

Sotsiaalministeeriumi kontaktid

Sotsiaalministeerium
Suur-Ameerika 1, 10122 Tallinn
Tel: +372 626 9301
E-post: info@sm.ee

Terviseameti kontaktid

Paldiski mnt 81, 10614 Tallinn
Telefon: (+372) 794 3500
E-post: info@terviseamet.ee
Registrikood: 70008799
KMKR nr: EE101339803

Taotluse esitaja: Revo Jaansoo

E-post: revo.jaansoo@mail.ee
Telefon: (+372) 538 24 260

Asi: Taotleja palub sotsiaalministeeriumil seoses 21.10.2023. aasta e-kirjas avaldatuga – töötada selle nimel, et pandaks kokku meeskond allolevate probleemide uurimiseks. Sellega seoses pakub taotleja ajaloolisi dokumente, mis võiksid selles püüdluses kaasa aidata. Sotsiaalministeerium on e-kirjas osaliselt öelnud:

/.../ "Sotsiaalministeerium leiab, et Ravimiamet on täitnud neile pandud ülesanded oma pädevuse piires kooskõlas kehtiva õigusruumiga." Taotluse esitaja antud väitega ei nõustu, kuna ekspertarvamus kinnitab, et antud väidet ei ole sotsiaalministeerium tõendanud ega isegi mitte ühelegi kirjele tuginedes põhjendanud (vt ka **Lisadokument:** Jaansoo, Revo uusimistaotlus nr 40045.63011. Lk 1-36).

Taotleja hinnangul ei sea seadusandja sotsiaalministeeriumile takistusi (pigem vastupidi: seadusandja kohustab selleks), et viia läbi käesolevas asjas põhjalik uurimine koostöös ravimiameti ja terviseametiga.

Sotsiaalministeerium on teinud nii suurepärase tööd, mis annab kindluse, et ta läbib tee sellel territooriumil, olles teadlik, et teadus nõuab juhusest suuremaid suurusjärke, mis on vajalikud teoretiseeritud osakese olemasolu tõendamiseks.

I. Probleemi kirjeldus

Taotleja juhib kohe tähelepanu dr Mark Bailey uurimistööle, kes „[ise on viroloogia dekonstrueerinud](#)“ 2022. aasta artiklis „[Hüvastijätt viroloogiaga](#)“. See paber lammutab autori hinnangul absurdsed meetodid, mida kasutatakse viroloogide väidete toetamiseks.

Enne kui kaalub pikka nimekirja faktidest, mida ametivõimud teadsid enne 1. jaanuari 2020 (peamine põhjus taotluse esitamiseks), esitab taotleja SARS-CoV-2 viiruse probleemi neli sammast.

1. [Christine Massey ja tema kolleegide](#) töö näitab, et enam kui 217 valitsust ja tervishoiuasutust 40 riigis tunnistavad ühehäälselt, et neil pole inimese peremehelt võetud SARS-CoV-2 proovi.

Inimesed võivad väita, et see põhineb “keelemängul”, kuigi sageli vastavad organisatsioonide tippadvokaadid neile teabevabaduse seaduse taotlustele.

Needsamad institutsioonid, kes väidavad, et viirus on olemas, ütlevad kõik sama asja: neil ei ole inimese peremeesorganismilt võetud proovi ega andmeid selle kohta, et keegi teine oleks proovi saanud. See peaks arutelu lõpetama. Võite kuulata põhjalikku intervjuud Masseyga [selles väljaandes](#).

2. Kuna ühtegi SARS-CoV-2 [virioniosake](#)st ^[i] (vt allpool: Viide 1. Lk 29/1-32) pole kunagi isoleeritud ega järjestatud, tuleb kasutada valet “tõestusviisi”. Teaduskirjanduses on iga üksiku uuringu metoodikaosast näha, et kasutatakse *metagenoomikat*, mis “ehitab” tehisintellekti abil teoreetilise mõiste “viirusest”, millel pole originaali, millele vastu astuda. See mudel on konstrueeritud järjestustest, mis on tuvastatud juhuslikes *rakulistest prahtides*, mis sisaldavad ahvidelt võetud materjali. (Tulemuseks on muu hulgas “in silico järjestus”, “väljamõeldud viirus”, “sünteesilise nukleotiidi tehnoloogia” või “jälgendatud kliiniline proov”.)

