

Pozabljeni *Primum non nocere* in povečana umrljivost po cepljenju s cepivom proti covidu 19

MDPI <https://www.preprints.org/manuscript/202301.0204/v4>

Srečko Šorli, FR
Stationary Cosmology Initiative, Idrija, Slovenia
<https://orcid.org/0000-0001-6711-4844>
sci.sorli@gmail.com

Tomaž Makovec, Ph.D.
Stationary Cosmology Initiative, Idrija, Slovenia
<https://orcid.org/0000-0003-4226-2263>
sci.makovec@gmail.com

Živan Krevel, MD
Homeopathic Center Krevel, Ivančna Gorica, Slovenia
zkrevel@gmail.com

Rado Gorjup, M.Phil.
ITR-Institute for Transdisciplinary Research and Development
radogorjup@gmail.com

Povzetek

Ozadje: Glavna spodbuda za svetovno kampanjo cepljenja proti koronavirusni bolezni (covid – coronavirus disease, slovensko kovib – koronavirusna bolezen) 19 v letu 2021 je bilo zmanjšanje umrljivosti zaradi okužbe z virusom SARS-CoV-2 v letu 2020. Toda strogih, verodostojnih analiz, s katerimi bi dokazali, da je množično cepljenje zmanjšalo umrljivost svetovnega prebivalstva, sploh ni.

Metode: Statistika nam ponuja bistven metodološki pristop za merjenje učinkov cepljenja proti covidu 19 na javno zdravje. Matematično razmerje med skupinami cepljenih in živih se lahko zaradi velikega števila prebivalcev ponovi med skupinami cepljenih in mrtvih z razmeroma visoko statistično zanesljivostjo. Ta metoda omogoča tudi večjo statistično uporabnost, saj odpravlja Simpsonov učinek oz. paradoks.

Rezultati: Izračuni so bili opravljeni za vsakega od naslednjih petih (5) štiritedenskih intervalov: 35.–38. teden (2021), 39.–42. teden (2021), 43.–46. teden (2021), 47.–50. teden (2021) in 51. teden 2021–2. teden (2022). Rezultati potrjujejo, da je bila umrljivost cepljenih skupin, okuženih s koronavirusom, v povprečju za 14,5 % višja od umrljivosti necepljenih skupin, okuženih s koronavirusom.

Ugotovitve: Razbrati je, da imajo cepljene okužene skupine višjo povprečno umrljivost kot necepljene okužene skupine. Ugotovitve kažejo na upravičenost razširitve statističnih podatkov med cepljenimi živimi in cepljenimi mrtvimi posamezniki za različne starostne

skupine. Izračun vpliva cepljenja proti covidu 19 na stopnjo umrljivosti je nujen za izpolnitev prvega načela medicine *Primum non nocere* (*Najprej ne škoditi*).

Ključne besede: cepljenje proti covidu 19, stopnja umrljivosti, bolniški stalež

Uvod

Glavni javnozdravstveni razlog po vsem svetu za množično cepljenje proti covidu 19 leta 2021 je bil zmanjšati obsežno smrtnost, ki je bila pripisana razširjeni okužbi z novim koronavirusom SARS-CoV-2, ki se je pojavila spomladi leta 2020. Osrednje raziskovalno vprašanje, na katero je treba odgovoriti v tem prispevku, je, ali cepljenje proti covidu 19 rešuje več življenj zaradi obolevanja za to boleznijo ali pa to povzroča še več smrti zaradi neželenih učinkov cepljenja. Teoretično bi moralo biti število smrtnih primerov zaradi okužbe z novim koronavirusom pri cepljenih bistveno manjše kot pri necepljenih. V teoretični raziskavi, objavljeni leta 2021, je bilo namreč ocenjeno, da bo cepljenje proti covidu 19 zmanjšalo stopnjo umrljivosti [1]. Argument javnega zdravja za množično in nepretrgoma potekajoče cepljenje v veliki meri temelji na tej trditvi.

Kmalu po začetku cepljenja so številni zdravstveni delavci trdili, da bo okužba z novim koronavirusom zagotovila naravno imunost, ki bo zadostna zaščita pred nalezljivo boleznijo covid 19. Gazid je s sodelavci dokazal, da naravna okužba s SARS-CoV-2 zagotavlja boljše protivirusno adaptivno imunost od tiste, ki jo zagotavlja cepljenje s cepivom proti covidu 19 [2]. Poleg tega so zdravstveni delavci izrazili logično, na dokazih temelječo zaskrbljenost, da bi cepljenje s cepivom proti covidu 19, ki je bilo v številnih državah obvezno za bolnišnično osebje, lahko povzročilo škodljive posledice za posameznike, ki so bili prej že okuženi z virusom SARS-CoV-2. Ti pomisleki segajo že v leto 2012, ko se je pri laboratorijskih miših po cepljenju in kasnejši izpostavljenosti koronavirusu sars razvila huda pljučna imunopatologija [3]. Desetletje pozneje drugi podatki o miših nakazujejo povezavo med cepivom proti covidu 19 na osnovi informacijske RNK (*mRNA*), vgrajene v lipidne nanodelce (ki so torej njen vektor oz. prenašalec), ter pojavom izčrpanosti celic adaptivnega imunskega sistema in neodzivnostjo, kar je oboje posledica kronične stimulacije imunske-vnetnih poti [4].

Dobro zasnovanih študij na ljudeh, ki bi obravnavale vprašanje kombiniranega vpliva okužbe s koronavirusom in poznejšega cepljenja proti covidu 19, ni, je pa bilo v nedavni študiji Otta in sodelavcev ugotovljeno, da lahko okužba z novim koronavirusom pri osebah, cepljenih proti covidu 19, povzroči hudo bolezen in smrt, zlasti pri starejših odraslih in tistih s komorbidnostmi [5]. Glede na to, da so različice virusa SARS-CoV-2 zelo prenosljive in da so v t. i. zahodnem svetu že okužile večino prebivalstva, bi lahko imelo to resne posledice za javno zdravje, zlasti ob upoštevanju tega, da po vsem svetu še vedno potekajo množične kampanje za cepljenje s pozitivnimi odmerki proti covidu 19.

Analize tveganj kliničnih preskušanj za neželene učinke, povezane s cepivi, dodatno potrjujejo nezaželen vpliv na umrljivost. V sekundarni analizi resnih neželenih učinkov (*SAEs* – *serious adverse events*), o katerih so poročali v s placebom nadzorovani skupini v tretji fazi randomiziranih kliničnih preskušanj cepiv *mRNA* proti covidu 19, so avtorji ugotovili za 36 %

večje tveganje resnih neželenih učinkov v skupini, ki je prejela cepivo Pfizerja, v primerjavi s skupino s placebom, kar pomeni 18 dodatnih resnih neželenih učinkov na 10.000 cepljenih [6]. Resni neželeni učinki so vključevali smrt in različna življenja ogrožajoča stanja, zlasti ishemično kap, možgansko krvavitev in akutni koronarni sindrom. Poudariti je treba, da je bilo tako pri kliničnih preskušanjih družbe Pfizer kot tudi družbe Moderna presežno tveganje resnih neželenih učinkov dvakrat do štirikrat večje od zmanjšanja tveganja za hospitalizacijo zaradi covidu 19. Večina teh resnih nezaželenih učinkov je razmeroma pogosta. Glede na kratka obdobja opazovanja v teh preskušanjih se lahko te ocene tveganja štejejo za konservativne.

Glede na te ugotovitve in pomisleke se zdi nujno, da medicinska znanstvena skupnost nameni več pozornosti ocenjevanju tveganj za smrtnost zaradi cepljenja proti covidu 19 v populacijah s predhodno ali sočasno okužbo s SARS-CoV-2 na podlagi pozitivnega rezultata testa PCR. Ocene števila smrti zaradi cepiva proti covidu 19 so z epidemiološkega vidika razmeroma preproste in jih ne ovirajo negotovosti pri ocenah obolevnosti. Pri umrljivosti celotne populacije kot rezultatu ni večjih motečih dejavnikov ali 'skritih spremenljivk', ki bi lahko vplivali na rezultate, saj v prosto živečih populacijah, ki so izpostavljene SARS-CoV-2 in zasedajo podobne geografske regije, cepljene in necepljene osebe v splošnem živijo v enakih razmerah, z enakomerno porazdeljenimi istimi sklopi dejavnikov tveganja. Cepljene in necepljene osebe v neki regiji imajo podobno prehrano in so izpostavljene drugim podobnim okoljskim spremenljivkam, zlasti zraku in vodi.

Razlike v razširjenosti okužbe s SARS-CoV-2 med cepljenimi in necepljenimi so zanemarljive [7]. Poleg tega se covid 19 med necepljenimi in cepljenimi širi podobno hitro: vpliv cepljenja na prenos različic koronavirusa v posamezni skupnosti se ni bistveno razlikoval od vpliva na prenos med necepljenimi osebami [8]. Zaradi tega bi podatki o stanju cepljenja proti covidu 19 na ravni celotne populacije za posameznike različnih starostnih skupin, ki živijo v isti geografski regiji, zagotovili pomembne informacije o učinkovitosti cepiv, pa tudi o tem, kakšna je njihova povezava s smrtnostjo v okviru okužbe s SARS-CoV-2. Ti epidemiološki podatki nam omogočajo natančno analizo vpliva obsežnega cepljenja proti covidu 19 na stopnjo umrljivosti tako cepljenih kot tudi necepljenih skupin.

Analiza in rezultati

Za namene analize so ljudje, ki živijo v posamezni regiji (pokrajini ali državi), označeni kot 'živi'. To skupino ločimo na dve manjši: 'cepljeni' in 'necepljeni'. Toda v nekem časovnem okviru neko število ljudi umre. Tudi to skupino umrlih glede na status cepljenja razdelimo na podskupini.

