

Cuprins

Introduce	9
Capitolul 1 – Apărarea de agenții patogeni	30
Capitolul 2 – Cerințele pentru un vaccin	58
Capitolul 3 – De ce zic „înțepare”, în loc de „vaccinare”?	90
Capitolul 4 – Problemele cauzate de substanțele SPIKE	102
Capitolul 5 – Motive de a te înțepa	122
Capitolul 6 – Eventuale implicații juridice	128
Capitolul 7 – Posibilități de diagnosticare a așa-zisului „Sindrom postvaccin”	148
Capitolul 8 – Opțiuni terapeutice	164
Capitolul 9 – Evaluare finală	182
Pentru cititorii mei valoroși	200
Despre autor	203
Anexa 1: Citate din fanaticii înțepării	205
Anexa 2: Codurile QR	215
Lista referințelor citate	233
Lista surselor de imagini	241

Această carte este scrisă în mod deliberat, astfel încât să fie inteligibilă și pentru cei care nu sunt experți. Dacă doriți să aprofundați subiectul, să căutați surse sau să aflați mai multe detalii, există un total de 124 de referințe în text, cu linkurile de internet corespunzătoare și codurile QR în Anexa 2, de la pagina 215. Pentru a fi la curent cu noutățile, vă rugăm să accesați codul QR ⁽¹²¹⁾ de la pagina 232, care este actualizat în mod constant și conține cele mai recente publicații ale mele.

Introducere

Așadar, mă aflu în fața unei foi goale de hârtie și mă aventurez într-un proiect la care n-am îndrăznit vreodată să visez: o carte proprie. Da, ultimii trei ani au fost într-adevăr o povară și m-au pus constant în fața unor noi provocări.

Dar probabil că este un imperativ al politeții să mă prezint, întâi de toate, vouă, cititorilor mei: Numele meu este Martin Haditsch. Am absolvit studiile de medicină și biologie. Devenisem un pic infidel orașului meu universitar, Graz, deoarece, în cele din urmă, am încheiat studiul biologiei în Salzburg și deja de atunci s-a pus întrebarea pentru mine: *„cum pot fi îmbinate, oare, aceste două domenii atât de fascinante?”*.

După aceea, am mers pe drumul clasic al formării profesionale medicale. După încheierea studiului, am absolvit așa-numitul Turnus. (Pentru cititorii germani: acesta este precum AIP, adică „Doctor în stagiu de practică”.) Această instruire profesională durează trei ani în Austria și în acești trei ani am putut învăța ce înseamnă să furnizezi servicii pacienților și, printre altele, ce înseamnă să fii medic responsabil de activitatea zilnică pe secția de terapie intensivă. În prealabil, deja mă ocupasem de cazurile de urgență prin serviciul voluntar de noapte al Crucii Roșii, ceea ce mi-a oferit o bază importantă pentru profesie, deoarece în aceste ture de noapte se pot vedea întotdeauna urgențele reale ale oamenilor.

După formarea ca medic generalist, pentru care sunt veșnic recunoscător și astăzi, am început specializarea, care a condus mai întâi la obținerea titlului de *Specialist în Igienă și Microbiologie* în Austria, mai întâi, la Institutul de Igienă de la Universitatea din Graz, iar apoi, la un spital din Linz. În acest spital, am putut, de asemenea, să-mi completez formarea postuniversitară ca specialist în *Infecțiologie și Medicină Tropicală*.

Încă de pe atunci, am fost pasionat de microbiologia aplicată, adică de corelarea datelor de laborator cu cele clinice, ceea ce, sper eu, duce la diagnosticarea și, dacă este necesar, la tratarea pacienților. Întrucât domeniul igienei, adică medicina preventivă, este, de asemenea, inclus în această specializare, mi-am descoperit foarte devreme entuziasmul pentru medicina preventivă, în general, și pentru vaccinare, în special. Suma tuturor acestor specializări, și anume medicina generală, infecțiologia, medicina tropicală, studiul agenților infecțioși, și anume microbiologia și medicina preventivă și de vaccinare, a condus aproape inevitabil la un entuziasm pentru medicina de călătorie.

Toate acestea au condus, în cele din urmă, la faptul că am putut exercita, în practica mea, medicina de călătorie și, de asemenea, în chestionările mai rare, infecțiologia și medicina tropicală, iar mulțumită unei coincidențe norocoase, am devenit directorul unui laborator din Hanovra. Așadar, între timp, de mai bine de paisprezece ani, exceptând vacanțele sau sejururile în străinătate, eu fac naveta între Austria Superioară și Saxonia, iar asta, în fiecare weekend, unde, din fericire, îmi pot continua mai

departe și practica într-o zi lucrătoare a săptămânii. Pe de altă parte, asta îmi deschide și posibilitatea de a mă ocupa, de regulă, o dată pe săptămână, de un hobby îndrăgit, anume de muzică. Așadar, sunt membru fondator și am activat cât de mult am putut în trupa „I.C.U”⁽¹⁾, care cred că este o creație de cuvinte foarte reușită, din punctul meu de vedere, deoarece aceasta este atât abrevierea pentru „Intensive Care Unit”, adică unitate de terapie intensivă, cât și fraza concisă și scurtă în engleză „I see you”, adică contact vizual direct cu publicul, ca un joc de cuvinte. Astfel, până în perioada corona, programul de lucru tipic era următorul: luni, practică în timpul zilei, muzică seara, trenul de noapte spre Hanovra și apoi, muncă în Germania pentru restul săptămânii, inclusiv sâmbăta, munca de sâmbătă fiind împărțită în diferite grade între sarcinile din laborator și cursuri.