Kuigi meditsiinkirjanduses väidetakse, et see on “täielik järjestus”, pole ühegi teoreetilise metagenoomilise skripti osa kunagi näidanud, et see pärineb viirusest, vastab viirusele või põhjustab ühtegi haigust.

3. PCR-tehnika, mida kasutatakse patsiendi “viiruse leidmiseks”, otsib teoreetilise, in silico järjestuse (eksisteerib ainult arvutikoodina) fragmente, mitte “tegelikku viirust”, mis on võetud otse inimese peremeesorganismist. SARS-CoV-2 jaoks kasutatav PCR-seade kuulutab “positiivseks” 37–45 võimendustsükli juures kõigis jurisdiktsioonides, mida olen näinud. See ületab tsüklis *absoluutse avastamispiiri 35 ühe molekuli fragmendi*. USA Haiguste Tõrje ja Ennetamise Keskus („CDC“) on tunnistanud, et see tehnika on korduvalt saanud 100% valepositiivseid tulemusi ja loonud mitu olematut epideemiat (vt allpool).
4. CDC, USA Toidu- ja Raviamet („FDA“) ja testi tootjad tunnistavad avalikult, et väidetavalt PCR-i poolt tuvastatud väidetava “viirusspetsiifilise RNA” olemasolu *ei tõenda nakatumist*. Mida nad ei ütle, et väidetav RNA ei *ole spetsiifiline millelegi*, veel vähem viirusele. Nende testitava RNA päritolu ei ole teada ja pole kunagi tõestatud, et sellel oleks kõva teaduse seos viirusega. Ometi nimetatakse PCR-positiivset ekslikult “kinnitatud nakkusjuhtumiks”.

Ülaltoodud faktid on need, mida oleme õppinud kolme aasta jooksul pärast seda, kui Hiina valitsus ja Maailma Terviseorganisatsioon väitsid, et SARS-CoV-2 on olemas.

Mis oli teada enne Covidit? Spoiler Alert: Meditsiinasutus teadis, et midagi sellest, mis juhtuma hakkab, ei saa kunagi juhtuda.

Mõelgem sellele, mis oli teada 1. jaanuaril 2020, enne kui kõik, mis oli seotud “covidiga”, purustas avalikkuse teadlikkuse pinna. Kõigi kuupäevade üksikasjad [on siin kronoloogias teada](#).

- “Gripi” viiruse ülekande teooria lükkasid dr [Milton Rosenau](#) ja teised ümber reas hoolikates, hästi dokumenteeritud katsetes ^[ii] (vt allpool: Viide 2. Lk 28-33/1-32), mis viidi läbi USA valitsuse jaoks ja avaldati 1919. aastal, ning meditsiinilises registris pole midagi, mis oleks nende tulemustega vastuolus.

Need katsed näitasid, et „Hispaania gripp“ ei olnud nakkushaigus. Pidage meeles, et esimestest päevadest alates kasutati “pandeemia” müümiseks hirmu “Hispaania gripi” kordumise ees. Kaugel sellest, et olla riigisaladus, ei ole see nakkushaigus, avaldati meditsiiniajakirjas *Journal of the American Medical Association*, kd 73, nr 5, 2. august 1919. See on hästi kirjutatud ja seda on lihtne jälgida.

- 1918-1919, 1957-1958 ja 1968-1970 surmava viiruse teooria “gripi” puhangutest lükkas USA pikaaegne riigiametnik dr [Anthony Fauci](#) ümber 2008. aastal [eelretsenseeritud ajakirjaartiklis](#). Fauci ja tema kaasautorid kirjutasid, et tegelik surmapõhjus oli bakteriaalne kopsupõletik (kuid süüdistasid ka fantoomviirust, mille kohta nad teadsid, et see ei ole edasikanduv). Fauci kirjutas, et igas tulevases haiguspuhangus *tuleb arvestada* bakteriaalse nurgaga. Seda pole kunagi olnud.

PCR-i “test”, mis “tõestas” väidetava puhangu olemasolu, oli korduvalt näidanud, et see sai 100% valepositiivseid tulemusi. Meditsiinikeskus on laialdaselt tunnistanud, et see lõi ühe kolmest valepandeemiast sel ajastul. Sellest [probleemist teatati pikalt](#) *The New York Timesis* täpselt.