Zato za oceno vpliva cepljenja na stopnjo umrljivosti uporabimo naslednjo enačbo:

$$\frac{\text{cepljeni}(A)}{\text{vsi živi}(B)} = \frac{\text{umrli cepljeni}(A^{\hat{c}})}{\text{vsi umrli}(B^{\hat{c}})} \quad (1)$$

Sorazmerno število cepljenih mrtvih izračunamo na naslednji način:

$$\text{sorazmerno število mrtvih cepljenih } A^i = \frac{\text{cepljeni } (A) * \text{vsi umrli } (B^i)}{\text{vsi živi } (B)} \quad (2)$$

Sorazmerno število za izbrano časovno obdobje mora biti vedno večje od statistične ocene mrtvih cepljenih, ki je rezultat izračuna. V tem primeru cepiva rešujejo življenja. Če pa je sorazmerno število manjše od statističnega števila, cepiva povečujejo stopnjo umrljivosti. Ta izračun je treba opraviti za vsak mesec leta 2021 za pet starostnih skupin: do 20 let, od 20 do 40 let, od 40 do 60 let, od 60 do 80 let in nad 80 let. Na ta način se izključi statistični problem, znan kot Simpsonov učinek (ali Yule-Simpsonov paradoks, pri katerem se povezava med dvema spremenljivkama v populaciji pojavi, izginje ali obrne, ko populacijo razdelimo na podpopulacije).

Za strogo matematično oceno učinkovitosti cepiva proti covidu 19 v nedavnem uredniškem članku BMJ (*British Medical Journal*) priporočajo uporabo vrstičnih podatkov [9]. Natančni vpliv na celotno prebivalstvo v posamezni državi in po svetu lahko izračunamo z uporabo podatkov o tem, koliko umrlih v danem štiritedenskem obdobju je bilo vsaj enkrat cepljenih (nekateri avtorji jih imenujejo 'kdaj/kadar koli* cepljeni'). Tako bi lahko izračunali sorazmerno število 'umrlih cepljenih' in ga primerjali z dejanskim statističnim izračunom števila umrlih cepljenih ljudi.

Korporacije in vladne agencije so v ta namen zagotovile koristne podatke. Za vsako podjetje ali vladno agencijo lahko učinkovitost cepljenja proti covidu 19 izračunamo tako, da primerjamo število delovnih dni z dnevi bolniškega staleža v odstotkih v posameznem mesecu ali letu, kot sledi:

Delovni dnevi cepljenih delavcev v enem mesecu..... 100%

Bolniški dnevi cepljenih delavcev v enem mesecu..... X%

$$X \% = \frac{N_{\text{bolniški dnevi cepljenih delavcev}} * 100}{N_{\text{delovni dnevi cepljenih delavcev}}} \quad (3)$$

Delovni dnevi necepljenih delavcev v enem mesecu..... 100%

Bolniški dnevi necepljenih delavcev v enem mesecu..... X%

$$Y \% = \frac{N_{\text{bolniški dnevi necepljenih delavcev}} * 100}{N_{\text{delovni dnevi necepljenih delavcev}}} \quad (4)$$

V poljubnem podjetju lahko zlahka ugotovimo, katerih bolniških odsotnosti je več. Predstavljajmo si, da imamo podjetje s 100 zaposlenimi, od katerih jih je 50 % cepljenih, 50

% pa ne. Cepljeni delavci so domnevno zaščiteni pred covidom 19 in bi morali imeti veliko manjši odstotkovni delež bolniških dni kot necepljeni. Po doktrini o cepljenju proti covidu 19 bi morale biti bolniških dni v skupini cepljenih bistveno manj kot v skupini necepljenih.

Opozoriti je treba na še en povečan dejavnik v skupni umrljivosti prebivalstva. V Sloveniji in v svetu na sploh ugotavljamo namreč veliko več smrti novorojenčkov v letu 2022 v primerjavi s prejšnjimi leti. V tem primeru bi bilo nedvomno treba preveriti morebitni vpliv cepljenja proti covidu 19 na omenjeni dejavnik.

Število umrlih novorojenčkov X_D je vsota naslednjih seštevanecv:

$$X_D = X_6 + X_5 + X_4 + X_3 + X_2 + X_1 + X_0 \quad (5),$$

kjer je X_6 število smrti novorojenčkov, pri katerih sta oba starša trikrat cepljena, X_5 število smrti, pri katerih je eden od staršev trikrat cepljen, eden pa dvakrat, X_4 število smrti, ko sta oba starša dvakrat cepljena, X_3 število smrti, ko je eden cepljen dvakrat, eden enkrat ali eden trikrat, eden pa sploh ne, X_2 število smrti, kjer je cepljenost staršev $1 + 1$ ali $2 + 0$, X_1 število smrti, ko je eden od staršev enkrat cepljen, in X_0 število smrti novorojenčkov, pri katerih nobeden od staršev ni bil cepljen. S tem modelom smo lahko videli možne povezave s cepljenjem proti covidu 19. Poročila EMA, VAERS in Yellow Card o velikem številu neželenih učinkov cepiv [10,11,12] so alarmantni zvonci za podrobno analizo, predlagano v tem članku.

Predlagana statistična analiza, predstavljena v tem članku, lahko potrdi teoretično študijo o tem, koliko življenj je bilo rešenih s cepivi v posamezni državi, pa ne le ljudi, starih nad 60 let, temveč v celotni populaciji.

1. Izračuni stopnje umrljivosti v skupini okuženih cepljenih in skupini okuženih necepljenih z uporabo uradnih podatkov Agencije Združenega Kraljestva za zdravstveno varnost (*UK Health Security Agency*)

Pri izračunih primerjamo vzorec A/B celotne populacije z vzorcem A^*/B^* v skupini mrtvih oseb.

$$\frac{\text{cepljeni}(A)}{\text{živi}(B)} = \frac{\text{cepljeni umrli}(A^i)}{\text{vsi umrli}(B^i)} \quad (1)$$

Formula (1) velja za statistiko, ki vključuje velike vzorce, in zagotavlja natančne rezultate. Ker zdravstvene oblasti skrivajo status cepljenja večine umrlih oseb A^* , to trenutno ni izvedljivo. Lahko pa v Angliji pridobimo uradne podatke o okuženi skupini umrlih $B^{(*1)}$ in zapišemo naslednjo enačbo:

$$\frac{\text{cepljeni umrli}(A^i)}{\text{vsi umrli}(B^i)} = \frac{\text{okuženi cepljeni umrli}(A^{i1}) + \text{neokuženi cepljeni umrli}(A^{i2})}{\text{okuženi umrli}(B^{i1}) + \text{neokuženi umrli}(B^{i2})} \quad (6)$$

Težava je, da za neokužene cepljene umrle A^{i2} nimamo podatkov, ker zdravstvene oblasti ne dovolijo javnega dostopa do informacij o cepilnem status umrlih oseb. Upoštevajoč, da cepiva

ne vplivajo na umrljivost, imata podskupina A^{i1} in podskupina B^{i1} enako stopnjo umrljivosti. Če bi bile v obeh skupinah osebe različnih starosti, bi lahko prišlo do Simpsonovega učinka. To ne drži, v obeh skupinah je starostna porazdelitev zelo podobna in Simpsonov učinek je izključen. Homogena porazdelitev vseh starostnih skupin je razvidna iz vira podatkov [13]. Upoštevajoč, da cepiva ne vplivajo na umrljivost, imata podskupina A^{i2} in podskupina B^{i2} enako stopnjo umrljivosti. Proizvajalci cepiv izjavljajo, da je učinkovitost cepiv okoli 95-odstotna, kar pomeni, da imajo podskupine A^{i1} , B^{i1} , A^{i2} in podskupina B^{i2} zelo podobno stopnjo umrljivosti, ki se lahko maksimalno razlikuje le za 5%, zato zapišemo naslednjo enačbo:

$$\frac{A^{i1}}{B^{i1}} \approx \frac{A^{i2}}{B^{i2}} \quad (7).$$

Iz (7) sledi:

$$\frac{\text{cepljeni}(A)}{\text{živi}(B)} = \frac{\text{cepljeni umrli}(A^{i1})}{\text{mrtvi}(B^{i1})} = \frac{\text{okuženi cepljeni umrli}(A^{i1})}{\text{okuženi umrli}(B^{i1})} = \frac{\text{neokuženi cepljeni umrli}(A^{i2})}{\text{neokuženi umrli}(B^{i2})} \quad (8).$$

Iz (8) sledi:

$$\frac{\text{cepljeni}(A)}{\text{živi}(B)} = \frac{\text{okuženi cepljeni umrli}(A^{i1})}{\text{okuženi umrli}(B^{i1})} \quad (9).$$

Vpliv covid-19 na stopnjo umrljivosti v skupini A^{*1} in skupini B^{*1} je enak. Sorazmerna števila A^{*1} , dobljena v vseh petih 28-dnevnih časovnih obdobjih, so vedno manjša od statističnih števil. To je močan dokaz, da cepiva povečujejo umrljivost. Statistični podatki se nanašajo na kratko časovno obdobje (štiri tedne, 28 dni), zato časovna spremenljivka ne more bistveno vplivati na rezultate. V skupini A^{*1} in v skupini B^{*1} bi lahko ljudje umrli zaradi neznanih razlogov. Obe skupini sta živeli v enakih življenjskih razmerah, zato bi imel kakšen drug vzrok smrti enak vpliv na obe skupini.

V prebivalstveni statistiki za Anglijo smo pridobili podatke o številu okuženih cepljenih umrlih in podatke o okuženih umrlih B^{*1} . Z uporabo enačbe (9) smo izračunali sorazmerno (proporcionalno) število okuženih cepljenih mrtvih A^{*1} in ga primerjali s statističnim številom dejansko okuženih cepljenih mrtvih. Tako smo dobili zmanjšano ali povečano stopnjo umrljivosti (v odstotkih), povezano s cepljenjem ali verjetno pripisano cepljenju. Sorazmerno število A^{*1} je število, ki kaže, da cepljenje ne vpliva na stopnjo umrljivosti. Če je v skupini s SARS-CoV-2 okuženih mrtvih oseb B^{*1} cepljenih 10 %, je torej tudi v celotni populaciji cepljenih 10 % oseb, če je v skupini mrtvih oseb, okuženih s SARS-CoV-2, B^{*2} cepljenih 20 %, je tudi v celotni populaciji cepljenih 20 % oseb, itd. – če so v skupini mrtvih oseb, okuženih s SARS-CoV-2, B^{*2} vsi cepljeni, pomeni, da je cepljenih 100 % prebivalstva, torej vse prebivalstvo.

