT 3

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

EUROPEJSKIE CENTRUM DS. ZAPOBIEGANIA I KONTROLI CHORÓB (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 SKĄPE I BARDZO MAŁO WIARYGODNE [1]

ŚWIATOWA ORGANIZACJA ZDROWIA (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 po prostu 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](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 4

MASKI NIE CHORNIĄ 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 poddawanych planowej operacji.” [2]

Cochrane Database of Systematic Reviews, 2002:

„Nie jest jasne, czy noszenie chirurgicznych masek powoduje jakiegolwiek 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 5

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 wyniki przełomowego badania opublikowanego w NATURE zostały 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 μ m. 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 co najmniej 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 6

BRĄK RÓŻNIC W SKUTECZNOŚCI MIĘDZY MASKĄ N95 A MASKĄ CHIRURGICZNĄ – DOWÓD NA BRĄK ISTOTNEJ KORZYŚCI Z BŁOKOWANIA KROPEL 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 gripą lub pacjentami podejrzanymi o gripę” [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 AEROSZU, 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.rcreader.com/commentary/still-no-conclusive->

ARGUMENT 7

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 wirerii 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 kątownie ucha zewnętrznego (odstawanie uszu) [34, 36-40].

Personel medyczny: bóle głowy, mniejsza 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” [57]

Borovoy, 2020b:

„Ze względu na duże ryzyko dla osób noszących maski (...) pilnie 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” [58]

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 Cuchí (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.>

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_Friable_mask_parti
culate_and_lung_vulnerability

28. https://pdmj.org/papers/masks_false_safety_and_real_dangers_part3/
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. patrz pozycja 11
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/de6894fb-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. Lewkowic. 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 Gentile, 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. 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> – <https://link.springer.com/article/10.1007/s00266-020-01833-9>
41. 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>
42. 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>
43. 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>
44. Purushothaman, P.K., Priyanga, 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>

45. 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>
46. 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>
47. 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>
48. 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>
49. 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/FD3DF0B1437D8E4C9C577D09A2295C68>
50. 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/>

51. Zaheer : 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. M. Frountzas, 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>
53. 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>
54. Rosner, E. „Adverse effects of prolonged mask use among health care professionals during COVID-19." *J Infect Dis Epidemiol* 6 (2020): 130
55. Purushothaman, P. K., E. Priyanga, 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.
56. Dehbandi, Reza, and Mohammad Ali Zazouli. „Stability of SARS-CoV-2 in different environmental conditions." *The Lancet Microbe* 1.4 (2020): e145
57. https://pdmj.org/papers/masks_false_safety_and_real_dangers_part2/
58. https://pdmj.org/papers/masks_false_safety_and_real_dangers_part2/

ARGUMENT 8

NEGATYWNE OPINIE EKSPERCKIE NA TEMAT MASEK NA POCZĄTKU PANDEMII C-19

Prof. Łukasz 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 nosimy maseczki to nie mamy większego wpływu na ochronę innych przed zakażeniem, a w dodatku szkodzimy własnemu zdrowiu. Nasuwa się wniosek, że jesteśmy okłamywani 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 zalecała 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) podkreślały, 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 przeciętna 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/i/294542>
5. <https://plus.gloswielpolski.pl/koronawirus-maseczki-da-ja-zludne-poczucie-bezpieczenstwa-bo-nie-potrafimy-z-nich-poprawnie-korzystac-mowi-mikrobiolog/ar/c1-14886265>
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?c=96&nil=&src01=6a4c8>
9. <https://www.rp.pl/Koronawirus-SARS-CoV-2/200809981-Holandia-Maski-nie-beda-obowiazkowe-Nie-ma-dowodow-ze-dzialaja.html>

ARGUMENT 9

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 Cuchí (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:

„Powszechne stosowanie w społeczności masek lub nakryć NIE PRZYNOSI ŻADNYCH KORZYŚCI. Rzeczywiście istnieje nawet sugestia, że MOGĄ ONE FAKTYCZNIE ZWIĘKSZAĆ RYZYKO INFЕКCJI” [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 INFЕКCJI” [16]

MacIntyre, 2015: Autorzy badania przestrzegają przed

stosowaniem maseczek odzieżowych, ponieważ zatrzymywanie wilgoci, ponowne użycie i słaba filtracja MOGĄ POWODOWAĆ ZWIĘKSZONE RYZYKO INFEKCJI, a wirus może przetrwać na powierzchni maseczki – istnieje ryzyko wprowadzenia wirusa do organizmu poprzez wielokrotne użycie i niewłaściwe zdejmowanie [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_part4/
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 10

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 dłońią, 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 11

RYZYSKO 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 RYZYSKO ŚMIERCI Z POWODU COVID-19 wynosi $2,43 \text{ mln} / 7,8 \text{ mld} = 0,03\%$.

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: $1,35 \text{ mln} / 7,8 \text{ mld} = 0,017\%$

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 12

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 INFЕКCJI TYGODNIOWO [2]

Przy nadal niepewnym założeniu, że asymptomatyczna transmisja wirusa jest istotna (patrz ARGUMENT 5), to i tak ryzyko bezobjawowej transmisji wirusa może być 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/dokumenterfiler/rapporte>

[r/2020/should-individuals-in-the-community-without-respiratory-symptoms-wear-facemasks-to-reduce-the-spread-of-covid-19-report-2020.pdf](https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.09.01.20135194v1.full.pdf)

3. Byambasuren O, Cardona, M., Bell, K., Clark, J., McLaws, M.-L., Glasziou, P. Estimating the extent of true asymptomatic COVID-19 and its potential for community transmission: systematic review and metaanalysis. 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
5. 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 13

CZĄSTECZKI WIRUSA Z NOŚNIKIEM SWOBODNIE PRZECHODZĄ PRZES 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 PRZES DOWOLNĄ MASKE [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 ($<100\text{ }\mu\text{m}$) 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, uwalniają 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 $100\text{ }\mu\text{m}$, a rozmiar między porami maski wynosi $55\text{-}440\text{ }\mu\text{m}$ [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 prawdopodobnie 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 particular 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 14

OGRANICZONA WIARYGODNOŚĆ PUBLIKACJI SUGERUJĄCYCH SKUTECZNOŚĆ 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 3) mogły dać impuls innym autorom do odważniejszego formułowania wniosków zgodne z przyjętą przez te agencje narracją, pomimo braku twardych dowodów naukowych.

Konieczność stosowania nefarmakologicznych 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 właściwie te same wcześniej 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 takie informacje „Jeśli chodzi o zmniejszenie wskaźników infekcji, szacunki 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, spadochrony 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 nienoszenie 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 I.