CDC hoiatas 2007. aastal, et PCR-i ei tohiks kasutada üldiseks sõeluuringuks haiguspuhangu ajal (antud juhul väidetav puhang) tuntud valepandeemia probleemi tõttu, kuid just seda nad sellega tegid. Lisaks sai PCR-i “positiivsest” tulemusest “kinnitatud juhtum”, faktide ja kokkulepitud teaduse vastu.

MÄRKUS: 2020. aasta alguses kliiniliste sümptomite kohta [tunnistas CDC taas](#): „Viiruse RNA tuvastamine ei pruugi näidata nakkusliku viiruse olemasolu ega seda, et 2019-nCoV on põhjustaja“ (rõhuasetus lisatud).

Teisisõnu, CDC tunnistab avalikult, et nende test, mida nad juba teavad, puhub 100% valepositiivseid tulemusi – on diagnostikavahendina kasutu. Seetõttu ei saa PCR-positiivne olla millegi kinnitatud juhtum.

Eksponaat 1.

**Homeland Security**

Office of Intelligence and Analysis / Directorate for Preparedness
Homeland Infrastructure Threat and Risk Analysis Center

HITRAC Private Sector Note
Wednesday, 5 July 2006

(U) HITRAC Private Sector Notes address topical information and analysis on current Homeland security issues of interest to private sector and State and local security officials. This Private Sector Note provides the Department of Homeland Security's perspective on the potential for mass psychogenic illness occurring as a result of anxiety over terrorism.

(U) Attention: Federal Departments and Agencies, State Homeland Security Advisors, State Emergency Managers, State and Local Law Enforcement, and Tribal Governments.

(U//FOUO) Fear of Terrorist Attack Could Trigger Mass Psychogenic Illness

(U//FOUO) A case of mass psychogenic illness in Chechnya in 2005 and a similar incident in California in 2003 highlight an additional factor to consider in the response to terrorist attacks, particularly those involving chemical, biological, or radiological (CBR) weapons. The number of those suffering psychogenic illness could far exceed the number of actual casualties in a CBR event.

(u//fouo) tähistab: “kasutamine: ainult ametlikuks kasutamiseks.” See ei olnud salastatud dokument, vaid pigem kõrgetasemeline valitsuse memo. [Dokumendi lugemine](#)

- Uudiste massipsühhogeenne mõju dokumenteeris [sisejulgeolekuministeerium](#) (*United States Department of Homeland Security, DHS*) 2006. aastal. Teated pelgalt hirmust terrorismi ees või ühest intsidendist võivad kohe saata tuhandeid inimesi haiglasse *kliiniliste sümptomitega* ja ilma ühegi kemikaali või patogeeniga kokku puutumata: ainult idee ühest. Seetõttu teadsid nad, et pidev katvus põhjustab paanikat ja saadab paljud inimesed haiglasse *sümptomitega, kuid ilma nakkuse või kokkupuuteta*.
- 2019. aasta oktoobris toimus kaks planeerimisüritust, mis näitavad ühemõtteliselt, et 2020. aasta alguses toimunu oli ettekatsetatud, planeeritud ja ellu viidud. Üks neist oli **Event 201**, mis mängis välja maailma esimese koroonaviiruse puhangu kaks kuud enne seda, kui samad inimesed väitsid, et see on juhtunud. Seda sponsoreerisid Johns Hopkinsi Terviseohutuse Keskus, Maailma Majandusfoorum ja Bill & Melinda Gatesi Sihtasutus: järgneva "viiruse" stsenaariumi peamised edasiviijad.
- Teine oli konverents ja C-Span paneel Milkeni instituudis 2019. aasta oktoobris, kus esitati mRNA "universaalne gripipilt" ja propageeriti gripi ümbernimetamist millekski nii surmavaks kui AIDS või vähk. Esitage see [Fauci kaheminutilise heli](#) või kuulake täielikku aruannet „[mRNA universaalse gripivaktsiini](#)“ kohta, millest sai "covid" võte.
- Väidetava "viiruse" küpsetas 2020. aasta jaanuari alguses metagenoomikat kasutavas arvutis meeskond, kuhu kuulus Johns Hopkinsi meditsiinikeskus, üks **Event 201** planeerimisseansi sponsoritest. 2020. aasta jaanuari lõpuks oli in silico järjestusest mitu erinevat versiooni, millest ükski ei sobinud.