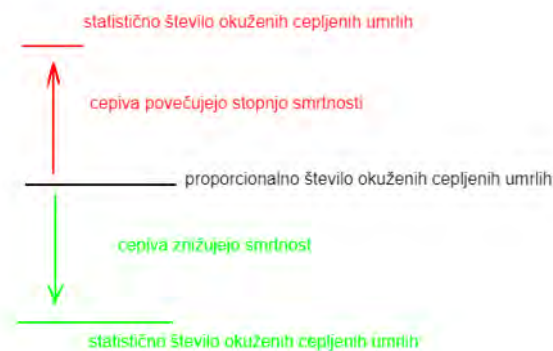
Zdaj bomo primerjali število mrtvih oseb, okuženih s SARS-CoV-2 in cepljenih proti covidu 19, v uradnih statističnih podatkih s sorazmernim številom smrtnih primerov, okuženih s

SARS-CoV-2 in cepljenih proti covidu 19, A^{i1} . Statistično število okuženih s SARS-CoV-2 okuženih cepljenih umrlih oseb mora biti manjše od sorazmernega števila A^{i1} , če cepljenje proti covidu 19 res rešuje življenja ljudi. Nato lahko z naslednjo enačbo izračunamo, koliko oseb, okuženih s SARS-CoV-2, je bilo s cepljenjem rešenih pred smrtjo v danem štiritedenskem obdobju:

$$\text{rešena življenja} = A^{i1} - s \text{ SARS-CoV-2 okuženi umrli v statistiki} \quad (10)$$

V tem primeru je statistično število s SARS-CoV-2 okuženih cepljenih umrlih večje od sorazmernega števila A^{i1} , zato cepljenje negativno vpliva na stopnjo umrljivosti. Z drugimi besedami, cepljenje vzame več življenj, kot jih reši, tj. zaradi cepljenja je prezgodaj umrlo več ljudi, kot bi jih, če se ne bi odločili za cepljenje:

$$\text{izgubljena življenja} = s \text{ SARS-CoV-2 okuženi cepljeni umrli v statistiki} - A^{i1} \quad (11)$$



Slika 1: Primerjava sorazmernega (proporcionalnega) števila s statističnim številom

Izračun za 35.–38. teden leta 2021

'Cepljena' oseba v tem izračunu je oseba, ki je bila cepljena z enim ali več odmerki cepiva proti covidu 19. Izračunajmo sorazmerno število umrlih cepljenih v Angliji med 35. in 38. tednom. V tem obdobju je v Angliji zaradi covidu 19 umrlo 3165 ljudi, od teh jih je bilo 2448 cepljenih [13]. Vidimo, da je delež cepljenih v Angliji z enim odmerkom v tem obdobju 65,1 %. Leta 2021 je bilo v Angliji 56.191.000 prebivalcev (65,1 % je 36.580.300).

$$\text{sorazmerno število} = \frac{36.580.300 * 3165}{56.191.000}$$

sorazmerno število = 2060.

Uradno je v obdobju med 35. in 38. tednom zaradi covidu 19 umrlo 3165 ljudi.

z novim koronavirusom okuženi cepljeni umrli = 2448.

To pomeni, da je v tem obdobju zaradi cepljenja predčasno umrlo 388 ljudi:

$$\text{izgubljena življenja} = 2448 - 2060 = 388$$

Izračun za 39.–42. teden leta 2021

Izračunajmo sorazmerno število umrlih cepljenih v Angliji med 39. in 42. tednom. V tem obdobju je v Angliji zaradi covida 19 umrlo 2772 ljudi, od tega jih je bilo 2270 cepljenih [13]. Vidimo, da je delež cepljenih oseb v Angliji z enim odmerkom v tem obdobju 66,1 % [13]. Število prebivalcev Anglije je leta 2021 znašalo 56.191.000 ljudi. Od tega je 66,1 % celotnega prebivalstva 37.142.200 ljudi.

$$\text{sorazmerno število} = \frac{37.142.200 * 2772}{56.191.000}$$

sorazmerno število = 1832.

Uradno je v obdobju med 39. in 42. tednom zaradi covida 19 umrlo 2272 ljudi.

z novim koronavirusom okuženi cepljeni umrli = 2270.

To pomeni, da je v tem obdobju zaradi cepljenja predčasno umrlo 438 ljudi:

$$\text{izgubljena življenja} = 2270 - 1832 = 438$$

Izračun za 43.–46. teden leta 2021

Izračunajmo sorazmerno število umrlih cepljenih v Angliji med 43. in 46. tednom leta 2021. V tem obdobju je v Angliji zaradi covida 19 umrlo 3726 ljudi, od tega jih je bilo 2992 cepljenih [13]. Vidimo, da je število cepljenih v Angliji v tem obdobju s prvim odmerkom 67,4 % [13]. Število prebivalcev Anglije je leta 2021 znašalo 56.191.000 ljudi (67,4 % celotnega prebivalstva je 37.872.700 ljudi). Uporabimo enačbo (7) in dobimo:

$$\text{sorazmerno število} = \frac{37.872.700 * 3726}{56.191.000}$$

sorazmerno število = 2511.

Uradno je v obdobju med 43. in 46. tednom zaradi covida 19 umrlo 3726 ljudi.

z novim koronavirusom okuženi cepljeni umrli = 2992.

To pomeni, da je v tem obdobju zaradi cepljenja predčasno umrlo 481 ljudi:

$$\text{izgubljena življenja} = 2992 - 2511 = 481$$

Izračun za 47.–50. teden leta 2021

Izračunajmo sorazmerno število umrlih cepljenih v Angliji med 47. in 50. tednom. V tem obdobju je v Angliji zaradi covida 19 umrlo 2956 ljudi, od tega jih je bilo 2140 cepljenih [13]. Do 19. decembra 2021 je bila skupna precepljenost v Angliji s prvim odmerkom 68,2 % gl. str. 3 *Poročilo o nadzoru cepiva proti covidu 19 (COVID-19 vaccine surveillance report)* – 51. teden [13]. Število prebivalcev Anglije je leta 2021 znašalo 56.191.000 ljudi (68,2 % je 38.322.200 ljudi). Uporabimo enačbo (7) in dobimo:

$$\text{sorazmerno število} = \frac{37.872.700 * 2956}{56.191.000}$$

$$\text{sorazmerno število} = 2016.$$

Uradno je v obdobju med 47. in 50. tednom zaradi covida 19 umrlo 2956 ljudi.

$$\text{z novim koronavirusom okuženi cepljeni umrli} = 2140.$$

To pomeni, da je v tem obdobju zaradi cepljenja predčasno umrlo 124 ljudi:

$$\text{izgubljena življenja} = 2140 - 2016 = 124$$

Izračun za obdobje 51. teden leta 2021–2. teden leta 2022

Izračunajmo sorazmerno število umrlih cepljenih v Angliji med 51. tednom leta 2021 in 2. tednom leta 2022. V tem obdobju je v Angliji zaradi covida 19 umrlo 3893 ljudi, od tega jih je bilo 2878 cepljenih. Do 16. januarja 2022 je bila skupna precepljenost v Angliji s prvim odmerkom 68,9 %, gl. str. 3 [13]. Število prebivalcev Združenega kraljestva je leta 2021 znašalo 56.191.000 ljudi. Od tega je 68,9 % celotnega prebivalstva, kar pomeni 38.322.200 ljudi. Uporabimo enačbo (4) in dobimo:

$$\text{sorazmerno število} = \frac{37.872.700 * 3893}{56.191.000}$$

$$\text{sorazmerno število} = 2682.$$

Uradno je v obdobju med 51. tednom leta 2021 in 2. tednom leta 2022 zaradi covida 19 umrlo 3893 ljudi.

z novim koronavirusom okuženi cepljeni umrli = 2878.

To pomeni, da je v tem obdobju zaradi cepljenja predčasno umrlo 196 ljudi:

$$\text{izgubljena življenja} = 2878 - 2682 = 196$$

Spodaj so prikazani rezultati vseh izračunanih obdobj:

35.–38. teden leta 2021: skupno število umrlih zaradi covida 19 je 3165, število umrlih cepljenih je 2448, število umrlih zaradi neželenih učinkov cepljenja je 388, kar pomeni 15 % umrlih, okuženih z novim koronavirusom, in cepljenih.

39.–42. teden leta 2021: skupno število umrlih zaradi covida 19 je 2772, število umrlih cepljenih je 2270, število umrlih zaradi neželenih učinkov cepljenja je 438, kar pomeni 19 % umrlih, okuženih s koronavirusom in cepljenih.

43.–46. teden leta 2021: skupno število umrlih zaradi covida 19 je 3726, število umrlih cepljenih je 2992, število umrlih zaradi neželenih učinkov cepljenja je 481, kar pomeni 16 % umrlih, okuženih s koronavirusom in cepljenih.

47.–50. teden: skupno število umrlih zaradi covida 19 je 2956, število umrlih cepljenih je 2140, število umrlih zaradi neželenih učinkov cepljenja je 124, kar pomeni 6 % umrlih, okuženih s koronavirusom in cepljenih.

51. teden leta 2021–2. teden leta 2022: skupno število umrlih zaradi covida je 3893, število umrlih cepljenih je 2878, število umrlih zaradi neželenih učinkov cepljenja je 196, kar pomeni 7 % smrtnih primerov, okuženih s koronavirusom, in cepljenih.

V 20 tednih je umrlo 16.505 ljudi, pri katerih je bil test na okužbo s SARS-CoV-2 pozitiven, od teh je bilo cepljenih 12.728. Skupno število umrlih zaradi resnih neželenih učinkov, ki jih je povzročilo cepljenje, je 1627 ali 12,8 % ($1627/12.728 = 12,8 \%$). Če bomo v izračun vključili vsa časovna obdobja, bomo dobili celovitejšo oceno.

Skupno število umrlih v 20 tednih, ki so bili pozitivni na novi koronavirus, je bilo torej 12.728, skupno sorazmerno število okuženih cepljenih umrlih pa 11.101. Tako je bila v skupini okuženih cepljenih umrlih za 14,5 % večja umrljivost kot v skupini okuženih necepljenih ob upoštevanju, da cepiva ne bi imela nobenega vpliva na umrljivost. Naši podatki kažejo, da je pri okuženih cepljenih osebah za 14,5 % večja verjetnost smrti (domnevno zaradi nekdanje ali zdajšnje okužbe z novim koronavirusom, cepljenja ali obojega) kot pri okuženih necepljenih osebah.