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 skuteczności pomijając kwestie 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.

Źródła:

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.
9. Clapham, Hannah E., and Alex R. Cook. „Face masks help control transmission of COVID-19.” *The Lancet Digital Health* 3.3 (2021): e136-e137.
10. Coclite, Daniela, et al. „Face mask use in the Community for Reducing the Spread of COVID-19: a systematic review.” *medRxiv* (2020)
11. Peeples, Lynne. „What the data say about wearing face masks.” *Nature* 586 (2020): 186-189.
12. Catching, Adam, et al. „Examining face-mask usage as an effective strategy to control COVID-19 spread.” *medRxiv* (2021): 2020-08.
13. 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/>
14. <http://www.economicsfaq.com/retract-the-lancets-and-who-funded-published-study-on-mask-wearing-criticism-of->

physical-distancing-face-masks-and-eye-protection-to-prevent-person-to-person-transmissi/

15. <https://www.theguardian.com/science/2020/jun/14/scientists-report-flaws-in-who-study-on-two-metre-distancing>
16. [aier.org/article/masking-a-careful-review-of-the-evidence/](https://www.aier.org/article/masking-a-careful-review-of-the-evidence/)
17. Tabatabaeizadeh, Seyed-Amir. „Airborne transmission of COVID-19 and the role of face mask to prevent it: a systematic review and meta-analysis.” *European Journal of Medical Research* 26.1 (2021): 1-6.
18. MacIntyre, C. Raina, et al. „Human coronavirus data from four clinical trials of masks and respirators.” *International Journal of Infectious Diseases* 96 (2020): 631-633.
19. Sankoh, Abdul J., Haihong Li, and Ralph B. D’Agostino Sr. „Use of composite endpoints in clinical trials.” *Statistics in medicine* 33.27 (2014): 4709-4714.
20. Damette, Olivier. „Zorro versus Covid-19: fighting the pandemic with face masks.” *medRxiv* (2021). – preprint
21. Ollila, Hanna M., et al. „Face masks prevent transmission of respiratory diseases: a meta-analysis of randomized controlled trials.” *medRxiv* (2020).
22. Gupta, Madhu, Khushi Gupta, and Sarika Gupta. „The use of facemasks by the general population to prevent transmission of Covid 19 infection: A systematic review.” *medRxiv* (2020).
23. Wu, Jiang, et al. “Risk Factors for SARS among Persons without Known Contact with SARS Patients, Beijing, China.” *Emerging Infectious Diseases*, Centers for Disease Control and Prevention. 2004. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3322931/.
24. Lau, Joseph T F, et al. “SARS Transmission, Risk Factors, and Prevention in Hong Kong.” *Emerging Infectious Diseases*, Centers for Disease Control and Prevention. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3323085/.
25. Van Der Sande, Marriane, et al. “Professional and Home-

Made Face Masks Reduce Exposure to Respiratory Infections among the General Populatoin."PloS One. 2008. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2440799.

26. Johnson, D F, et al. "A Quantitative Assessment of the Efficacy of Surgical and N95 Masks toFilter Influenza Virus in Patients with Acute Influenza Infection." Clinical Infectious Diseases : an Official Publication of the Infectious Diseases Society of America, U.S. National Library of Medicine. 2009.
27. Matthews, Sajith. „Mask mandates in light of DANMASK-19." Infection Control & Hospital Epidemiology (2021): 1-2.

ARGUMENT 15

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 Śródziemnym 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/?doing_wp_cron=1617320496.2220060825347900390625

Dr n. med. Piotr Witczak

Raport ze Szwecji i UK pokazuje, że większość zgonów to w pełni zaszczepieni



Według szwedzkiej gazety *Svenska Dagbladet*, Szwedzka Agencja Zdrowia Publicznego poinformowała na początku tego miesiąca, że **70 procent zgonów z powodu COVID-19 w okresie od 1 do 24 września miało miejsce w przypadku „w pełni zaszczepionych”**. Szwecja odnotowała w tym czasie około 130 śmiertelnych przypadków COVID.

Po wyjściu na jaw tych danych w czwartek Agencja Zdrowia Publicznego ogłosiła, że „w pełni zaszczepione” osoby z objawami koronawirusa będą zwolnione z wymogów testowych, kilka dni po ujawnieniu przez agencję gwałtownego wzrostu zgonów poszczepiennych wobec COVID.

Ostatnie dane opublikowane przez brytyjskie władze zdrowotne wskazują na podobny przełomowy wzrost w Wielkiej Brytanii

Raport brytyjskiej Agencji Bezpieczeństwa Zdrowia (UKHSA) opublikowany **07 października** pokazał, że większość brytyjskich zgonów od COVID-19 we wrześniu miał miejsce u „w pełni zaszczepionych. **Wielka Brytania ma prawie identyczny wskaźnik szczepień jak Szwecja.**

Według danych UKHSA między 6 września a 3 października **70 procent śmiertelnych przypadków COVID wystąpiło u osób w pełni zaszczepionych**, z 2281 zgonami u „w pełni zaszczepionych” osób i tylko 611 u osób nieszczepionych w ciągu 28 dni od

pozytywnego testu. Osoby częściowo zaszczepione miały udział tylko w 98 zgonach.

Surging [#Covid_19](#) in UK with 49,156 new cases and 45 new [#deaths](#) reported on 18 October 2021. 78.9% of all aged 12 and up are DOUBLE VACCINATED. [#Breakthrough](#)

– Geoffrey Norman Pain (@FluoridePoison) [October 18, 2021](#)

Dochodzi jeszcze pytanie, ile osób wiernie nosiło maski spośród tych 611 nieszczepionych a ilu przypisano c19, a ile umarło na gripę, która co roku zbiera żniwa?

Zgony na COVID-19 wśród „w pełni zaszczepionych” Brytyjczyków stanowiły dramatyczny wzrost od sierpnia

Najnowsze dane UKSHA wykazały również, że zaszczepieni pacjenci zdominowali hospitalizacje z powodu COVID-19. **3910 „w pełni zaszczepionych” osób zostało przyjętych do szpitala z powodu COVID między 6 września a 3 października, w porównaniu z około 2400 nieszczepionymi pacjentami. Całkowicie lub częściowo zaszczepieni razem stanowili około 64 procent wszystkich hospitalizacji związanych z COVID.**

Wzrost liczby zgonów związanych z COVID-19 w Wielkiej Brytanii odzwierciedla trendy w innych krajach o wysokim poziomie szczepień, w tym w Stanach Zjednoczonych.

