

# Koronawirus – fakty czy mity?

TYGODNIK  
**ANGORA**

**Każdego dnia jesteśmy informowani o coraz większej liczbie zakażonych i zmarłych na COVID-19. Czy jednak dane, które otrzymujemy z Ministerstwa Zdrowia, są miarodajne, a przede wszystkim czy są dobrze interpretowane?**

Obraz przedstawiany przez władze znacznie różni się od tego w mediach:

- co najmniej cztery z dziewięciu szpitali wysokospecjalistycznych nie mają już wolnych łóżek dla pacjentów z koronawirusem;

- w województwie łódzkim nie ma ani jednego wolnego miejsca na oddziałach zakaźnych dla dorosłych;

- w województwie śląskim na oddziałach obserwacyjno-zakaźnych także nie ma nawet jednego wolnego miejsca;

- w województwie lubelskim – 21 wolnych łóżek;

- w województwie mazowieckim – 20.

Te informacje pochodzą z redakcji portalu Bezprawnik.

Tymczasem – jak informują przedstawiciele władzy – liczba dostępnych łóżek dla pacjentów z koronawirusem wynosi 9,5 tys., a 4,2 tys. łóżek jest zajętych.

Wbrew medialnym doniesieniom o braku respiratorów premier uspokajał, że dziś dla chorych z covidem jest wolnych 500 respiratorów, a w razie potrzeby kolejne pół tysiąca czeka w magazynach.

Od uspokajających zapewnień premiera o wiele większe wrażenie robią jednak

takie historie jak przedstawiony w TVN-ie przypadek 77-letniego pana Włodzimierza, który z powodu braku wolnych miejsc w szpitalach przez dwa dni wożony był z podejrzeniem covidu karetką z Lipna do Rypina, z Rypina do Włocławka, a następnie do Bydgoszczy i Grudziądza, i znowu do Bydgoszczy, gdzie został przyjęty

mimo wyczerpania limitu łóżek dla pacjentów z koronawirusem.

W piątek w całym kraju liczba nowych zakażeń przekroczyła 4,2 tys., a dzień później – 4,7 tys. Rada Ministrów zdecydowała więc o kolejnych obostrzeniach, które zaczęły obowiązywać od soboty (10 października).



Fot. Beata Zawrzet/Reporter, oprac. Tomasz Wilczkiewicz

**Każdego dnia statystycznie w kraju umiera 1100 – 1200 Polaków, z czego na raka 273, a na choroby układu krążenia 484.**

**U 12 zmarłych stwierdza się obecność koronawirusa, ale statystycznie w mniej niż w jednym przypadku bezpośrednią przyczyną śmierci był COVID-19.**

**Cała Polska (poza strefą czerwoną) znalazła się w strefie żółtej, co oznacza, że:**

- maseczki będziemy musieli nosić nie tylko w budynkach użyteczności publicznej, ale także na ulicy;

- nadal nie trzeba będzie ich zakładać w lesie, parku, ogrodzie botanicznym czy na plaży;

- imprezy kulturalne i sportowe będą się mogły odbywać przy widowni zapełnionej w 25 proc. (widzowie będą musieli mieć maseczki);

- w restauracjach i barach obowiązują limit 1 osoby na 4 metry kwadratowe, w siłowniach i klubach fitness 1 osoby na 7 metrów kwadratowych, a w wesołych miasteczkach 1 osoby na 10 metrów kwadratowych;

- zakazane jest organizowanie dyskotek, zamknięte są nocne kluby;

- na weselach i uroczystościach rodzinnych nie może być więcej niż 75 osób.

**W strefie czerwonej, która obejmuje 38 powiatów, obostrzenia są jeszcze większe:**

- imprezy sportowe będą odbywać się bez publiczności;

- obowiązuje zakaz organizacji imprez kulturalnych;

- podczas uroczystości rodzinnych limit gości wynosi 50 osób;

- restauracje, puby i bary będą mogły pracować od godz. 6 do 22 (z wyjątkiem dostawy produktów na wynos).

Policja podobno dostała wytyczne, żeby z całą bezwzględnością ścigać osoby niosące maseczek (mandat w wysokości 500 zł).