Și apoi a venit Corona! Încă îmi amintesc, ca și cum ar fi fost ieri, cum în timpul Crăciunului, pe care l-am petrecut acasă, la data de 31 decembrie, am primit o notificare de pe un portal de informații, cum că într-o provincie necunoscută mie, din China, ar fi fost diagnosticați circa o duzină de pacienți cu o pneumonie necunoscută. Văzut retrospectiv, acesta era un apel de trezire perceptibil. Acest sistem informativ cu numele *proMED-Mail*, ca instituție a *Societății Internaționale pentru Boli Infecțioase*, a fost pentru mine constant, încă de la debutul activității mele de consultanță medicală pentru călătorie, în urmă cu 25 de ani, o sursă fascinantă de informare. Cumva, am simțit instinctiv că nu se va opri la acest mesaj, căci, la fiecare câteva zile, exista o

nouă actualizare, cu o tensiune neobișnuită între rânduri. Nu mai avusesem parte decât o singură dată de o astfel de ținere la curent deasă, și anume în legătură cu virusul West Nile din Statele Unite, unde „fiecare cioară moartă care cădea din cer era raportată”.

În cadrul examinării mai exacte a datelor ce au fost comunicate, au existat două lucruri, îndeosebi, frapante: pe de o parte, raportarea minuțioasă, iar pe de altă parte, incredibila viteză cu care s-au putut înregistra progresele – pentru mine, la vremea respectivă, surprinzător – în cadrul cercetării incidentului. La câteva zile după ce fusese circulată notificarea acestei pneumonii incerte, s-au stabilit grupele agenților patogeni, și anume că ar fi vorba despre un Coronavirus (prima confirmare oficială, potrivit documentelor mele din 9 ianuarie 2020⁽³⁾, drept confirmare a unei suspiciuni din 7 ianuarie 2020).

Permiteți-mi o scurtă excursie în acest punct: am fost martor ocular la izbucnirea Coronavirusului în anul 2003, tot în China. La momentul respectiv, lipsa de disponibilitate a Chinei de a comunica a fost criticată, și pe bună dreptate. Astfel, apăruseră deja primele cazuri ale unei pneumonii la fel de grele, în toamna anului 2002, în provincia Guangdong din China. Iar în cele din urmă, s-a așteptat până în februarie 2003, pentru ca Vestul să ia la cunoștință despre acest lucru. China se arătase aici în mod conștient rezervată, în primul rând, prin răspândirea agentului patogen, începând cu pacientul index relevant pentru Vest, care călătorise de la Guangdong la Hongkong și care infectase numeroase persoane într-un hotel de acolo, în calitate de „Superspreader” (care a dus apoi

la o răspândire ulterioară în alte țări), am devenit atenți față de acest agent patogen. Boala a primit numele de SARS pentru „Severe Acute Respiratory Syndrome”, așadar, un sindrom transmis incipient pe cale aeriană, greu și acut, fără ca agentul patogen să fi fost deja cunoscut atunci. Consternarea a fost trezită în regiunea noastră, mai întâi de toate prin acest fapt, că o aeronavă de Lufthansa, care a venit la aeroport, din Asia, la data de 15 martie 2003, a fost pusă sub carantină, deoarece unul dintre pasageri prezenta semnele tipice acestei boli. La scurt timp după aceea, agentul patogen a fost identificat și denumit tot ca SARS-Coronavirus.

Aproximativ zece ani mai târziu, un alt Coronavirus făcea prima pagină a ziarelor: MERS-CoV. Înainte de toate, această afecțiune era întâlnită la pacienții din Peninsula Arabică și era influențată de o mortalitate înaltă, precum SARS anterior. Pe de altă parte - și asta era tot o paralelă cu SARS - a fost, în mod evident, relativ puțin contagios. Numerele de cazuri s-au păstrat aici între parametri la ambii agenți patogeni, iar exporturile au fost, mai degrabă, excepția. Probabil au existat în ambele cazuri valori aberante - la SARS, spre exemplu, în Canada, seriile de infectare și la MERS (care adesea se referă la termenul de „Middle East Respiratory Syndrom”, așadar, un sindrom al bolii respiratorii din Orientul Mijlociu) printr-un export spre Coreea de Sud, unde printr-un călător s-a ajuns la o izbucnire a peste 100 de cazuri.