V skladu z uradno in medsebojno uglaseno pripovedjo politikov tako rekoč vsega sveta in tistih strokovnjakov iz znanstvenih krogov, ki jim je omogočen dostop do prevladujočih sredstev množičnega obveščanja, cepiva rešujejo življenja, kar pomeni, da bi moralo biti statistično zabeleženo število smrtnih primerov cepljenih oseb, okuženih z novim

koronavirusom, bistveno manjše od sorazmerno izračunanega števila smrtnih primerov cepljenih oseb, okuženih z novim koronavirusom. Kot je prikazano v preglednici 1, naši rezultati kažejo, da je ravno obratno. Statistično zabeleženo število smrtnih primerov z novim koronavirusom okuženih cepljenih oseb je znatno večje od izračunanega sorazmernega števila smrtnih primerov z novim koronavirusom okuženih cepljenih oseb, kar pomeni, da okužene cepljene osebe umirajo pogosteje kot okužene necepljene – verjetno zaradi neželenih učinkov samih cepiv.



Slika 2: Dobljeni rezultati

Razprava

Načeloma so bila genska cepiva proti covidu 19 (cepiva *mRNA* in cepiva z adenovirusnimi vektorji) zasnovana tako, da bi znatno zmanjšala število smrti zaradi okužbe z domnevno visoko patogenim virusom SARS-CoV-2. Vendar sedanja analiza kaže na neto negativno korist glede zmanjšanja umrljivosti – drugače povedano: na njihovo škodljivost. Na podlagi podatkov o prebivalstvu Anglije v petih 28-dnevnih intervalih v letih 2021 in 2022 smo ugotovili, da je verjetnost smrti okuženih cepljenih oseb za 14,5 % večja kot verjetnost smrti okuženih necepljenih oseb.

Naše ugotovitve so omejene po obsegu, vendar so statistično zelo pomembne. Predlagani statistični pristop omogoča zelo zanesljivo oceno, da je množično cepljenje proti covidu 19 celo povečalo umrljivost celotne populacije, namesto da bi jo zmanjšalo. Razmerje med 'z novim koronavirusom okuženimi cepljenimi umrlimi' in 'z novim koronavirusom okuženimi necepljenimi umrlimi' v kratkem štiritedenskem obdobju je statistično zanesljivo merilo neugodnega vpliva cepljenja proti covidu 19 na smrtnost zaradi te bolezni. Če bi na podlagi statističnih pravil izračunali razmerje med sorazmernim in dejanskim številom smrtnih primerov zaradi cepljenja proti covidu 19 še za vsa druga časovna obdobja, ne bi pričakovali rezultatov, ki bi bili v nasprotju s sedanjimi ugotovitvami. Zato se upravičeno nagibamo k trditvi, da cepiva proti covidu 19 povzročajo tudi izjemno resne (smrtonosne) neželene učinke. Zdi se smiselno domnevati, da takšni vplivi na umrljivost ne veljajo le za Anglijo, temveč tudi za druge države, kjer se je izvajalo (in se še izvaja) množično cepljenje.

Da bi razširili obseg raziskave, bi lahko izračunali učinke umrljivosti na celotno prebivalstvo v Angliji in po svetu. Za to bi potrebovali podatke o tem, koliko ljudi, ki so umrli v izbranem štiritedenskem obdobju, je bilo vsaj enkrat cepljenih ('ever vaccinated') proti covidu 19. To bi omogočilo izračun sorazmernega števila 'cepljenih umrlih' in primerjavo z dejanskim

statističnim številom umrlih. Ker je predlagani izračun morda težko razumljiv za zdravstvene delavce, je tu primer: predstavljajmo si, da bomo v neki državi januarja 2024 na roke 30 % vseh prebivalcev namestili rdečo zapestnico. V vsaki starostni skupini bo imelo rdečo zapestnico natanko 30 % ljudi. V naslednjih mesecih bomo spremljali, koliko ljudi bo umrlo, in ugotovili bomo, da bo imelo v vsaki starostni skupini natančno 30 % umrlih rdečo zapestnico. Tako se izkaže statistika, kadar se uporablja za velike populacije. Denimo, da je cepivo proti covidu 19 rdeča zapestnica in da nima nobenega vpliva na zdravje cepljene osebe. Na podlagi te verjetne predpostavke izračunamo sorazmerno število smrti. Primerjava sorazmernega števila smrti z dejanskim statističnim številom smrti nam pokaže dejanski vpliv cepljenja na stopnjo umrljivosti prebivalstva.

Izračun vpliva cepljenja proti covidu 19 na povečano umrljivost je tako preprost, da ga lahko opravi vsakdo s srednješolskimi matematičnimi sposobnostmi, ki ga zanima vrednotenje in spremljanje vpliva cepljenja na umrljivost. Večina objavljenih statističnih podatkov o učinkovitosti cepiva proti covidu 19 se temu izračunu izogiba zaradi velikanskih pritiskov na medicinsko stroko, da bi prikrila katastrofalne rezultate programov tovrstnega cepljenja po vsem svetu, toda samo vprašanje časa je, kdaj bo ta za mnoge težko sprejemljiva resnica razkrita. Človeška družba se hitro razvija in ne bo podpirala neznosnih laži o blagodejnem (ali vsaj neškodljivem) vplivu cepiv proti covidu 19 na človeška življenja.

Pri tem preprostem učinkovitem izračunu se celotno prebivalstvo neke države razdeli v pet starostnih skupin: 0–20 let, 21–40 let, 41–60 let, 61–80 let in več kot 80 let. Vsaka starostna skupina (skupno število – *TN* – *total number*) je sestavljena iz dveh podskupin: cepljenih (*VA*) in necepljenih (*UN*):

$$TN = VA + UN$$

TN pomeni vse osebe v posamezni skupini, *VA* cepljene osebe, *UN* pa necepljene osebe. V vsaki starostni skupini vsak mesec umre neko število ljudi:

$$D = Dva + Dun$$

D pomeni vse umrle osebe v neki starostni skupini, *Dva* umrle cepljene osebe, *Dun* pa umrle necepljene osebe. Necepljeni ljudje niso zaščiteni pred domnevno smrtonosnim novim koronavirusom, zato naj bi umirali v večjem številu. Umrljivost, izražena v odstotkih, se v podskupini cepljenih v posamezni starostni skupini za vsak mesec izračuna na naslednji način:

umrljivost v odstotkih v podskupini cepljenih: **100 *Dva*/*VA***.

Izračun umrljivosti v odstotkih v podskupini necepljenih v neki starostni skupini za vsak mesec je naslednji:

umrljivost v odstotkih v podskupini necepljenih: **100 *Dun*/*UN***.

Za vsak mesec je mogoče natančno izračunati umrljivost podskupine cepljenih v posamezni starostni skupini, prav tako pa umrljivost podskupine necepljenih v poljubni starostni skupini.

Izogibanje tem izračunom pomeni izogibanje priznanju dejstva, da je cepljenje s cepivom proti covidu 19 povzročilo veliko škodo javnemu zdravju po vsem svetu. Izvajanje teh izračunov na mesečni ravni in obveščanje medicinske skupnosti in splošne javnosti o njih je glavna obveznost vsake medicinske revije. S preprostim izračunom na koncu vsakega mesečnega poročila bi torej zagotovili jedrnato posodobljeno analizo vpliva cepljenja s cepivom proti covidu 19 na stopnjo umrljivosti v vsakem mesecu. Takšni izračuni bi razkrili resnični učinek cepljenja proti covidu 19. To je treba storiti takoj, da bi ohranili prvo načelo medicine *Primum non nocere* (*Najprej ne škoditi*).

Zdi se, da rezultati te analize potrjujejo ugotovitve Tojersena in sodelavcev, ki so poročali, da je cepljenje proti covidu 19 privedlo do povečane umrljivosti med starejšimi [14,15]. Poročilo zavarovalnice OneAmerica je podobno razočarljivo, saj dejanski podatki iz druge polovice leta 2021 kažejo na brezprimerno, kar 40-odstotno povečanje števila smrti pri ljudeh, starih od 18 do 64 let, v primerjavi z obdobjem pred pandemijo [16]. Po besedah izvršnega direktorja družbe je to največja umrljivost v zgodovini vodenja zavarovalniških evidenc, ki obsegajo zajetne letne zbirke podatkov o smrtih. Pri prejšnjih katastrofah velikega obsega se je stopnja umrljivosti povečala za največ 10 odstotkov [16]. Vse jasnejše je, da programi cepljenja proti covidu 19 ne izpolnjujejo nobenih pogojev glede 'varnosti in učinkovitosti', ki so jih pristojni obljubljali širši javnosti.

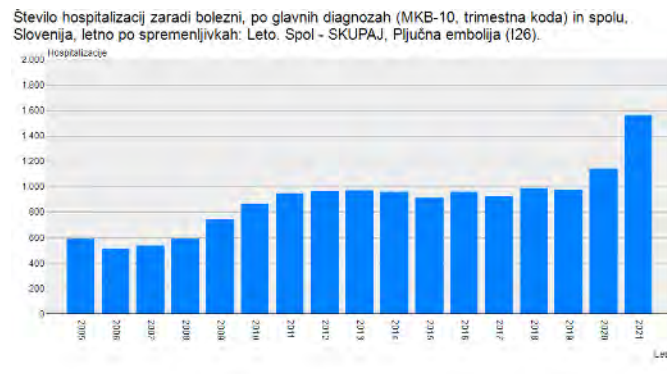
Drugi skrb vzbujajoči podatki nemških zdravstvenih organov kažejo, da se je v zadnjih dveh letih močno povečalo število 'nenadnih smrti neznanega vzroka'. V letih 2021 in 2022 je po uradnih nemških statističnih podatkih tako umrlo približno 14.800 ljudi, medtem ko je bilo letno povprečje v prejšnjih petih letih 1600 ljudi [17]. Po analizah Inštituta Paula Ehrlicha so se 'nenadne smrti z neznanim vzrokom' v letih 2021 in 2022 v primerjavi s prejšnjimi leti povečale za približno 560 % [18]. Ti podatki sprožajo alarm, da je šlo pri odzivu javnega zdravstva na covid 19 nekaj hudo narobe.