**K.R.**

## Psychoza strachu

**Rozmowa z prof. dr. hab. RYSZARDEM RUTKOWSKIM z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, którego poglądy mocno odbiegają od oficjalnych**

**– COVID-19 jest nową chorobą, więc wciąż niewiele na jej temat wiemy...**

– Choroba, o której mówimy, jest wywołana przez koronawirusa SARS-CoV-2, co oznacza, że był też koronawirus numer jeden. W latach 2002 – 2003 w kilkudziesięciu państwach pojawił się SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome, czyli Zespół Ciężkiej Ostrej Niewydolności Oddechowej), gdzie wskaźnik śmiertelności (CFR) wynosił około 10 proc. 10 lat później w Arabii Saudyjskiej stwierdzono kolejne schorzenie powodowane przez koronawirusa, czyli MERS, w którym CFR wynosił aż 34,4 proc.

**– Jak wynika ze wspomnianych już oficjalnych danych Ministerstwa Zdrowia, współczynnik śmiertelności z powodu SARS-CoV 2 wynosi 2,47 proc.**

– Z powodów całkowicie niezrozumiałych goszczący bardzo często w mediach

centralnych wirusolodzy, epidemiolodzy i zakaźnicy zamiast ograniczania się do suchych, naukowych faktów snują bardzo katastroficzne, wręcz surrealistyczne wizje. Pediatria dr Paweł Grzesiowski ostatnio zaproponował, aby „okres Wszystkich Świętych rozłożyć na poszczególne weekendy, a 1 listopada zamknąć cmentarze”. Tymczasem przez 10 miesięcy pandemii wskaźnik śmiertelności CSF obliczony dla chorych, którzy zmarli na COVID-19 bez jakichkolwiek schorzeń przewlekłych, wyniósł 0,4 proc. Prof. Ryszarda Chazan, była kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych Pneumonologii i Alergologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, na Facebooku napisała: *Ludzie zawsze mieli infekcje – zwłaszcza górnych dróg oddechowych (kilka milionów osób rocznie). Za większość z nich odpowiadają zawsze*

*wirusy (w tym 10 proc. koronawirusy), ale nikt nigdy nie wykonywał z tego powodu testów, nie kierował nikogo na kwarantannę, nie zamykał szkół i przedszkoli.*

**– Jak wytłumaczyć to, że zarówno we Włoszech, jak i w Hiszpanii zmarło na COVID-19 ponad 30 tys. osób?**

– Na pewno choroba przebiega inaczej w Europie Środkowej i Północnej, a inaczej na południu Europy. Aby odpowiedzieć na pytanie, dlaczego tak się dzieje, jakie czynniki (genetyczne, demograficzne, środowiskowe itd.) sprawiają, że COVID-19 przebiega zdecydowanie łagodniej w naszej strefie geograficznej, musimy dokonać szeregu specjalistycznych badań i analiz naukowych. Wymaga to czasu i spokoju oraz poznania wielu szczegółowych danych medycznych z Włoch, Hiszpanii czy Francji, do których obecnie nie mamy dostępu. Na naukowe

wytłumaczenie tego zjawiska musimy więc poczekać.

**– Czy pana zdaniem w Polsce dopuszczamy się manipulacji danymi epidemiologicznymi?**

– COVID w pierwotnej definicji dotyczył układu oddechowego. Pacjent musiał mieć gorączkę, kaszel, nasiloną duszność, hipoksję (niedobór tlenu), obustronne rozlane zmiany zapalne w płucach, które w krańcowych przypadkach prowadziły do ARDS, czyli zespołu ostrej niewydolności oddechowej. Obecnie wiadomo, że w chorobie tej dochodzi też do zaburzeń zatorowo-zakrzepowych, co może skutkować uszkodzeniami szeregu narządów wewnętrznych, wstrząsem septycznym, ostrym uszkodzeniem nerek, rhabdomyolizą i zespołem rozsianego wykrzepiania wewnątrzkrwiny. Rozpoznanie COVID-19 powinno więc opierać się na stwierdzeniu klasycznych dolegliwości, zmian zapalnych w układzie oddechowym oraz szeregu odchyłań od normy w badaniach morfologicznych i enzymatycznych. Tymczasem w Polsce i praktycznie na całym świecie do rozpoznania COVID-19 wystarcza wykazanie obecności wirusa SARS-CoV-2 w wymazie

z nosogardła za pomocą testu RT-PCR, który jest krytykowany przez wielu naukowców amerykańskich i zachodnioeuropejskich za nadmierną czułość oraz zbyt małą dokładność. W efekcie nie możemy wykluczyć fałszywego rozpoznawania zakażenia wirusem SARS-CoV-2 u osób, które miały jedynie przelotny kontakt z tym patogenem, nie są nosicielami ani nie chorują na COVID-19.

Zastanawiające jest ograniczenie diagnostyki wirusologicznej wyłącznie do tego jednego koronawirusa i ignorowanie możliwości zakażenia oraz spowodowania podobnych objawów chorobowych przez atakujące układ oddechowy inne wirusy. Na przykład wirusy grypy typu A i B, paragrypy, adenowirusy, rinowirusy...