Dar acum să ne întoarcem la povestea noastră: așadar, deja au existat tipare ale bolii prin Corona viruși, cunoscute la oameni. Cu toate acestea, rapiditatea cu

care a fost dezvoltat mai pe urmă și un sistem de testare (5), ca rezultat al identificării agentului patogen, a fost surprinzătoare. Acest sistem avea slăbiciuni considerabile și, pentru a nu depăși cadrul acestei discuții, în această carte nu trebuie să fie acceptată, în momentul de față, aprecierea diverselor sisteme de testare, care sunt acum testele PCR sau testele Antigen, și nici măsurile de prevenție generale. În ultimă instanță există, totodată, deja o bogată literatură pentru toate aceste chestionări. Cu toate acestea, nu pot promite că nu voi adăuga într-un loc sau în altul o mică referință încrucișată.

Ca viziune de ansamblu, totuși, mi s-a clarificat relativ repede, în faza timpurie, – iar în acest sens aș dori să adaug că în exercitarea profesiei mele nu sunt nici virolog hardcore, nici epidemiolog hardcore –, că a trebuit să reacționez neapărat prin înțelegerea mea bazală pentru domeniile virologiei clasice și epidemiologiei aplicate cu o anumită surprindere asupra expunerii situației în general, dar și asupra celor expuse de Mass-Media. Astfel am avut o înțelegere redusă pentru înfățișarea agentului patogen. Totuși, agentul patogen fusese botezat, originar, ca „noul Coronavirus 2019”, așadar 2019-nCoV (această denumire a apărut în conversația mea pentru prima oară în data de 29.01.2020) și a suferit, apoi, o redenumire în termenul de SARS-CoV-2 (prima știre oficială a redenumirii în notificările simultane a numelui bolii drept COVID-19 la 11.02.2020 ⁽⁶⁾).

În acest context aveam o simpatie scăzută față de numele SARS, deoarece maladia aceasta a fost automat redenumnată ca sindrom respirator acut sever, dar

rapoartele cazurilor clinice nu au putut să justifice această denumire (ceea ce și eu anunțasem la 12.02.2020 într-un Email către proMED-mail). Da, au existat cazuri grele, însă la analiza datelor a fost vorba, în acest sens, despre – iar asta este frecvent doar la infecțiile virale – persoanele mai în vârstă cu boli subiacente. Nu doar modul de manifestare a patologiei era frapant, și anume o afectare masivă a plămânilor, ci chiar și forma parțial dramatică, din cauza căreia unele persoane, în cele din urmă, au decedat, mai exact prin „insuficiență pulmonară”, în ciuda sau, după cum știm mai bine astăzi, din cauza ventilației mecanice. Cel de-al doilea aspect epidemiologic relevant, care m-a făcut să-mi ridic îndoieli, vizavi de corectitudinea redării informațiilor a fost indicatorul cifrei epidemiologice. La finalul lunii ianuarie, circa 30.000 de cazuri au fost raportate în China, deși s-au ridicat dubii, în acest sens, și cu privire la modalitatea în care a fost pus diagnosticul în China (și anume printr-o așa-zisă definiție a cazului). Pentru că au fost mult prea puține teste, pacienții care aveau simptome similare unui COVID-19 le-a fost pur și simplu atribuită grupa de infectați cu SARS-CoV-2. La scurt timp după aceea, s-a stabilit în mod oficial expresia „COVID-19” (**CO**rona **V**irus **D**isease 2019) pentru acest nou tablou clinic.

Concluzia clasică epidemiologică era următoarea: această boală nu este extrem de contagioasă. Cunoașterea locului izbucnirii, și anume orașul cu milioane de locuitori, Wuhan, din provincia Hubei, a admis o relativ trivială concluzie. Dacă ar fi fost vorba despre o maladie contagioasă, atunci nu s-ar fi vorbit despre

30.000 de cazuri, ci ar fi existat, probabil, până în acest moment, 30 de milioane de cazuri la nivel mondial. În paralel cu acestea, la fel de surprinzătoare fusese și reacția la nivel regional, național și internațional. Astfel, megapolisul Wuhan, a fost - da, ne amintim - în mod riguros izolat de către zona înconjurătoare, iar asta înseamnă că, de facto, circa zece milioane de oameni au fost baricadați. Aeroporturile internaționale au fost echipate cu detectoare de recunoaștere/scanare a febrei (așa-numitele Thermo-Scans), iar traficul turistic, către și dinspre China, precum și din interiorul acestei țări, a fost restricționat în mod „dramatic”. Expresia „dramatic” părea justificată la vremea respectivă, însă din perspectiva actuală, având în vedere ceea ce avea să urmeze, pare indubitabil exagerată.



Fig. 1: *Wuhan, în timpul Lockdown-ului din ianuarie 2020.*