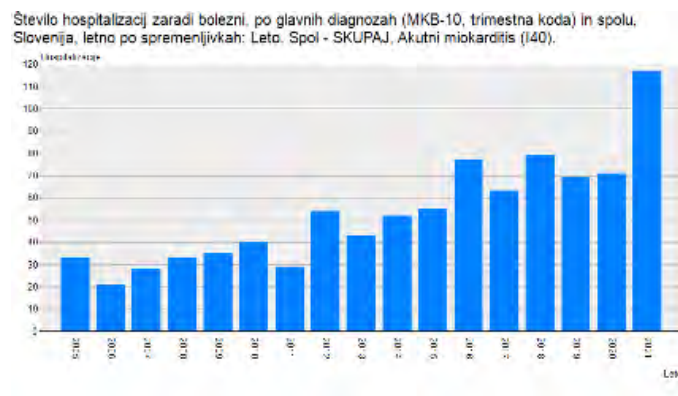
Slika 3: Povečanje nenadnih smrti neznanega vzroka v Nemčiji leta 2021 in 2022

Tudi podatki slovenskega Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) so alarmantni. Število primerov pljučne embolije se je od leta 2021 do leta 2022 povečalo za približno 36 %.

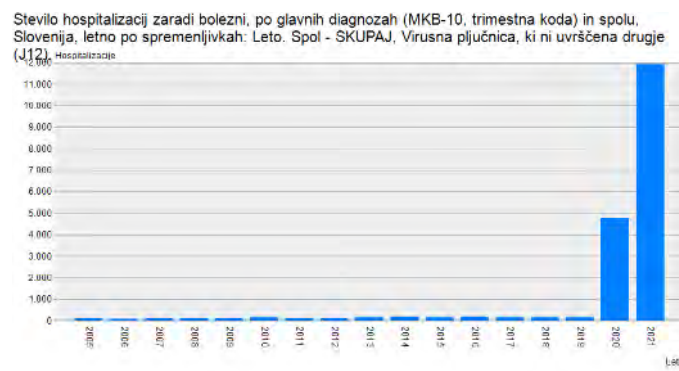
V istem dveletnem obdobju se je pojavnost kroničnega miokarditisa povečala za približno 65 %, virusne pljučnice pa za približno 149 % [17].



Slika 4: Porast primerov pljučne embolije v letu 2021



Slika 5: Porast primerov kroničnega miokarditisa v letu 2021



Slika 6: Porast primerov virusne pljučnice v letu 2021

Cepilni status teh bolnikov ni javno znan, zato ni mogoče izračunati natančnega vpliva cepljenja proti covidu 19 na porast teh bolezni. Kljub številnim pozivom raziskovalcev z

različnih področij NIJZ te podatke ohranja v tajnosti. Brez primere je, da znanstvena organizacija na področju javnega zdravja skriva podatke, ki bi lahko dokazali nevarnost nekega formalno bolj ali manj vsiljenega načina zdravljenja s povsem nepredvidljivimi posledicami in brez kakršne koli odgovornosti načrtovalcev, spodbujevalcev, izvajalcev in nadzorovalcev tega načina zdravljenja. V Sloveniji je bila leta 2021 edina velika sprememba v življenju večine njenih prebivalcev množično cepljenje proti covidu 19, zato so cepiva proti temu najbolj logični dejavnik povečane obolevnosti in umrljivosti. Šele ko bodo podatki javno dostopni, bomo lahko opravili natančne izračune, koliko odstotkov bolnikov, ki so bili cepljeni, je bilo bolj ali manj resno prizadetih.

Numbers of vaccination are coinciding with the numbers of death rate

Below is the official statistics of excess mortality for November 2022 for European countries.

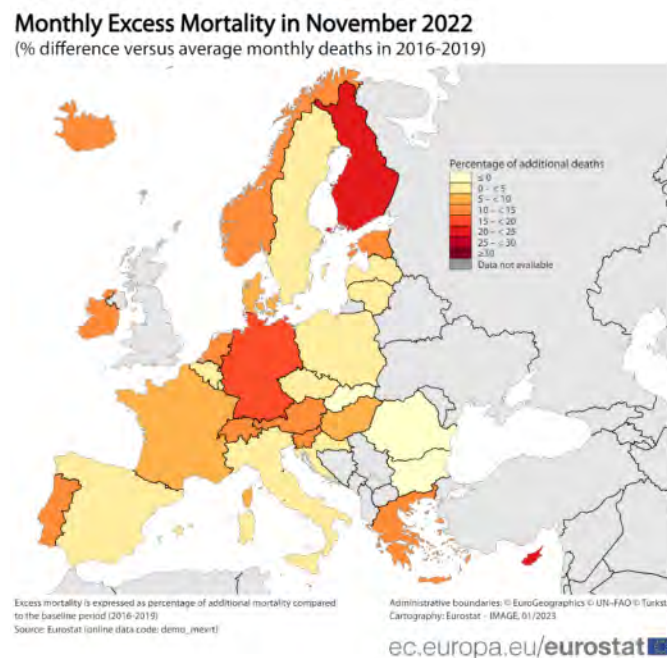


Figure 7: Excess mortality in EU in November 2022

“Excess mortality rates continued to vary across the EU Member States. All Member States registered increases in excess mortality, except for Romania (-6%), Bulgaria (-3%) and Slovakia (-2%), which recorded no excess deaths. Italy recorded few excess deaths, with its rate standing at +0.5%. After these Member States, the next lowest rates were recorded in Belgium and Lithuania (both +1%), Sweden (+2%), and Poland and Spain (both +3%), all less than half of the EU average. The most affected countries in November 2022 were Cyprus and Finland, which recorded excess mortality rates of +24% and +21%, respectively. Germany also recorded a high rate of +16%” [19].

Calculations on the 14.5% excess mortality rate are supported by official data of the EU, which confirm that excess mortality is higher in countries where the percentage of vaccination is higher. In general, we can see, the higher the percentage of vaccination in a given country,

the higher is the excess mortality. We could have a better overview if we would have data on excess mortality for the entire year 2022 per given country.

Country	Death rate	Percentage of vaccinated with at least one dose
Romania	- 6%	42%
Bulgaria	- 3%	30%
Slovakia	- 2%	48%
Lithuania	+ 1%	70%
Belgium	+ 1%	81%
Latvia	+ 1.3%	70%
Sweden	+ 2%	76%
Spain	+ 3%	88%
Poland	+ 3%	60%
Hungary	+ 6.7%	66%
Swiss	+ 11.6%	71%
Slovenia	+ 14.7%	61%
Germany	+ 16%	78%
Finland	+ 21%	82%
Cyprus	+ 24%	56%

Table 6: Mortality rate in some European countries in October 2022

Calculations on 14.5% excess mortality rate are supported by official data of “World in Data” which confirm that excess mortality is higher in countries where the number of vaccinations on 100 habitants is higher. Further on these data are confirming that with the increase in the number of vaccinations in a given month, excess mortality is increasing too. With the decrease in the number of vaccinations, excess mortality is decreasing [20].