Najbardziej zaszczepiony stan Ameryki, również poinformował w zeszłym miesiącu, że 76 procent zgonów koronawirusa w tym stanie we wrześniu było w pełni zaszczepionych.

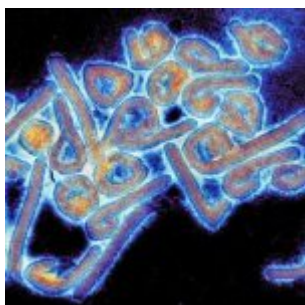
W stanie Maryland, gdzie ponad 85 procent dorosłych otrzymało co najmniej jedną dawkę szczepionki przeciw COVID, około jedna trzecia ostatnich zgonów spowodowanych wirusami dotyczyła osób „w pełni zaszczepionych”.

W ciągu ostatnich sześciu-ośmiu tygodni, **więcej niż 40% ludzi,**

którzy zginęli w Maryland zostali w pełni zaszczepione", były dyrektor CDC dr Robert Redfield, starszy doradca gubernator Maryland Larry Hogan, powiedział w tym tygodniu w wywiadzie Fox News. Departament Zdrowia Maryland poinformował, że przełomowe zgony były bliższe 30.

Źródło: LifeSiteNews.com

Obligacje pandemiczne. Bank Światowy przygotowany na globalną katastrofę



Artykuł opublikowano 08.07.2017 na portalu money.pl.

Bank Światowy przygotował się finansowo na wypadek wystąpienia pandemii śmiertelnych wirusów. Ma już 500 mln dol., żeby szybko reagować na nowe zagrożenia. „Obligacje pandemiczne” znalazły kupców, którzy otrzymują wysokie oprocentowanie, ale ryzykują utratą całego kapitału, jeśli w biednych krajach pojawią się nowe ogniska chorób.

Bank Światowy przygotował się finansowo na wypadek wystąpienia pandemii śmiertelnych wirusów. Ma już 500 mln dol., żeby szybko reagować na nowe zagrożenia. „Obligacje pandemiczne” znalazły kupców, którzy otrzymują wysokie oprocentowanie, ale ryzykują utratą całego kapitału, jeśli w biednych krajach

pojawiają się nowe ogniska chorób.

Kiedy epidemia [gorączki](#) krwotocznej Ebola przełała się przez zachodnią Afrykę w 2014 roku, zajęło kilka miesięcy, żeby zgromadzić około 100 mln dol. pomocy dla krajów, które jej pilnie potrzebowały – podaje Bank Światowy. W tym czasie tysiące ludzi zmarło.

Urzednicy Banku wpadli na pomysł przygotowania się do walki z kolejnymi tego typu wydarzeniami. Zwrócili się do rynków finansowych z ofertą emisji „obligacji pandemicznych” i powiązanych z nimi instrumentów pochodnych na kwotę 425 mln dol., by móc szybko reagować na niebezpieczeństwa – podaje [serwis Quartz](#).

Uzyskane w ten sposób pieniądze stanowią większość z 500 mln dol. budżetu funduszu [Pandemic Emergency Financial Facility](#), zapewniającego w ciągu najbliższych pięciu lat szybkie wypłaty dla krajów ubogich w przypadku wybuchu chorób zakaźnych.

Obligacje mają na celu przeniesienie ryzyka kryzysu zdrowotnego w krajach o niskim [dochodzie](#) na globalne rynki finansowe. Prezydent Banku Światowego Jim Yong Kim powiedział, że pomoże to odejść od „cyklu [paniki](#) i zaniedbania”, które charakteryzowało ostatnie pandemiczne.

Schemat działania obligacji pandemicznych zapewnia inwestorom regularne wypłaty odsetek. Jeśli jednak nastąpi wybuch choroby, inwestorzy nie otrzymają z powrotem wpłaconych pieniędzy.

Emisja obejmować będzie dwa rodzaje obligacji z terminem wypłaty w lipcu 2020 roku. Pierwsza seria na 225 mln dol. jest oprocentowana na 7 proc. rocznie. Wypłata będzie zawieszona, jeśli pojawią się nowe [wirusy grypy](#) lub śmiertelnie niebezpiecznych koronawirusów (SARS, MERS), które u ludzi mogą się przyczynić do rozwoju różnych schorzeń, począwszy od [przeziębienia](#) do zespołu ciężkiej ostrej niewydolności oddechowej.

Druga, bardziej ryzykowna seria obligacji zgromadziła 95 mln dol. z oprocentowaniem przekraczającym 11 proc. Pieniądze z tych obligacji nie zostaną zwrócone w przypadku wybuchu epidemii filowirusów (np. Ebola i Marburg), gorączki Lassa, lub gorączki krwotocznej krymsko-kongijskiej.

Bank Światowy wyemitował również swapowe instrumenty pochodne na 105 mln dol., które działają w podobny sposób do obligacji.

Nowe obligacje stworzone zostały na wzór „obligacji katastroficznych”, emitowanych od połowy lat 90. w łącznej kwocie już 90 mld dol. Sprzedają je amerykańskie firmy ubezpieczeniowe na wypadek huraganów, trzęsień ziemi i innych katastrof naturalnych.

Oferta „obligacji pandemicznych” spotkała się z dużym zainteresowaniem. Złożono zapisy na trzykrotność emisji. Większość kupujących była z Europy i obejmowała specjalistyczne fundusze „katastroficzne”, ale i fundusze emerytalne oraz firmy zarządzające aktywami.

Bank Światowy szacuje, że roczny koszt pandemii o skali zagrożenia od umiarkowanej do ciężkiej wynosi około 570 mld dol., czyli 0,7 proc. globalnego PKB. Jeśli nastąpi kolejny poważny wybuch, te nowe obligacje mają na celu obniżenie kosztów zwalczania chorób zakaźnych, zarówno jeśli chodzi o ludzkie życie, jak i zasoby finansowe. Sam wirus Ebola zabił ponad 11 tys. osób i zmniejszył PKB w Gwinei, Liberii i Sierra Leone o 2,8 mld dol.

Źródło: money.pl

Tydzień w Nowej Normalności #7



1. NAJGORSZY ARTYKUŁ, JAKI KIEDYKOLWIEK CZYTAŁEM.

Kampania demonizacyjna przeciwko tym, którzy odmawiają udziału w nieprzetestowanej terapii genowej, jest wszechobecna i pozornie nieograniczona. Artykuły, które się pojawiają stwierdzają, że "osobom nieszczepionym należy [zabronić latania](#), [opieki zdrowotnej](#), [zasiłków państwowych](#), a nawet [zwolnić z pracy](#)."