Drugą wątpliwość budzi pomijanie dolnych dróg oddechowych jako źródła materiału do badania wirusologicznego w kierunku SARS-CoV-2 w sytuacji, gdy mówimy, że choroba rozwija się w płucach, a nie w jamie ustnej, gardle czy krtań. Od wielu lat w przypadkach dyskusyjnych lub trudnych diagnostycznie wykonuje się bowiem badanie popłuczyn z dolnych odcinków drzewa oskrzelowego.

Wreszcie zastanawia mnie, dlaczego w Polsce nie wykonuje się sekcji zwłok osób zmarłych z powodu COVID-19, a jeżeli badania anatomopatologiczne są wykonywane, to nie ujawnia się światu lekarskiemu ich wyników. Badania sekcyjne były i są wykonywane w USA, Wielkiej Brytanii, Niemczech, Szwajcarii czy we Włoszech i stwierdzane zmiany chorobowe bardzo często wskazują na zupełnie inną przyczynę zgonu niż COVID-19. W tej sytuacji twierdzenie, że to wirus SARS-CoV-2 stał się przyczyną zgonu, jest mocno dyskusyjne.

**– Jeszcze kilka miesięcy temu dziennie odnotowywano 100 – 200 nowych zakażeń, teraz ponad 4 tys., więc problem jednak istnieje.**

– Zakażenie oznacza jedynie wniknięcie do organizmu drobnoustrojów chorobotwórczych. Aby doszło do choroby, musi zostać przełamana odporność immunologiczna organizmu.

**– Od 10 października, poza domem, praktycznie wszyscy musimy nosić maseczki. Czy pana zdaniem zmniejszy to ryzyko zakażenia?**

– Problem polega na tym, że w zwykłych bawełnianych maseczkach, jakie noszą miliony Polaków, odległości między jej włóknami wynoszą 1 – 5 mikronów. Tymczasem wirus SARS-CoV-2 ma średnicę 60 – 140 nanometrów, czyli jest przynajmniej 10 razy mniejszy od przestrzeni między niemi. To tak, jakby uznać, że dorosły człowiek mający 180 cm wzrostu nie przejdzie przez bramę o wysokości 18 – 20 metrów. Doskonale o tym wiedzą lekarze pracujący na oddziałach zakaźnych, gdzie hospitalizowani są chorzy na COVID-19, i oni noszą wyłącznie maseczki chirurgiczne, przybicie lub maski N99. Poza tym wielogodzinne noszenie maseczek może wywoływać lub zaostrzyć już istniejące choroby skórne, a u osób

z niewydolnością krążenia II – IV stopnia, chorych z zaawansowaną przewlekłą chorobą obturacyjną płuc lub ze znacznymi zaburzeniami restrykcyjnymi, do których dochodzi w wyniku schorzeń prowadzących do włóknienia płuc, może spowodować groźne zaburzenia rytmu serca i nawet nagły zgon kardialny. Jest to o tyle prawdopodobne, że codzienne straszenie schorowanych ludzi śmiertelnym koronapowrotem musi negatywnie odbić się na ich psychice.

**– Oprócz noszenia masek musimy też zachować dystans 1,5 – 2 m.**

– Gdy głęboko i mocno oddychamy (np. podczas wysiłku), to wyrzucamy z siebie cząstki powietrza na odległość nawet kilku metrów, stąd zalecany dystans 1,5 metra w przypadku wirusa naprawdę groźnego dla ludzkiego życia jest o wiele za mały. Pomimo trwającego wiele miesięcy terroru maseczkowego we Francji, w Hiszpanii czy Wielkiej Brytanii liczba zachorowań na COVID-19 i zgonów z tego powodu nie tylko nie spada, ale wręcz narasta. W Szwecji czy na Białorusi, gdzie nie było i nie ma przymusu DDM (dezynfekcja, dystans społeczny, maski), sytuacja epidemiologiczna i zdrowotna jest nieporównywalnie lepsza. Dodatkowo należy zauważyć, że na Białorusi od kilku tygodni trwają wielotysięczne manifestacje, których uczestnicy nie noszą masek, stoją często bardzo blisko siebie, krzyczą. I do chwili obecnej nikt z korespondentów zachodnich czy amerykańskich nie alarmuje, że w tym państwie z powodu COVID-19 ludzie umierają tysiącami.