Neil on nimesid, mida pole kuulnud ehk isegi mitte terviseamet, näiteks 402123 või MN908947. Täna on umbes 14 miljonit väidetavat SARS-CoV-2 järjestust, mitte ühtegi sarnast, millel pole ühtegi "originaali", millega sobida.

[Tegelik töö on suures osas kodanikualgatuse raames juba tehtud](#) ja taotluse esitaja soovib seal alustada. Arvestades eelolevaid fakte ja asjaolusid esitab taotluse esitaja terviseametile ja sotsiaalministeeriumile alljärgneva taotluse ja küsimused.

II. Taotlus sotsiaalministeeriumile ja terviseametile

Avaliku teabe seaduse („AvTS“) § 4 lõige 1 ja 2 sätestab, et teabevaldajad on kohustatud tagama juurdepääsu nende valduses olevale teabele. Teabele juurdepääs tuleb tagada igaühele võimalikult kiirel ja hõlpsal viisil. Teadaolevalt [217 asutust 40 riigis](#), mis on vastanud teabevabaduse taotlustele, ei ole tsiteerinud isegi 1 kirjet väidetava "SARS-COV-2" kohta, mis leiti patsiendiproovist ja eraldati *kõigest muust*, bioloogilisest materjalist. Samuti ei ole viidud antud asjas läbi *vastastikuse eksperdi hinnangu protsessi*.

Sellela seoses palub esitada kõik uuringud või aruanded, kirjeldades "SARS-COV-2" („see“) ehk "COVID-19 viiruse" (sealhulgas kõigi "variantide") puhastamist (leotamise, filtreerimise ja ultratsentrifuugi kasutamise teel, kus patsiendi proovi ei kombineeritud esmalt ühegi teise geneetilise materjali allikaga, kirjed, mis kirjeldavad selle puhastamist (eraldamine kõigest muust patsiendi proovis).

Taotleja palub esitada AvTS alusel andmeid „see“ eraldamise kohta kõigest muust haigelt inimeselt võetud kehavedelikus, koes või väljaheidetes. Patsiendi kehavedelikku, kudet või väljaheiteid ei tohi enne väidetavate viiruse osakeste puhastamist olla kombineeritud ühegi teise geneetilise materjali allikaga.

III. Küsimused sotsiaalministeeriumile

- i. Kas teadaolevalt on viidud läbi uuring(ud), et on isoleeritud SARS-CoV-2 inimproovides või loomade proovidest?
- ii. Kui sellist teavet ei ole (vt p-t i.), siis miks pole seda Eestis tehtud ja milline on kirje(d), mille alusel sotsiaalministeerium on veendunud, et "SARS-CoV-2" on laboris oletatavalt isoleeritud?
- iii. Kas Eestis on bioohutuse taseme BSL 3 laboris "SARS-CoV-2" viirus isoleeritud kultiveerimise teel? Kui jah, kas seda on tehtud VeroE6 rakkudes¹?
- iv. Kui Eesti on teinud BSL3 kaitseastmega laboris vastavaid katseid (vt p-t iii.), kas need näitavad isoleeritud SARS-CoV-2 patogeenset mõju loomade või inimeste rakukultuuridele?
- v. Kas Eesti on eraldanud vahendeid (vt p-d i-iv.) laborikatsete jaoks, et neid vastavalt vastastikkuse eksperthinnangu kriteeriumidele läbi viia?
- vi. Kas sotsiaalministeerium nõustub väitega, et PCR-test ei tõesta virioni olemasolu?
- vii. Kas sotsiaalministeerium nõustub, et „kuldstandardiks“ on virioni isoleerimine ja kultiveerimine rakukultuuris, seepärast on möödapääsmatu inimorganismist saadud vedelik, mis on võimeline rakukultuuri või teist inimest nakatama? Kui jah, kas selliseid laboriuuringuid või empiirilisi² katseid on loomade või inimeste peal läbi viidud?
- viii. Mida tähendab nakkuse aktiivne faas, kui arvestatav hulk statistikast moodustavad nn asümptomaatilised juhtumid ja sellega seoses RNA ei klassifitseeru tõendiks virioni tuvastamisel? Kas sotsiaalministeerium nõustub, et RNA olemasolu ei tõenda kliinilise pildi puhul põhjuse ja tagajärje suhet?
- ix. Kuidas on võimalik väita, et positiivse PCR-testitulemuse³ saanud isik on nakatunud "SARS-CoV-2" patogeeni ja ning levitab seda edasi? Kas need isikud, kes on saanud positiivse testi, testitakse samal ajal erinevate virionide suhtes? Mille alusel lähevad nad terviseameti dokumentatsioonis kirja konkreetse virioni juhtumi statistikasse?
- x. Kas "SARS-CoV-2" genoomi on Eestis tuvastanud patoloogia ekspertiis ka terviklikult või on see genereeritud näiteks arvutiprogrammi abil⁴? Kuidas saab sellisel juhul kindel olla, et täpselt sellise genoomiga see eksisteerib looduses?
- xi. Kas "SARS-CoV-2" patogeensuse näitamise eesmärgil on tehtud kontrolleksperimente, mis välistaksid, et rakukultuurides täheldatud tsütopaatilised efektid tekivad näiteks toitainete vähendamise või antibiootikumide lisamise tulemusena? Kui sotsiaalministeeriumile ega terviseametile ei ole sellised katsed teada, siis kuidas on võimalik teie hinnangul ilma