Ale [ten artykuł w The Mirror](#) jest najgorszy z najgorszych. Szczerze mówiąc, najgorszy, najbardziej pełen nienawiści i podstępny artykuł, jaki kiedykolwiek czytałem, a moim zadaniem jest wyszukiwanie i czytanie pełnych nienawiści i podstępnych artykułów.

Jest zatytułowany:

Antyszczepionkowcy chcą zabić twoje dzieci, dokonać zamachu stanu i spowodować kolejną blokadę!"

...i tak naprawdę nie potrzebujesz więcej informacji. Czytaj na własne ryzyko.

2. POWRÓT MIĘSA HODOWANEGO W LABORATORIUM

...cóż, nie dokładnie „powrót”, bo nigdy nie odeszło. Myślę, że „odrodzenie” to lepsze słowo. Z pewnością jest nagły wstrząs w

relacji.

The Guardian [„pyta eksperta”](#), czy mięso hodowane w laboratorium zastąpi prawdziwe. Wspomniany „ekspert” wytwarza i sprzedaje mięso z laboratorium i, co nie powinno dziwić, mówi „tak!”.

A potem „Times” z tonem niechętniej kapitulacji [mówi nam](#), że *„musimy przyjąć mięso wyhodowane w laboratorium”*, czy *„to nam się podoba, czy nie”*.

W tym samym czasie Sky organizuje [„debatę klimatyczną”](#) na temat mięsa hodowanego w laboratoriach. Jedną z tych fałszywych „debat”, które służą z góry ustalonymu programowi, opierając zainscenizowany spór na fundamentalnych założeniach, których żadna ze stron nie kwestionuje.

W tym przypadku zakłada się, że LGM jest dobre dla planety, a *rzeczywiste* mięso jest dla niej złe. Żadna z tych rzeczy nie została udowodniona.

Ale dobre wieści dla wszystkich! Twoja genetycznie zsyntetyzowana pasta proteinowa przypominająca mięso jest o krok bliżej... czy tego chcesz czy nie.

3. „TRAKTUJ PRZEMOC WOBEC KOBIET RÓWNIE POWAŻNIE JAK TERRORYZM”

Wynik procesu Sarah Everard w Wielkiej Brytanii wywołał falę opartej na strachu propagandy dotyczącej tego, jak często dochodzi do przemocy wobec kobiet i co musimy z tym zrobić. W kółko lista [bardzo przewidywalnych nazwisk](#) w [bardzo przewidywalnych publikacjach](#) mówi o tym, że kobiety „nadal nie są bezpieczne” lub że nigdy nie mogą [„czuć się bezpieczne”](#) (co nie jest tym samym).

Oczywiście każde morderstwo jest tragedią dla ofiary i jej rodziny, ale przedstawianie kraju lub społeczeństwa jako z natury brutalnych lub niebezpiecznych jest całkowicie

nieszczere.

Sprawdźmy tylko statystyki, ze względu na rzeczywistość.

W Wielkiej Brytanii i większości krajów zachodnich przestępczość z użyciem przemocy zmniejsza się od dziesięcioleci. W 2019 r. statystyki UE wykazały [32-procentowy spadek liczby zabójstw od 2008 r](#) . W 2020 r. w Wielkiej Brytanii doszło do [ok. 750 morderstw w populacji 68 milionów ludzi](#), co oznacza brutalny wskaźnik morderstw wynoszący 0,001% (lub 1 na 100 000). Mniej niż jedna trzecia zabitych to kobiety, a tylko 20% z nich zostało zaatakowanych na ulicy.

Społeczeństwo nie jest doskonałe, ale brutalne przestępstwa (przeciwko którejkolwiek płci) dosłownie nigdy nie były mniejszym zagrożeniem w historii. Jeśli chodzi o brutalną przestępczość, ulice są tak samo bezpieczne dla kobiet, jak nigdy dotąd. Jeśli nie *czują się* bezpiecznie, to prawdopodobnie dlatego, że media ciągle im mówią, w jakim „niebezpieczeństwie” się znajdują.

Ale dlaczego? Skąd masowa przesada niebezpieczeństwa? I dlaczego wyjaśnienie wzywa do „działania” w sprawie przemocy wobec kobiet?

Cóż, dokładnie z tych samych powodów, które stoją za narracją „pandemiczną”. Ponieważ histeria zawsze się przydaje. Ponieważ ludzie rządzący potrzebują, abyśmy cały czas się bali. Ponieważ chcą mieć pewność, że różne płcie, rasy i orientacje są do siebie nieufne. I oczywiście dlatego, że można nim manipulować, aby zwiększyć uprawnienia państwa.

Firmy zajmujące się mediami społecznościowymi są już pod presją, aby [„robiły więcej w celu ochrony kobiet”](#). Po morderstwie Everard, które pojawiło się po raz pierwszy w wiadomościach w marcu, ludzie sugerowali [godzinę policyjną tylko dla](#) mężczyzn, aby kobiety czuły się bezpiecznie na ulicach. Jeśli COVID czegoś nas nauczył, to tego, że podekscytowana publiczna panika może zostać sprowadzona do

właśnie tego rodzaju szalonej polityki.

Tytuł tej sekcji pochodzi z tweeta autorstwa brytyjskiego posła Partii Pracy Davida Lammy'ego:

Enough is enough. We need to treat violence against women and girls as seriously as terrorism.

– David Lammy (@DavidLammy) [October 1, 2021](#)

Nie jest jasne, co (jeśli w ogóle) David przez to rozumie. Jest całkiem możliwe, że jest po prostu idiotą, ale każdy, kto zna prawdziwy cel i katastrofalne skutki społeczne „Wojny z terrorem”, prawdopodobnie powinien się martwić o to, jak daleko mogą się posunąć osoby odpowiedzialne za (rzekomo) „sprawienie, że kobiety poczują się bezpiecznie”.

BONUS: TOTALNE NIE-SEKCIARSTWO TYGODNIA

Po prostu chcę podkreślić, że szczepionko-przepychacze Nowej Normalności zupełnie *nie* są w sekcie.