Figure 8: Excess mortality and number of daily vaccinations in Japan

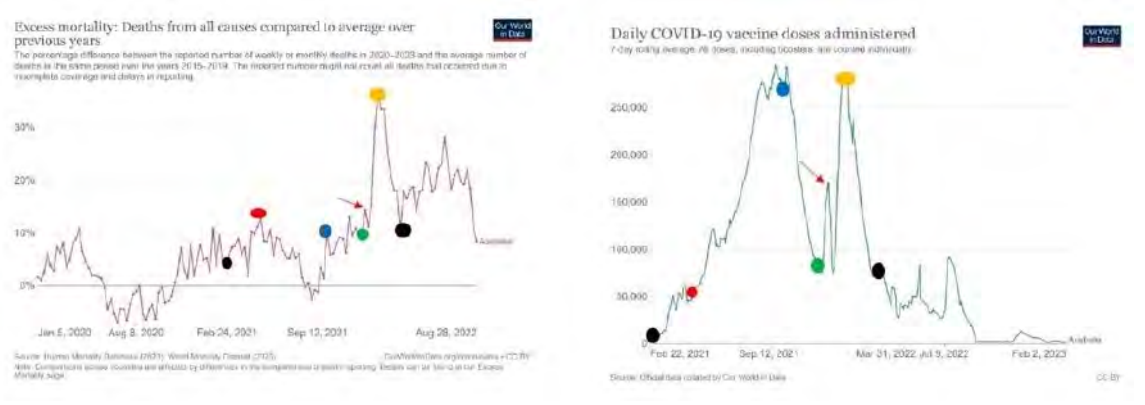


Figure 9: Excess mortality and number of daily vaccinations in Australia

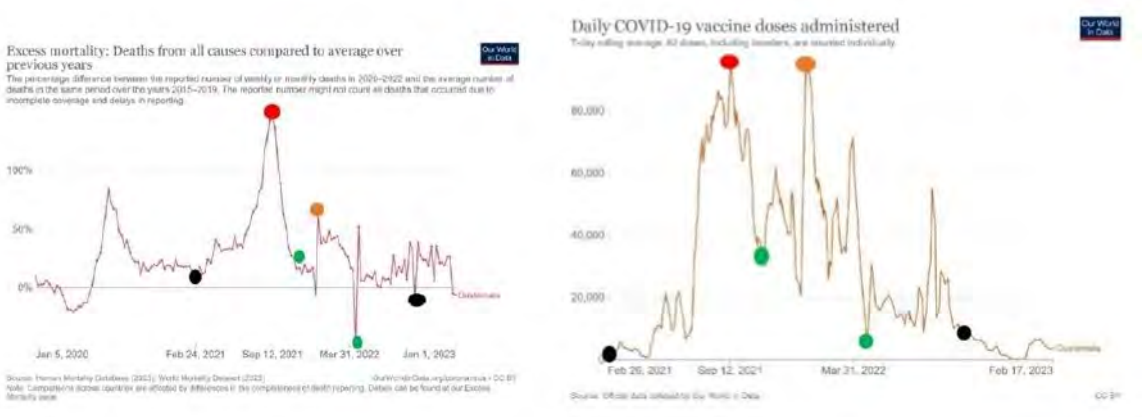


Figure 10: Excess mortality and number of daily vaccinations in Guatemala

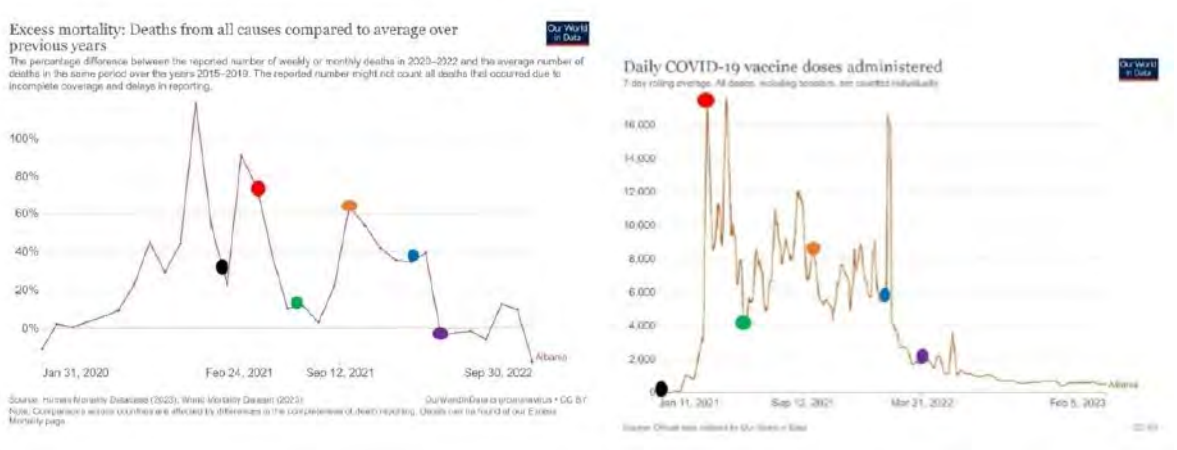


Figure 11: Excess mortality and number of daily vaccinations in Albania

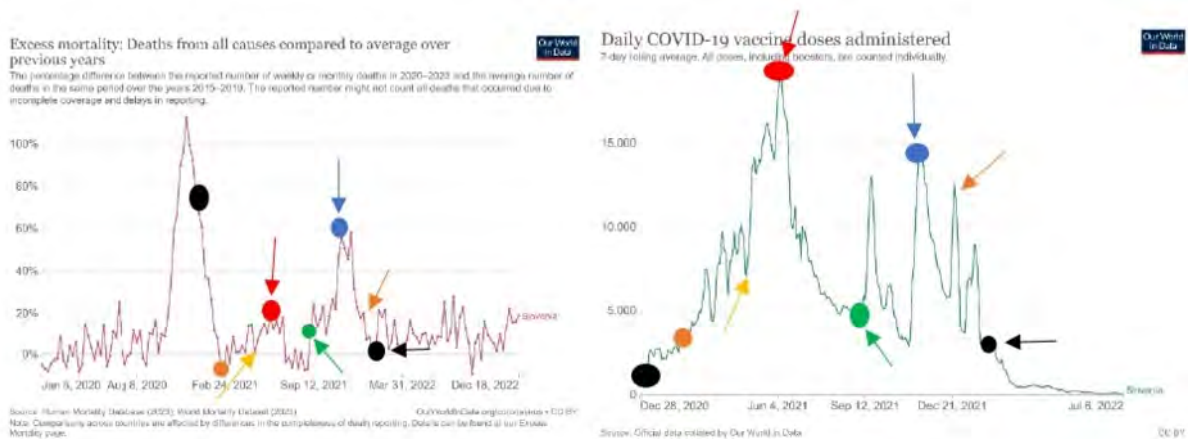


Figure 12: Excess mortality and number of daily vaccinations in Slovenia

Slovenia is a country where in a given time period, vaccination has increased and mortality has decreased. This happened between 28. December 2020 (dark spot) and 14. February 2021 (light brown spot). After 14. February 2021 with the increased vaccination, the mortality rate is increasing.

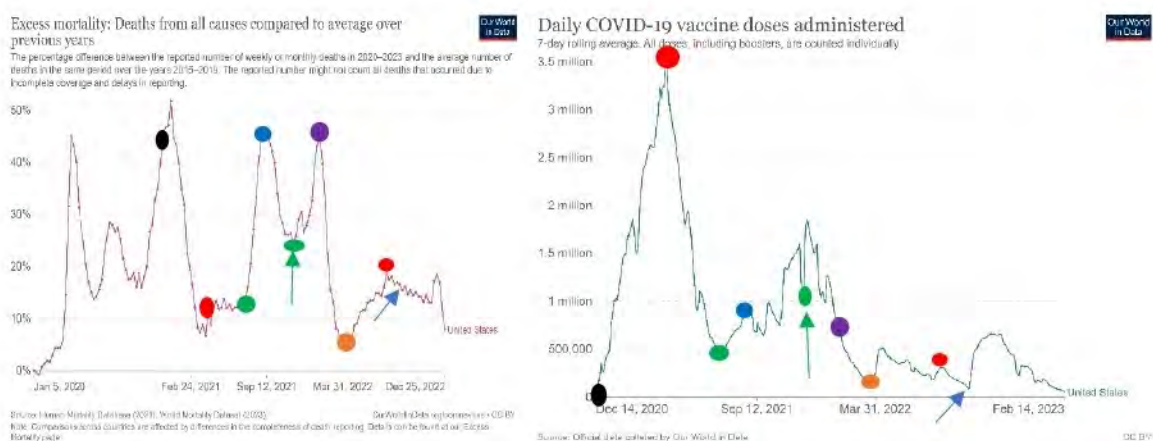


Figure 13: Excess mortality and number of daily vaccinations in USA

The USA is a country where in a given time period, vaccination has increased and mortality has decreased. This has happened between 20. December 2020 (dark spot) and 12. April 2021 (red spot). From 9. July 2021 (green spot) the graphs show clearly that with the increase in vaccination, the rate of mortality has increased. The USA is the only country where the graph in increased mortality and the number of vaccinations are getting aligned in July 2021. In all countries, we study, this occurs already in March 2021.

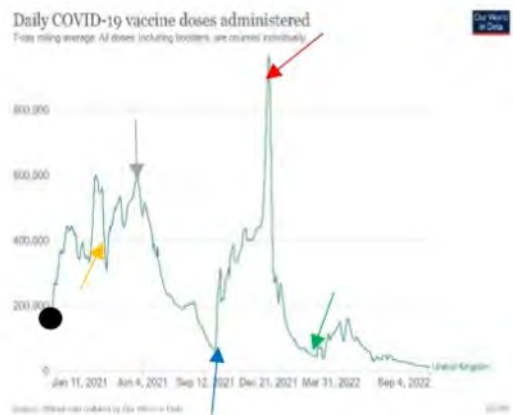
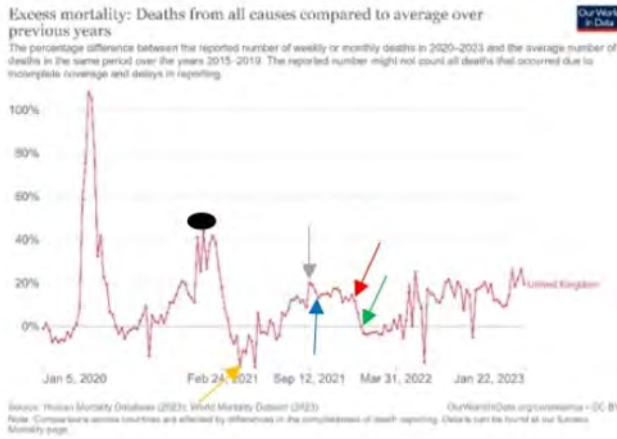


Figure 14: Excess mortality and number of daily vaccinations in UK

The UK is also a country where in a given time period at the beginning of vaccination with the increase of the daily number of vaccination, mortality has decreased. This happened between 11. January 2021 (dark spot) and 22. March 2021 (orange arrow). After 22. March with the increase in vaccination, the mortality rate is also increasing.

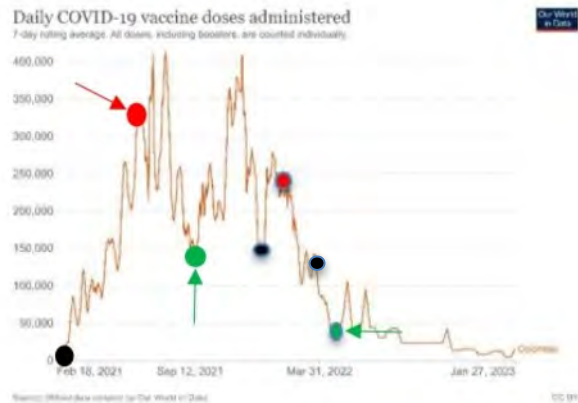
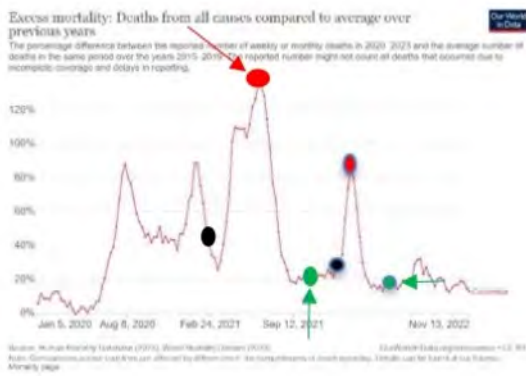