¹ VeroE6 rakke peetakse viroloogias ahvide neerurakkudeks. Koevedelik, mis sisaldab väga väikeseid osakesi, lisatakse töödeldud rakukultuuri koos toksiliste antibiootikumidega ning kui teatud aja möödudes tekivad antud kultuuris tsütopaatilised efektid, siis sellest ei saa tuletada otsest tõendit nende osakeste paljunemisel. Vt ka [Natacha S Ogando](#) jt: „SARS-coronavirus-2 replication in Vero E6 cells: replication kinetics, rapid adaptation and cytopathology („SARS-koroonaviirus-2 replikatsioon Vero E6 rakkudes: replikatsioonikineetika, kiire kohanemine ja tsütopatoloogia“), *PubMed*, avaldatud september 2020; 101(9):925-940. doi: 10.1099/jgv.0.001453: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32568027/>. Vaadatud 15. oktoober 2023.

² Eelnevad empiirilised andmed ning teoreetilised seletused aitavad kvantitatiivse huviga autoril oma uurimust kavandada ja teostada.

³ Eestis on olnud teadaolevalt valdavalt kasutusel ThermoFisher'i "TaqPath™ COVID 19 CE IVD RT PCR", mille kasutusjuhend on [siin](#). Siin on kasutatav Ct 37. CDC väitel on [peaaegu võimatu tuvastada patogeeni nn elusfragmenti, kui Ct ületab 33 tsükli](#). Kuid 13. novembril 2020. aastal teatas [Kuressaare Haigla](#), et seal kasutatakse kitti, mille tsüklite arv on 40. Postitus lisas: „Vastavalt tootja varasemale interpretatsioonile loeti positiivseks PCR proov, kui kõik kolm geeni andsid positiivse vastuse. 31. oktoobrist on meil kasutusel tootja poolt kit, kus positiivseks vastuseks on piisav, kui 1 kolmest geenist (E-, RdRP- ja N geen) annab positiivse vastuse.“

⁴ Sekveneerimise tulemuseks on enamasti lühikesed teoreetilised "see" järjestused, millest tervik on pandud kokku arvutiprogrammiga (vt ka Martinez J., Hewlett, David Camerini, David C. Bloom „Basic Virology“: <https://www.wiley.com/en-us/Basic+Virology%2C+4th+Edition-p-9781119314059> (juuni 2021)). Seega teoorias saab oletuslikult lühikesi järjestusi tervikuks siduda, kuid neid ei saa siiski võrrelda originaalse tervikuga, mis on isoleeritav.

kontrollkatseteta tõestada, et osakesteks peetavatel nukleiinhapetel on eksogeenne, mitte endogeenne päritolu? Kui selliseid katseid on Eestis viidud läbi, siis milline kirje(d) nendele katsetele viitab?