Niezależnie od tego, czy chodzi o ubieranie tancerzy jak strzykawki, aby paradować z prezenterami telewizyjnymi o szklistych oczach:

Wow, I honestly didn't think it was possible, but I'm even more resistant to the vax than before
pic.twitter.com/dxxHmyQ6GX

– The Sheep Hate This Account☐ (@skye_daddy) [September 29, 2021](#)

Lub dosłownie cytując Boga jako źródło szczepionki:

NY Governor Hochul proclaims, "The vaccine comes from God" and asks those present in the megachurch congregation, "I need you to be my apostles." [#VaccineMandate](#) [#NewYork](#)

[#VaccinesfromGod#Apostles#ReligiousExemptions#ProfitPfizer
pic.twitter.com/6fQRyNF6UR](https://twitter.com/6fQRyNF6UR)

– *The Solari Report (@solari_the)* [September 28, 2021](#)

To wszystko jest bardzo normalne, a jeśli postrzegasz to jako przerażające lub sekciarskie, to tylko dlatego, że jesteś heretykiem... przepraszam, mam na myśli negację nauki.

BONUS II: PROJEKCJA TYGODNIA

Tym z was, którzy nie wiedzą kim jest Keith Olbermann, zazdroszczę wam... i przepraszam za wprowadzenie was w jego istnienie. Jest małostkowym, niedoinformowanym, upartym gadułą, który zajmuje irracjonalne i bigoteryjne stanowisko praktycznie we wszystkim i głośno trąbi o tych poglądach każdemu, kto zechce słuchać.

A wczoraj napisał to na Twitterze...

NEW VIDEO: They aren't Anti-Vax. They aren't Waiting For More Information. They aren't Exercising Personal Choice.

They are AFRAID.

The Americans who won't get the vaccine are morons, snowflakes, and they are AFRAID and we need to start calling them that, and calling them out. [pic.twitter.com/yYLnjEQzk9](https://twitter.com/yYLnjEQzk9)

– *Keith Olbermann (@KeithOlbermann)* [October 2, 2021](#)

Potrzeba poważnego braku samoświadomości, aby otrzymać trzecie nieprzetestowane szczepienie przeciwko chorobie, w której masz 99,5% szans na przeżycie, a następnie zbesztać wszystkich, którzy nie martwią się tą chorobą, za to, że są przerażonymi kotami.

NIE JEST TAK ŻŁE...

Świat sportu, zwłaszcza sportów amerykańskich, jest poniekąd siedliskiem „wahania się co do szczepionki”. Jest to spowodowane kilkoma czynnikami, najprawdopodobniej związanymi z wieloma amerykańskimi sportowcami wywodzącymi się z demografii klasy robotniczej z długotrwałymi (i całkowicie uzasadnionymi) podejrzeniami zarówno mediów, jak i Big Pharmy.

W przeciwieństwie do diatryby rozpylającej ślinę Olbermanna, przedstawiamy spokojne i racjonalne stanowisko gwiazdy NBA Jonathana Isaaca, przemawiającego na konferencji prasowej 27 września:

NBA już zapowiedziało, że [zablokuje pensje nieszczepionych graczy](#), którzy odmawiają przestrzegania lokalnych mandatów. Zarówno [NBA](#), jak i [NFL](#) wprowadziły ogromne ograniczenia wobec nieszczepionych graczy, aby zmusić ich do przyjęcia strzału. Media również [wywierają presję, aby się dostosować](#).

Wszyscy gracze, którzy stawiają opór w obliczu tak potężnej kampanii, zasługują na szacunek. I służą jako przypomnienie, że sceptycy COVIDowi, a nawet ci ludzie, którzy nie chcą mieć nic wspólnego ze szczepionką, nie są jak ta maleńka mniejszość, którą media próbują udawać. A nasze argumenty są racjonalne i świadome, nie oparte na obelgach i bezmyślnym oburzeniu tych, którzy próbują nas zmusić do dostosowania się.

Również dla każdego, kto chce się pośmiać...

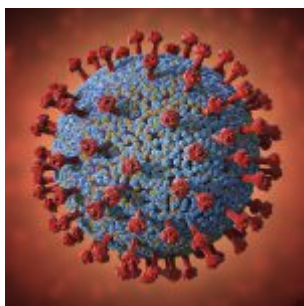
pic.twitter.com/lrBm0za91o

– [meleis_one \(@meleis_one\)](#) [October 3, 2021](#)

Wszyscy mówili o dość gorączkowym tygodniu dla tłumu Nowej Normalności, a my nawet nie wspomnieliśmy o [„tajemniczym wzroście zawałów serca”](#) ani całkowicie wymyślnym [„kryzysie](#)

[paliwowym](#)” w Wielkiej Brytanii.

Kłamstwa, które powiedzieli nam o COVID



Rząd i media kłamały i nadal kłamią na temat COVID-19 od pierwszego dnia. Kłamstwa zaczęły się od samego początku.

[Magazyn Time 8 maja 2020 r. donosił:](#) „Koronawirus powstał u nietoperzy i może infekować koty, mówi naukowiec WHO”.

„Naukowiec Światowej Organizacji Zdrowia powiedział, że COVID-19 pochodzi od nietoperzy i może zarażać koty i fretki, ale potrzebne są dalsze badania nad podejrzanym związkiem zwierząt z chorobą.

„Nowy koronawirus pochodzi z grupy wirusów, które pochodzą lub rozprzestrzeniają się u nietoperzy i nadal nie jest jasne, jakie zwierzę mogło przenieść chorobę na ludzi, Peter Ben Embarek, ekspert WHO ds. chorób zwierzęcych, które przenoszą się na ludzi, powiedział w piątek.

„Wirus prawdopodobnie dotarł do ludzi przez kontakt ze zwierzętami hodowanymi w celach spożywczych, chociaż naukowcy nie ustalili jeszcze, który gatunek, powiedział. Badania wykazały, że koty i fretki są podatne na COVID-19, a psy w mniejszym stopniu.

Tak, a bociany przynoszą dzieci.

Potem był ten o Czerwonych Chinach kontrolujących wirusa.

[Magazyn Nature z 18 marca 2020 r. donosił](#): „Koronawirus pojawił się w Wuhan, 11-milionowym mieście w chińskiej prowincji Hubei, pod koniec 2019 r. Liczba przypadków wywoływanej przez niego choroby, COVID-19, wzrosła o kilka tysięcy dziennie w Chinach na przełomie stycznia i lutego.

„Liczba infekcji pojawiających się każdego dnia gwałtownie spadła w Chinach, w dużej mierze dzięki wysiłkom mającym na celu powstrzymanie rozprzestrzeniania się wirusa, ale epidemia jest teraz globalną pandemią. Duże epidemie w Korei Południowej, Iranie, Włoszech i innych krajach spowodowały wzrost liczby przypadków międzynarodowych w ponad 150 krajach”.

[Dziewięć dni później Radio Free Asia podało](#): „Szacunki pokazują, że liczba ofiar śmiertelnych w Wuhan jest znacznie wyższa niż oficjalne dane”.