**– Jeżeli Amerykanie będą mieli niedługo szczepionkę, o czym zapewnia Donald Trump, czy to oznacza, że będzie ona skuteczna także w Polsce?**

– Tego nie wiemy, gdyż nie wiemy, jaki konkretnie szczep wirusa SARS-CoV-2 nas obecnie atakuje, jaka jest jego zakaźność i realna groźba dla życia Polaków. Nasze instytuty naukowe już dawno powinny odpowiedzieć na te pytania. O taką informację prosiłem też ministra Adama Niedzielskiego w liście otwartym skierowanym do niego oraz lekarzy – posłów i senatorów z wszystkich opcji politycznych. Oczywiście odpowiedzi na to pytanie nie otrzymałem.

**– Amerykanie mają mieć szczepionkę na przełomie roku. Rosjanie i Chińczycy podobno także kończą prace. Ale czy w tak krótkim czasie można stworzyć skuteczną szczepionkę, skoro nawet ta przeciwko grypie, na którą szczepimy się od dziesięcioleci, w niektórych latach była skuteczna zaledwie w trzydziestu kilku procentach?**

– Jeżeli nie pogwałcimy reguł obowiązujących przy wprowadzaniu nowych leków, to oczywiście nie da się tego zrobić w tak krótkim czasie. Obserwując polityków francuskich, hiszpańskich i, niestety, także naszych, wyobrażam sobie, że za kilka miesięcy dowiemy się, że taką szczepionkę mamy. To nic, że być może u wielu osób zaszczepionych wystąpią różnorodne powikłania. Kto bowiem z rządzących

polityków oraz totalnej opozycji będzie się tym przejmował?

**– Jak długo pana zdaniem będziemy żyć z koronawirusem?**

– Zapewne tak długo, jak ustalą to politycy PiS, Solidarnej Polski, Porozumienia, Koalicji Obywatelskiej, SLD, Partii Razem oraz Koalicji Polskiej.

**– Ale lekarze rodzinni boją się koronawirusa.**

– Nie koronawirusa, ale tego, że w razie pozytywnego testu na SARS-CoV-2 u ich pacjentów zostaną poddani przymusowej, nadzorowanej przez policję kwarantannie, podczas której nie będą mogli pracować mimo braku objawów chorobowych.

**– Na uczelni nie ma pan problemów z powodu głoszonych poglądów?**

– Podczas 40 lat mojej pracy akademickiej żaden rektor UMB nigdy nie sugerował mi, jak mam myśleć. Takie są standardy w świecie uniwersyteckim, takie obowiązują także w Białymstoku. Na uczelni mam wielu bardzo mądrych kolegów, z którymi krytycznie analizujemy obecną rzeczywistość covidową. Poza tym wszystko to, co mówię i piszę publicznie, oparte jest na dowodach naukowych, dlatego zapraszam moich oponentów do obalenia moich twierdzeń za pomocą argumentów wyłącznie naukowych.

**KRZYSZTOF RÓŻYCKI**

## Wracają godziny dla seniorów

W sklepach, aptekach i drogeriach zostaną wprowadzone tak zwane godziny dla seniorów – poinformował w sobotę premier. Osoby powyżej 60. roku życia będą mogły zrobić zakupy w godzinach 10 – 12. Zmiany wejdą w życie od czwartku – 15 października. Morawiecki wskazał również na cztery najważniejsze punkty działań w związku z pandemią COVID-19, w najbliższej przyszłości:

1. Tygodniowe raportowanie kolejnych decyzji;
2. Ochronę grup największego ryzyka – izolację osób starszych;
3. Zapewnienie wydolności systemu ochrony zdrowia;
4. Podwyższony reżim sanitarny w gospodarce.

Pytany przez dziennikarza o kolejne decyzje w sprawie funkcjonowania szkół, zapewnił, że rząd omawia *bardzo intensywnie kwestie systemu edukacji*. – Na dzisiaj 98 procent szkół funkcjonuje w systemie stacjonarnym i tylko niewielki procent szkół funkcjonuje albo w systemie zdalnym, albo w hybrydowym. Ta strategia, którą zaproponowało Ministerstwo Edukacji w sierpniu, na razie zdaje egzamin w tym bardzo trudnym okresie – powiedział. – Dlatego na dzisiaj nie widzimy takiej konieczności, żeby wprowadzać obowiązek nauki w trybie zdalnym – oświadczył.

**TYGODNIK NIEZŁOMNY**

**FAKTY PO MITACH**

Nr 4 (4), 9 – 15 października 2020 r.

**Rosja: Święty biznes**

**Kosy na sztorc**

**Pedofilia: lista hańby**

**W KAŻDY PIĄTEK W KIOSKACH**

REKLAMA