- xii. Kas "SARS-CoV-2" viirusega (ka variantidega) seoses on viidud läbi katse, mis kontrolliks katsemeetodit ennast – kas tsütopaatiline efekt tekib näiteks loomulikust lagunemisprotsessist, mürgistest antibiootikumidest, toidainete puudusest või ahvirakkude eripärast?
- xiii. Kas on tehtud kontrolleksperimente, milles eraldatakse viirusega mitteseotud ainevahetusest pärit geenijärjestused, mis sekveneeritakse seejärel samade arvutiprogrammide abil, millega järjestatakse viiruste genome?
- xiv. Kas sotsiaalministeeriumile teadaolevalt on viidud läbi inim- ja loomkatseid, et leida vastuseid empiirilistele küsimustele (vt p-d i.-xiii.)? Taotlejale teadaolevalt Tervise Arengu Instituudi inimuuringute eetikakomitee ja Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee ei ole vastavaid lubasid nende katsete tegemiseks väljastanud. Samuti ei ole teada, et neid katseid oleks tehtud militaarsetes katsetes, kus selliseid katseid on eelnevalt läbi viidud ning saadud edasikanduvuse suhtes gripi puhul negatiivseid vastuseid (vt allpool: Viide ii. Lk 29-32/1-32).
- xv. Kas sotsiaalministeeriumi hinnangul selline katse (vt p-t xiv.) ei ole vastuolus teadus- ja meditsiinieetikaga, kui need nõuded on mõistlikult tagatud, samuti selles inimkatses osalevad ka teadlased ise, järgides rangelt [Nürnbergi koodeksit](#) (1947) ja [Maailma Arstide Liidu Helsingi deklaratsiooni](#) (1965), et teha kindlaks virioni ohutase inimeste puhul erinevates vanusegruppides, arvestades asjaoluga, et mittefarmatseutilised piirangud, mille eesmärk on olnud kehtestada piirangud ja sekkumised kogu Eesti riigis aastatel 2020-2023, arvestades, et Eesti riigil ei ole kõvasid tõendeid, et need on ohutud ja tõhusad; vastupidiselt kahjud on aga tõendatud (vt ka allpool: Lisa 1. Lk 8-9/1-32).⁵
- xvi. Kuid isegi kui vastupidiselt siin avaldatule (vt p-t i.-xv.) soovib sotsiaalministeerium mittefarmatseutilisi meetmeid käsitleda kaudselt efektiivsete ja ohutute „meditsiini meetmetena“, siis kindlasti ei „teeni“ need seda eesmärki, nagu nakkushaiguste ennetamisel või tõrjel. Millised on sotsiaalministeeriumile teadaolev kirje(d), mis muudavad vaieldavaks käesoleva seisukoha, arvestades, et sotsiaalministeerium ega terviseamet ei ole ka ise pika aja jooksul – aastatel 2020-2023 – teadaolevalt viinud läbi „serveerimist“, et hinnata teoreetiliselt oma ametkonna või ministeeriumi töötajate ja juhtkonna seas millise tahes hingamisteede haiguse infektsiooni riskifaktorit?⁶ (Vt ka allpool: Lisa 2. Lk 11-29/1-32.)

Lugupidamisega

Revo Jaansoo

⁵ Terviseameti statistika kohaselt ei ole aastatel 2020-2023 'hooajalisse grippi' haigestumised ja suremused suuremad kui varasematel aastatel.

⁶ **Enne** profülaktiliste meetmete läbiviimist peab arst selgitama välja asjaomase isiku tervisliku sobivuse karantiini määramisel või farmatseutilise toote saamisel ja tema tõenäolise tervisliku sobivuse sihtotstarbeliseks kasutamiseks. Kui meditsiiniline sobivus tuleb kindlaks teha *ad personam*, on sealt vaid väike samm ka meditsiinilise vajaduse kindlakstegemiseks *ad personam*. Sotsiaalministeeriumil ja terviseametil on võimalik ja mõistlik korraldada puutumatuse staatuse pidev jälgimine. Sotsiaalministeerium ja terviseamet peab olema põhimõtteliselt huvitatud sellest, et tema töötajad oleksid kogu aeg tegevuseks valmis, ja just see on tervise säilitamise kohustus ja tulumiskohustuse eesmärk. Kuid siis peab sotsiaalministeeriumil ja terviseametil olema ülioluline huvi alati teada, mil määral ohustavad nakkushaigused. Juhtkonnal tuleb koguda oma töötajate serostaatusi. Serostaatus tähendab järgmist: tuleb teha vereanalüüsid, et teha kindlaks isiku tervislik seisund. **Lisas 2** on näidatud, et serostaatus võib osutada olemasolevale immuunsusele. Sotsiaalministeeriumi ja terviseameti juhtkond ega spetsialistid ei ole teadaolevalt aga siiani teinud mingeid jõupingutusi oma personali individuaalse immuunsuse staatuse kindlaksmääramiseks enne mittefarmatseutiliste piirangute kehtestamist või COVID-i farmatseutiliste toodete manustamise kohustamist. Seega ka antud alusel on kõik vastavasisulised meditsiinilised korraldused juriidiliselt kehtetud.