Figure 15: Excess mortality and number of daily vaccinations in Colombia

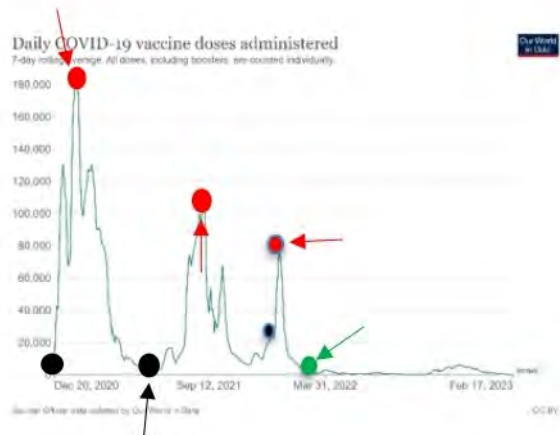
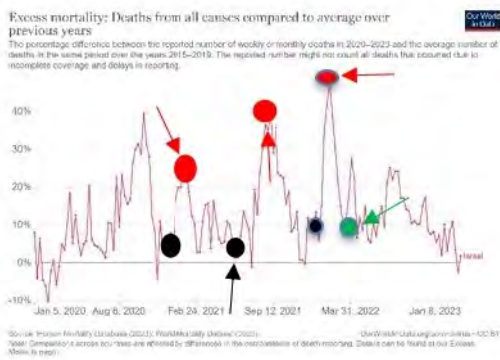


Figure 16: Excess mortality and number of daily vaccinations in Israel

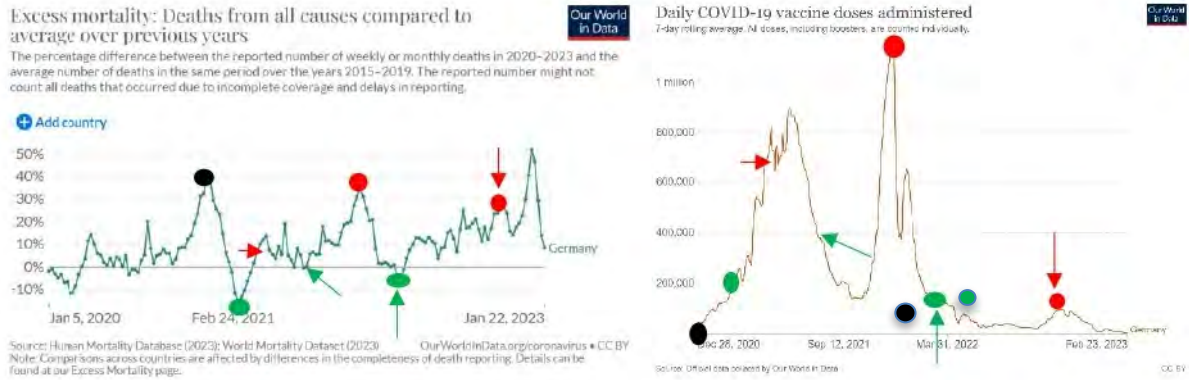


Figure 17: Graphs of vaccination and excess mortality in Germany

Germany is also a country where in a given time period at the beginning of vaccination with the increase of the daily number of vaccination, mortality has decreased. This happened between 28. January 2020 (dark spot) and 7. March 2021 (green spot). After 7. March 2021 with the increase of vaccination mortality rate is also increasing.

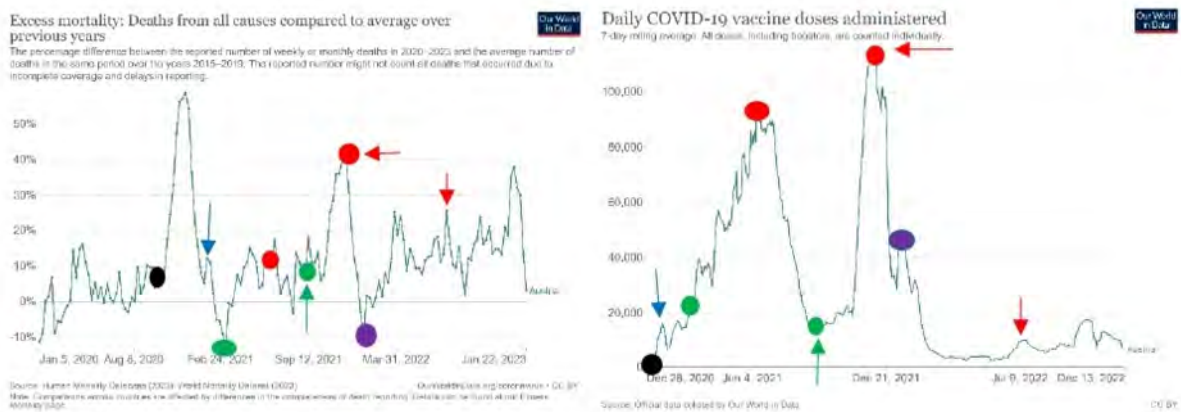


Figure 18: Graphs of vaccination and excess mortality in Austria

Austria is also a country where in a given time period at the beginning of vaccination with the increase of the daily number of vaccinations, mortality has decreased. This happened between 29. December 2020 (dark spot) and 7. March 2021 (green spot). After 7. March with the increase in vaccination, the mortality rate is also increasing. The last red vertical arrow on the left graph is showing excess mortality on 24. July 2022. The last red vertical arrow on the right graph is showing the peak of vaccination 15. July 2022.

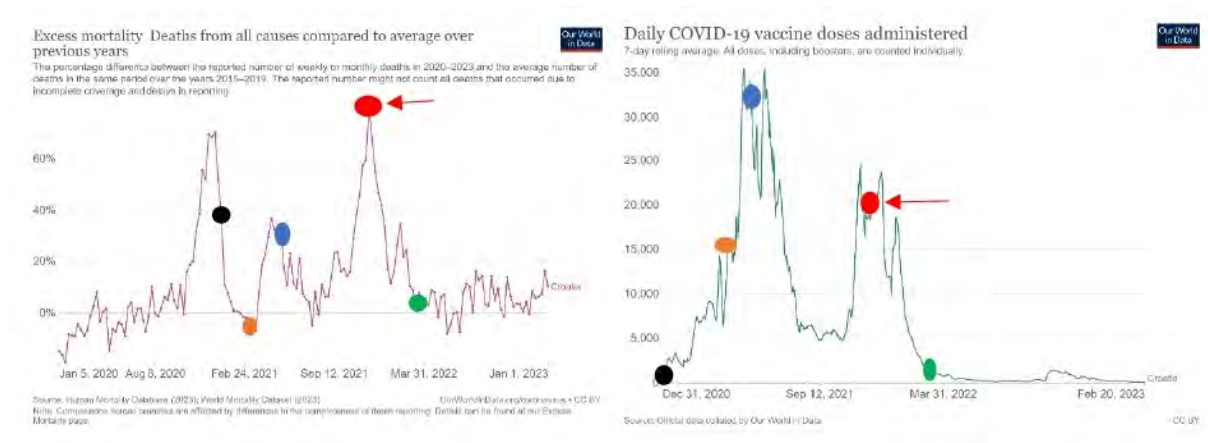


Figure 19: Graphs of vaccination and excess mortality in Croatia

Croatia is also a country where in a given time period at the beginning of vaccination with the increase of the daily number of vaccination, mortality has decreased. This happened between 31. December 2020 (dark spot) and 7. March 2021 (light brown spot). After 7. March with the increase in vaccination, the mortality rate is also increasing.

When we compare graphs that show the mortality rate and the number of vaccinations per day and can see that graphs for all countries have similar shapes. On the left, we see decreased mortality rate. On the right, we see the number of vaccinations in time. We can see that the mortality rate is increasing with the increasing number of vaccinations per day. We can see that the mortality rate is decreasing with the decreasing number of vaccinations per day. In a few countries, there is an exception in the first two months of vaccination, with the increase of vaccination mortality rate is increasing.

Covid vaccination was introduced in 2021 and 2022 because of the high excess mortality rate in 2020 that was caused by Covid-19. People that are vaccinated are protected from Covid-19 and should have a lower mortality rate. The lower number of vaccinated in a given month should increase the mortality rate, but we see that it is the opposite. This proves that covid vaccines are increasing the death rate.

In general, to the official narrative, we should have the opposite situation. In the time period where vaccination is increasing, we should have a lower rate of mortality and in time periods where vaccination is decreasing, we should have a higher mortality rate. We have the opposite situation that is confirming that covid vaccines are increasing the mortality rate.

The mathematical algorithm of correlation between mortality rate and vaccination is following. Let's take that X_n is the number of vaccinations in the time period of 30 days. X_{n+1} is the number of vaccinations in the time period of next 30 days.

When $X_n = X_{n+1}$, the numbers of excess deaths (ED) in both time periods are close to equal:

$$X_n = X_{n+1} \rightarrow ED_n \approx ED_{n+1}.$$

When $X_n < X_{n+1}$, the numbers of excess deaths are as follows: $X_n < X_{n+1} \rightarrow ED_n < ED_{n+1}$.

When $X_n > X_{n+1}$, the numbers of excess deaths are as follows: $X_n > X_{n+1} \rightarrow ED_n > ED_{n+1}$.

If vaccines saved lives, the situation would be the opposite:

$X_n < X_{n+1} \rightarrow ED_n > ED_{n+1}$.

$X_n > X_{n+1} \rightarrow ED_n < ED_{n+1}$.

Unfortunately, this is not the case. The rule is general, with only a few exceptions in some countries in the first two months of vaccination. In general, analysis is confirming that vaccines cause “sudden deaths with unknown reason” in the time frame of 30 days. That’s why the increase in vaccination, in general, has increased the mortality rate.

The algorithm could be used to carry out detailed computer analysis where all databases (20) will be evaluated. This will give us the final result about the impact of vaccination on the mortality rate.

Zaključek

Politika cepljenja proti covidu 19 je bila po vsem svetu široko sprejeta na podlagi domneve, da je cepljenje s cepivom proti covidu 19 'varno in učinkovito', kar je bil slogan, razprostranjen celo v medicinski literaturi. Sedanji izračuni kažejo, da je bilo cepljenje s cepivom proti covidu 19 neskončno daleč od 'varnega in učinkovitega' in da je povzročilo nepopravljivo škodo zdravju in življenjski dobi več milijardam ljudi na vseh svetovnih celinah. Na podlagi izračunov, opravljenih za vsakega od petih 28-dnevnih intervalov v letih 2021 in 2022, ugotavljamo, da je bila umrljivost s koronavirusom okuženih cepljenih ljudi v povprečju za 14,5 % večja od umrljivosti s koronavirusom okuženih necepljenih.