„Kiedy władze zniosły dwumiesięczną blokadę z powodu koronawirusa w chińskim mieście Wuhan, mieszkańcy stwierdzili, że stają się coraz bardziej sceptyczni, że liczba około 2500 zgonów w mieście do tej pory była dokładna”.

„Domy pogrzebowe poinformowały rodziny, że spróbują dokończyć kremację przed tradycyjnym świętem grobów w Qing Ming 5 kwietnia, co wskazywałoby na 12-dniowy proces rozpoczynający się 23 marca.

„Takie oszacowanie oznaczałoby, że w tym czasie rozdano 42 000 urn”.

Ale dlaczego Czerwone Chiny miałyby kłamać na temat czegoś takiego?

I chociaż zaczęło się w mieście, w którym mieści się laboratorium broni biologicznej, to COVID-19 przecież wcale

nie został stworzony przez człowieka.

[Magazyn Forbes doniósł 17 marca 2020 r.:](#) „Nie, koronawirus COVID-19 nie został poddany bioinżynierii. Oto badania, które podważają ten pomysł”.

Kolumna zaczynała się: „Czy nie lubisz po prostu teorii spiskowych?”

Nie, nie bardzo. Nie podoba mi się teoria spiskowa, według której Putin ukradł Trumpowi wybory w 2016 roku.

I oczywiście wojskowy mężczyzna Mark Milley zapewnił nas, że Czerwone Chiny nie wypuściły COVIDa na świat.

[The Guardian poinformował 14 kwietnia 2020 r.:](#) „Główny generał Pentagonu powiedział, że amerykański wywiad zbadał możliwość, że epidemia koronawirusa mogła rozpocząć się w chińskim laboratorium, ale dotychczasowa waga dowodów wskazuje na naturalne pochodzenie.

„Przewodniczący połączonych szefów sztabów, generał Mark Milley, przemawiał w dniu publikacji raportu Washington Post o depeszach departamentu stanu w 2018 r., w którym amerykańscy dyplomaci zgłaszali obawy dotyczące bezpieczeństwa w Wuhan Institute of Virology, który prowadził badania nad koronawirusem pochodzącym od nietoperzy”.

A jeśli nie możesz zaufać słowu czterogwiazdkowego generała, który zapewnił Czerwone Chiny, że ich uprzedzi w przypadku wojny, komu możesz zaufać?

Mam na myśli poza wszystkimi innymi w Ameryce, łącznie z Hunterem Bidenem.

Potem nastąpiło spłaszczenie krzywej. Pomysł polegał na zamknięciu gospodarki na dwa tygodnie i spowolnieniu rozprzestrzeniania się wirusa na tyle, by go pokonać.

[CBS poinformowało 6 kwietnia 2020 r.:](#) „Wiele krajów na całym

świecie od tygodni jest blokowanych w celu spłaszczenia krzywej i ograniczeniu rozprzestrzeniania się koronawirusa. Spłaszczenie krzywej niekoniecznie oznacza natychmiastowe zmniejszenie wszystkich przypadków; najpierw spowodowałoby spadek liczby nowych przypadków, co powinno skutkować mniejszą liczbą hospitalizacji i zgonów w kolejnych tygodniach”.

W niektórych miejscach w Ameryce jest już 78 tydzień dwutygodniowej blokady.

Poddawanie zdrowych kwarantannie to unikatowe rządowe podejście do kryzysu medycznego. To jak amputacja ręki, bo masz w nodze gangrenę.

Kłamstwo na temat COVID to dobry sposób na utratę wiarygodności, kiedy najbardziej tego potrzebujesz.

Ale kilka osób, które upierały się nad szczepieniem wszystkich, powiedziało, że szczepionka nie była dobra!

[Joy Behar powiedziała 9 września 2020 r.](#): „Jeśli chodzi o szczepionkę, chciałbym poinformować Amerykę – na wypadek, gdybyśmy tego nie wiedzieli, bo szukałem tego dla was – szczepionka przeciwko śwince zajęła cztery lata, szczepionka przeciwko polio zajęła 20 lat, a szczepionka przeciwko ospie zajęła kilka stuleci.

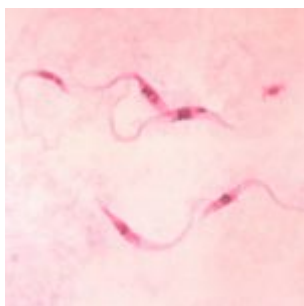
„Opracowano go początkowo w 1796 roku, kiedy zaczęli się nad nim zastanawiać, a stał się użyteczny w latach 50. XX wieku. OK? To nie jest prosta rzecz”.

Odnosząc się do prezydenta Trumpa, powiedziała: „On będzie naciskał na wszystko, aby zostać ponownie wybrany. Nie daj się nabrać, a przy okazji wezmę szczepionkę po tym, jak Ivanka ją weźmie.

Następnego dnia [Ivanka powiedziała, że ☐przyjmie szczepionkę i zrobiła to.](#)

Problem z kłamstwami polega na tym, że w końcu nikt ci nie wierzy, nawet jeśli mówisz prawdę. Mija prawie dwa lata od „wybuchu pandemii” a wirus do tej pory nie został wyizolowany metodą Kocha.

W szczepionkach na COVID-19 znaleziono pasożyty



Z fragmentów informacji wyłania się obraz działania tak zwanych „szczepionek”. W najnowszym wywiadzie znanego dziennikarza Stewa Petersa mowa jest o pierwszych w USA niezależnych badaniach tzw. szczepionek przeciwko Covid-19 pod kątem ich zawartości.

Gość programu dr Carrie Madej przedstawia przebieg i wyniki badań, w których osobiście uczestniczyła. Laboratorium badało kilka nietkniętych i otworzonych dopiero do badania fiolek preparatów firm J&J i Moderna pod mikroskopem (powiększenie 400x). Wykryto trudne do opisanie i nieznane elementy materiału przewodzącego (graphene-like structures), reagującego na światło (białe światło mikroskopu). Ponadto, w kilku próbkach znaleziono dziwne niezidentyfikowane obiekty przypominające „organizmy”, mające jakieś odnogi, macki.

Tymi organizmami mającymi „jakieś odnogi i macki” okazał się pasożyt *Trypanosoma cruzi*, wywołujący chorobę Chagasa [\(o](#)

[odkryciu tego pasożyta w szczepionce Pfizera poinformowali naukowcy hiszpańscy\).](#)

Choroba Chagasa występuje w krajach Ameryki Łacińskiej, na terenach rozciągających się od północnego Meksyku do południowej Argentyny i Chile. Liczbę chorych na całym świecie szacuje się na około 16–18 mln – większość przypadków odnotowuje się w krajach Ameryki Łacińskiej. Rocznie stwierdza się tam około 120 tys. nowych zachorowań.

Śmiertelność z powodu choroby Chagasa ocenia się na około 45-50 tys. osób rocznie. Za główną przyczynę zgonu (60 proc.) uważa się powikłania kardiologiczne, w tym nagłe zgony sercowe, migotanie komór, powikłania zakrzepowe i zatorowe, zastoinowa niewydolność serca, zator płucny lub mózgowy, ostre zapalenie mięśnia sercowego, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.

Chorobę wywołuje pasożyt *Trypanosoma cruzi*, który po wnikięciu do organizmu człowieka uszkadza tkankę mezenchymalną w płodach, a u dorosłych zwoje nerwowe w sercu, przełyku, pęcherzyku żółciowym i jelitach. Źródłem zakażenia są pluskwiaki, a do zakażenia dochodzi przez uszkodzoną skórę, spojówkę lub błonę śluzową jamy ustnej. Inne drogi przeniesienia zakażenia to przetoczenie krwi, łożysko lub transplantacja narządów pobranych od osoby chorej ([TUTAJ więcej na temat choroby Chagasa\).](#)

Czy już wiesz czytelniku jak działa szczepionka depopulacyjna? Albo pozbawi życia osoby zaszczepione tlenek grafenu zawarty w szczepionce, albo zostaną one śmiertelnie zainfekowane pasożytem *Trypanosoma Cruzi*. Jeśli zaszczepiłeś się a nie masz szczęścia, to zginiesz w kilka miesięcy po zaszczepieniu, jeśli masz szczęście, to na śmierć poczekasz dłużej.

Są trzy stadia choroby Chagasa:

– I faza choroby (ostra) – trwa od 1 do 3 miesięcy i w tym czasie można wykryć pasożyty we krwi. Niestety, w większości

przypadków zakażenie nie jest wykrywane. U 5 proc. chorych występuje ostre zapalenie mięśnia sercowego.

- II faza (nieokreślona lub utajona) – może trwać nawet 10-30 lat. Niekiedy objawy choroby nie ujawniają się nawet przez całe życie. Faza nieokreślona rozpoczyna się po 8-10 tygodniach od zakażenia. U pacjentów nie występują żadne objawy. U około 20-30 procent osób zakażonych po około 10-30 latach choroba przechodzi w przewlekłą.

- III faza (przewlekła) – obecność pasożytów prowadzi do upośledzenia układu autonomicznego unerwiającego mięsień sercowy, apoptozy oraz włóknienia miokardium. Często obserwowane są przypadki obukomorowej niewydolności serca, które manifestują się przez obrzęki obwodowe, hepatomegalię oraz incydenty zakrzepowo-zatorowe. Przewlekła kardiomiopatia objawia się przez włóknienie i martwicę miokardium, waskulopatię, zaburzenia immunologiczne, dysfunkcję układu autonomicznego oraz zapalenie mięśnia sercowego.

Projektanci szczepionek dobrze swój „produkt” tak przemyśleli, aby żadna z osób zaszczepionych nie „wymigała się” od zgonu poszczepiennego. Zginie albo zatruta tlenkiem grafenu, albo załatwi ją pasożyt *Trypanosoma cruzi*.

Jakie wnioski wypływają z powyższych faktów dla osób nie zaszczepionych?

- unikać osób zaszczepionych, gdyż mogą nas one „poczęstować” pasożytem *Trypanosoma*.

- Unikać lekarzy i szpitali, gdyż i oni mogą nas zarazić.

- Unikać transfuzji krwi.

- Od czasu do czasu zrobić sobie test na krzepliwość krwi. Jeśli jest ona podwyższona, a mamy stały kontakt z osobami zaszczepionymi, należy zdiagnozować ewentualne zakażenie pasożytem *Trypanosoma cruzi*.

– Apelować do władz państwowych o nie pobieranie krwi od osób zaszczepionych.

Co mogą i powinni zrobić osoby zaszczepione? Zrobić sobie badania krwi, które albo potwierdzą albo wykluczą zakażenie pasożytem *Trypanosoma cruzi*. Powinien to być moralny obowiązek tych osób wobec innych ludzi, których mogą nieświadomie zarażać!

Źródło: LegaArtis.pl

Niemcy: po umieszczeniu w obozach kwarantanny rząd OGRABIA więźniów z wypłat odszkodowań



Od listopada Niemcy, których nie uważa się za „w pełni zaszczepionych”, będą [pozbawieni wypłaty odszkodowań](#) od rządu podczas obowiązkowej kwarantanny.

Minister zdrowia Jens Spahn ogłosił, że po spotkaniu z 16 krajami związkowymi w dniu 22 września podjęto decyzję o zaprzestaniu wypłacania osobom nieszczepionym pieniędzy, których potrzebują do życia w obozie koncentracyjnym.

Co więcej, niezszczeni Niemcy nie będą już mogli bezpłatnie poddawać się testom na Covid-19. Zamiast tego będą musieli zapłacić z własnej kieszeni za ten „przywilej”.

Zmiany mają na celu przekonanie większej liczby osób do zastrzyku, które są obecnie dostępne w ramach zezwolenia na użycie w sytuacjach awaryjnych (EUA). Utrudniając życie niezszczenionym, rząd ma nadzieję na ich złamanie i wymusi posłuszeństwo.

Ale Spahn mówi, że zaszczepienie się nadal będzie „osobistą decyzją”. Jedyna różnica polega na tym, że ta osobista decyzja będzie kosztować coraz więcej, życia i środki do życia.

„Niektórzy powiedzą, że oznacza to presję na niezszczenionych. Myślę, że musimy spojrzeć na to odwrotnie – jest to również kwestia uczciwości” – cytuje się słowa Spahna, dodając, że decyzja o pozostaniu niezszczenionym wkrótce będzie wiązała się z „odpowiedzialnością za poniesienie konsekwencji finansowych”.

„Ci, którzy chronią siebie i innych poprzez szczepienie, mogą słusznie zapytać, dlaczego powinniśmy płacić komuś, kto trafił na kwarantannę po wakacjach w obszarze ryzyka”.

Niezaszczepieni Niemcy wkrótce będą musieli uiścić opłatę za badanie za każdym razem, gdy będą chcieli gdzieś wejść

Nowa opłata za badanie dla niezszczenionych to dość duża sprawa, ponieważ podobnie jak Izrael, Niemcy wymagają teraz, aby mieszkańcy i goście okazali dowód zaszczepienia lub negatywny test przed wejściem do restauracji, teatrów i innych miejsc zamkniętych.