Ugotovitve te analize upravičujejo obsežno ponovno oceno podatkov Agencije Združenega kraljestva za zdravstveno varnost (*UK Health Security Agency*) o umrljivosti zaradi covidu 19 in cepilnem statusu za različne starostne skupine v Angliji. Vsako okrožje Združenega kraljestva ima natančne podatke o cepilnem statusu prebivalcev, vključno s podatki o tem, kdo je bil cepljen, kolikokrat je bil cepljen, pa tudi o tem, kdo ni bil cepljen. Dokler je oseba živa, je mogoče preveriti ta status. Po njeni smrti pa se ta status žal običajno 'izgubi' ali se ne upošteva več, čeprav nam ravno primerjava stopnje umrljivosti med cepljenimi in necepljenimi ponuja najzanesljivejše dokaze o relativnem vplivu cepljenja na njihovo umrljivost. Podobno je običajna praksa, da se pri bolnikih skriva cepilni status ne glede na to, ali je diagnoza covid 19 ali druga bolezen (kakšna ganljiva skrb za ohranjanje tajnosti kočljivega zdravniškega podatka in kakšno osupljivo nasprotje z razmerami še izpred enega leta, ko je tako rekoč vsakdo lahko od vsakogar zahteval potrdilo 'PCT' pri vstopu v katero koli javno ali zasebno ustanovo!). Ko človek zboli in obiše svojega osebnega zdravnika, ga ta običajno ne vpraša o njegovem cepilnem statusu glede covidu 19. Na ta način ostaja potencialno katastrofalni vpliv cepljenja s cepivom proti covidu 19 zdaj in v prihodnosti še naprej prikrit. Le zakaj?

Odgovor na vprašanje, kako je mogoče, da se ta grozljivi madež na javnem zdravju in zdravstvenem sistemu ohranja, je zapleten. Do konca leta 2020 so bili porušeni vsi uveljavljeni varnostni ukrepi in znanstveni standardi za odzivanje javnega zdravstva na pandemijo. Zaradi intenzivne kampanje preplavljanja javnosti z dezinformacijami, ki jo je organizirala farmacevtska industrija, so bili prepovedani zgodnji protokoli zdravljenja z uporabo poceni in učinkovitih zdravil brez recepta. Prevladujoča medicinska skupnost ni upoštevala prehranskih ukrepov in ukrepov življenjskega sloga za krepitev imunske odpornosti. V klinični praksi nova pravila za zdravljenje in obvladovanje covida 19 niso temeljila na dokazih, temveč so jih vodili predvsem politični in finančni interesi, ki imajo svoje korenine v medicinsko-farmacevtskem industrijskem kompleksu. Sodobni medicinski sistem številnih zahodnjaških držav je opustil svoje etično središče, ki ga najbolje povzema starodavni latinski izrek *Primum non nocere* (*Najprej ne škodovati*). Edini način, da zdravniki ponovno pridobijo etiko svojega nekdanjega plemenitega poklica ter to storijo z milostjo in spoštovanjem, je, da prenehajo popuščati skorumpiranim javnim in zasebnim agencijam in farmacevtskim vplivom ter vzamejo medicino nazaj v svoje roke.

Morda se lahko učimo po zgledu Indije, po prebivalstvu druge največje države na svetu. Kljub velikanskemu pritisku medijev po vsem svetu, ki so razglašali, da je cepljenje edini način za preprečevanje okužbe z novim koronavirusom, so številne klinike in bolnišnice v Indiji podprle uporabo poceni protiparazitskega zdravila ivermektin, in to z odličnimi rezultati [18]. To kaže, da tamkajšnji zdravniki ohranjajo visoko raven medicinske etike, kar je verjetno rešilo številna življenja in hkrati ohranilo prvotni duh 'dobre medicine'. Glavni cilj zdravstvene oskrbe bi moral biti okrepitev zdravja in dobrega počutja, ne pa povečanje števila bolezni, da bi se lahko prodalo več zdravil. V zadnjih dveh desetletjih se je uporaba farmacevtskih izdelkov po vsem svetu drastično povečala. To ni naključje, temveč poslovni načrt velikih farmacevtskih družb. Ker zdravi ljudje z ustreznim imunskim sistemom niso stranke te velikanske industrije, pomenijo oviro za njen napredek. Medicina si mora zato prizadevati za povrnitev neodvisnosti, to pa lahko stori tako, da pokaže z zgledom, da so njeni glavni cilji (1) krepitev zdravja, (2) preprečevanje bolezni in (3) zdravljenje bolezni – v tem vrstnem redu. V Indiji je ta prvotni namen medicine še vedno živ in uspešen.

Zahvale: Avtorji se zahvaljujejo Antonu Komatu, Branku Gradišniku, Robertu Križaniču in Milanu Žlofu za konstruktivno debato in spodbudo.

References:

1. Meslé MM, Brown J, Mook P, Hagan J, Pastore R, Bundle N, Spiteri G, et al. Estimated number of deaths directly averted in people 60 years and older as a result of COVID-19 vaccination in the WHO European Region, December 2020 to November 2021. Euro Surveill. 2021 Nov; 26 (47):2101021. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.47.2101021>

2. Gazid S, Shlezinger R, Perez G, Lotan R, Peretz A, Ben-Tov A, Cohen D, et al. Comparing SARS-CoV-2 natural immunity to vaccine-induced immunity: reinfections versus breakthrough infections, August 25, 2021. Medvix Preprint. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.24.21262415v1.full.pdf>
3. Tseng CT, Sbrana E, Iwata-Yoshikawa N, Newman PC, Garron T, Atmar RL, Peters CJ, Couch RB. Immunization with SARS coronavirus vaccines leads to pulmonary immunopathology on challenge with the SARS virus. *PLoS One*. 2012; 7(4):e35421. doi: 10.1371/journal.pone.0035421. Epub 2012 Apr 20. Erratum in: *PLoS One*. 2012; 7(8). doi:10.1371/annotation/2965cfae-b77d-4014-8b7b-236e01a35492. PMID: 22536382. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3335060/>
4. Qin Z, Bouteau A, Herbst C, Igyártó BZ. Pre-exposure to mRNA-LNP inhibits adaptive immune responses and alters innate immune fitness in an inheritable fashion. *PLoS Pathog*. 2022 Sep 2; 18 (9):e1010830. doi: 10.1371/journal.ppat.1010830. PMID: 36054264. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9477420/>
5. Otto M, Burrell AJC, Neto AS, Alliegro PV, Trapani T, Cheng A, Udy AA; SPRINT-SARI Australia Investigators. Clinical characteristics and outcomes of critically ill patients with one, two and three doses of vaccination against COVID-19 in Australia. *Intern Med J*. 2022 Jul 16:10.1111/imj.15884. doi: 10.1111/imj.15884. Epub ahead of print. PMID: 35841294. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9349669/>
6. Fraiman J, Erviti J, Jones M, Greenland S, Whelan P, Kaplan RM, Doshi P. Serious adverse events of special interest following mRNA COVID-19 vaccination in randomized trials in adults. *Vaccine*. 2022 Sep 22; 40 (40):5798-5805. doi: 10.1016/j.vaccine.2022.08.036. Epub 2022 Aug 31. PMID: 36055877. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9428332/>
7. [Lei Y, Zhang J, Schiavon CR, He M, Chen L, Shen H, Zhang Y, Yin Q, Cho Y, Andrade L, Shadel GS, Hepokoski M, Lei T, Wang H, Zhang J, Yuan JX, Malhotra A, Manor U, Wang S, Yuan ZY, Shyy JY. SARS-CoV-2 Spike Protein Impairs Endothelial Function via Downregulation of ACE 2. *Circ Res*. 2021 Apr 30; 128 \(9\):1323-1326. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.121.318902. Epub 2021 Mar 31. PMID: 33784827. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8091897/>](https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.121.318902)
8. Mallapaty S. COVID vaccines cut the risk of transmitting Delta - but not for long. *Nature*. 2021 Oct 5. doi: 10.1038/d41586-021-02689-y. Epub ahead of print. PMID: 34611341. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34611341/>
9. Doshi P, Godlee F. Editorial: Covid-19 vaccines and treatments: we must have raw data, now. *BMJ* 2022; 376 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.o102> (Published 19 January 2022) Cite this as: *BMJ* 2022; 376:o102
10. Yellow card reports, <https://www.gov.uk/government/publications/coronavirus-covid-19-vaccine-adverse-reactions>

11. VAERS <https://vaers.hhs.gov/>
12. EMA <https://www.ema.europa.eu/en>
13. UK HEALTH SECURITY AGENCY
<https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-vaccine-weekly-surveillance-reports>
14. Tojersen I. Covid-19: Norway investigates 23 deaths in frail elderly patients after vaccination. *BMJ* 2021; 372: n. 149 (Published 15 January 2021).
<https://www.bmj.com/content/372/bmj.n149>
15. Tojersen I. Covid-19: Pfizer-BioNTech vaccine is “likely” responsible for deaths of some elderly patients, Norwegian review finds. *BMJ* 2021; 373: n. 1372 (Published 27 May 2021)
<https://www.bmj.com/content/373/bmj.n1372>
16. Blaylock RL. COVID UPDATE: What is the truth? *Surg Neurol Int.* 2022; 13:167. doi: 10.25259/SNI_150_2022 PMID: 35509555.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9062939/>
17. Paul-Ehrlich-Institute, Unclear deaths <https://www.pei.de/DE/home/home-node.html>,
[Langen, Germany 2022, Conference held](https://www.pei.de/DE/home/home-node.html) 12.12.2022 in Berlin <https://afdbundestag.de/wp-content/uploads/2022/12/Daten-Impffolgen.pdf>
18. National Institute of Public Health (NIJZ) <https://nijz.si/en/> (2023)
19. EUROSTAT (2023) <https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-eurostat-news/w/ddn-20230117-1>
20. OUR WORLD IN DATA (2023) <https://ourworldindata.org/grapher/excess-mortality-p-scores-average-baseline>
21. Behera P, Patro BK, Singh AK, Chandanshive PD, S R R, Pradhan SK, Pentapati SSK, Batmanabane G, Mohapatra PR, Padhy BM, Bal SK, Singh SR, Mohanty RR. Role of ivermectin in the prevention of SARS-CoV-2 infection among healthcare workers in India: A matched case-control study. *PLoS One.* 2021 Feb 16; 16 (2) [10.1371/journal.pone.0247163](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247163)