Od 11 października niezaszczepieni Niemcy, którzy nie są w

stanie udowodnić, że odmówili wykonania wstrzyknięcia z powodów medycznych, będą musieli płacić za badanie za każdym razem, gdy będą chcieli gdzieś wejść.

Koszty te z pewnością z czasem się zwiększą, przez co bycie osobą nieszczepioną w Niemczech będzie zbyt drogie. Innymi słowy, Niemcy, podobnie jak Izrael, stają się dwupoziomowym krajem apartheidu.

Według doniesień, nowe przepisy wpłyną na podróżnych, którzy po powrocie z krajów „wysokiego ryzyka”, takich jak Wielka Brytania, Turcja i niektóre części Francji, uzyskają pozytywny wynik testu.

„Nieszczepieni podróżnicy z takich krajów muszą poddać się kwarantannie przez co najmniej pięć dni” – donosi *The Epoch Times*. „Ci, którzy zostali zaszczepieni lub niedawno wyzdrowieli, nie są do tego zobowiązani”.

W niezbyt odległej przeszłości Niemcy sprzeciwiały się obowiązkowi szczepień, twierdząc, że podważyłoby to zaufanie publiczne. Coś się jednak zmieniło, odkąd Izrael prowadził właśnie w tym kierunku, a teraz Niemcy idą w ich ślady.

Władze niemieckie sprzeciwiają się również proponowanym nowym przepisom, które umożliwiłyby pracodawcom dostęp do prywatnych rejestrów szczepień swoich pracowników.

„Informacje zdrowotne pracowników są szczególnie wrażliwe, a kwestia szczepień przeciwko koronawirusowi jest tego częścią” – powiedziała Christine Lambrecht, minister sprawiedliwości i ochrony konsumentów.

W chwili pisania tego tekstu Niemcy mają wskaźnik zgodności ze szczepieniami na Covid-19 wynoszący około 63,5%. Instytut Roberta Kocha (RKI), agencja zdrowia, oświadczyła, że jej celem jest osiągnięcie 85% wskaźnika szczepień w Niemczech wśród osób w wieku od 12 do 59 lat. W przypadku osób w wieku 60 lat i starszych celem jest 90-procentowa zgodność.

Źródła:

[TheEpochTimes.com](https://www.theepochtimes.com)

[NaturalNews.com](https://www.naturalnews.com)

Stan epidemii w Polsce zakończył się z mocy prawa

Z ogromną przyjemnością chcieliśmy Państwa poinformować, iż w Polsce stan epidemii COVID – 19 zakończył się z mocy prawa. To nie fakenews!!!

Zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu epidemii rząd może ogłosić obostrzenia przewidziane w ustawie tylko wtedy kiedy mamy epidemię choroby zakaźnej.

Zgodnie z art. 2 ust 9 ustawy o **zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi**: epidemią jest wystąpienie na danym obszarze zakażeń lub zachorowań na chorobę zakaźną w liczbie wyraźnie większej niż we wcześniejszym okresie albo wystąpienie zakażeń, lub chorób zakaźnych dotychczas niewystępujących”.

UWAGA!!!!

27 sierpnia 2020 mieliśmy 887 zarażeń

Źródło: polsatnews.pl

27 sierpnia 2021 wg. danych MZ mamy 258 zarażeń. Taka sytuacja jest od początku sierpnia ze mamy mniej wykrytych przypadków COVIDA w porównaniu z analogicznym okresem w 2020 roku

Co to oznacza:

Możemy w tym miejscu stanowczo ogłosić, że ogłoszony przez rząd stan epidemii i związane z tym stanem wszelkie bezprawne nakazy, zakazy i obostrzenia straciły podstawę prawną i w związku z tym nie obowiązują.

Tym samym milicja nie posiada delegacji ustawowej do karania obywateli, którzy nie przestrzegają wówczas bezprawnie wprowadzonych a obecnie nielegalnych obostrzeń.

Zapytasz dlaczego?

A no dlatego, że zgodnie z powyższą ustawą stan epidemii w Polsce się zakończył z mocy prawa i będzie obowiązywał od momentu kiedy dobową liczbą pseudo zakażeń będzie ZNACZĄCO POWYŻEJ DANYCH Z 2020 ROKU.

Prawo zawsze zwycięży. Prawo jest po naszej stronie tylko, trzeba w nim pogrzebać.

Skutki tego zapisu ustawy:

1. Do czasu kiedy dobową liczbą pseudo zakażeń nie będzie wyższa od danych z roku poprzedniego straszenie rządu lockdownem jest bezprawne, ponieważ stan epidemii nie obowiązuje.
2. Żadne zakazy i ograniczenia są nielegalne. Zamknięcie lub ograniczone działanie lokali usługowych, noszenie masek czy nauka hybrydowa lub zdalna (jaka i tak była nielegalna) – są **NIELEGALNE**.

Pamiętajcie Polacy, że zgodnie z prawem o stanie epidemii nie decyduje Morawiecki czy Niedzielski a tym bardziej ich Rada Medyczna. O tym decyduje w demokratycznym Państwie – **PRAWO!**

CIEKAWIE CO POWIE NA TO NIEDZIELSKI I SPÓŁKA JAK SIĘ DOWIE!!!!

[Link do ustawy](#)

Źródło: LegaArtis.pl

Australia: antyszczepionkowa skrajna prawica starła się na ostro z policją



Od poniedziałku tysiące przeciwników szczepień protestują w Melbourne. Dochodzi do brutalnych starć z policją, miasto jest sparaliżowane. Aresztowano już 66 osób. Zapowiadane są kolejne protesty na środę

Oprócz tego zdecydowano się na **zamknięcie placów budów** w Melbourne, ponieważ według władz częste przemieszczanie się budowlańców, przyczynia się do transmisji koronawirusa. W związku z tym od poniedziałku przez Melbourne przetacza się fala protestów. Przeciwnicy szczepień zaatakowali siedzibę Unii Budowlanej, Leśnej, Morskiej, Górniczej i Energetycznej.

Guardian Australia podaje, że większość protestujących powiązanych jest ze **skrajną prawicą**. Na dziś zapowiedziane zostały kolejne protesty.

<https://twitter.com/EliseiNicole/status/1440559215840423941>

<https://twitter.com/RenaTa99609630/status/1440341264021344261>

<https://twitter.com/RenaTa99609630/status/1440341264021344261>