LISA 1

Sõjapõgenikud pole endaga nakkushaiguste lainet kaasa toonud

Eestisse Ukrainast saabunud sõjapõgenikud ei ole kaasa toonud märkimisväärselt suuremat nakkushaigustesse haigestumist, mõõdukalt on kasvanud soolenakkuste hulk, vahendab [ERR](#).

Ukrainas on olnud viimastel aastatel mitu leetripuhangut ning esinenud isegi poliomüeliiti. Terviseameti nakkushaiguste osakonna nõunik Irina Dontšenko ütles ERR-ile, et leetrite juhte pole pärast Ukraina sõja algust Eestis esinenud.

Küll aga on mõõdukalt kasvanud viiruslikku päritolu soolenakkustesse, ka rota- ja noroviirusnakkusesse haigestunute arv. „On registreeritud ka HIV-juhte Ukraina sõjapõgenike seas,” lisas Dontšenko.

Ligi 70% ukrainlastest ei ole inokuleeritud SARS-CoV-2 infektsiooni vastu, kuid see ei ole statistikas märgatavaid muutusi hingamisteede haiguste koormuses kaasa toonud.

Allikas: Karin Koppel ([ERR](#)), „Sõjapõgenikud pole endaga nakkushaiguste lainet kaasa toonud“, 04. mai 2022, kell 10:35: <https://www.err.ee/1608585979/sojapogenikud-pole-endaga-nakkushaiguste-lainet-kaasa-toonud> (Vaadatud 15. oktoober 2023)

[Saksa “Corona ekspertnõukogu” 13. istungjärgu protokoll: vähem kui 20% sõjapõgenikke on Covidi vastu vaktsineeritud

16. juunil 2023. aastal sai Frankfurdi arst Christian Haffner teabevabaduse seaduse alusel enda valdusesse Saksamaa valitsuse koroonaekspertide nõukogu protokollid.

Corona ekspertnõukogu protokollid ära kirjutades avaldas 02.07.2023 [Nordkurier sõna-sõnalt](#). Nurdkuieri ajakirjanik Philippe Debionne avaldas protokollide kohta 5. juulil 2023 artikli, mis kannab pealkirja [Geheime Corona-Protokolle: Diese Stellen hat das Kanzleramt geschwärzt, Nordkurier](#) („Corona salaprotokollid: kantselei pimendas need kohad“).

[Corona ekspertnõukogu protokollid](#) ja [Saksa kantsleri kantselei kaaskiri](#) avalikustati ja tehti Christian Haffneri poolt [allalaadimiseks kättesaadavaks](#) kolmapäeval, 28. juunil 2023.

Protokollid anti ajakirjanikule ja kultuuriantropoloogile [Aya Velázquez](#)’ile analüüsimiseks laupäeval, 17. juunil 2023. Järgnev on [Velázquez.Pressi](#) ja [Saksa artiklis](#) avaldatu.

Paneel oli kohtunud 2021. aasta detsembrist kuni 2023. aasta aprillini. See koosnes muuhulgas Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) *protégé*-viroloog Christian Drosten. Saksamaa Liitvabariigi tervishoiuminister Karl Lauterbach ja teised valitsusametnikud käisid regulaarselt ringis.

Ukraina sõjapõgenike nakkushaiguste lainet käsitleti 13. istungjärgul, 12. märtsil 2022. aastal.

TOP 2 – Aktuelle klinische Lageentwicklung; Fokus Omikron BA.2; Virologie, Modellierung; Aktuelle Entwicklung Deltacron

berichtet über die aktuelle Lageentwicklung. Die Lage auf den Intensivstationen ist stabil, allerdings zeigen sich folgende Auffälligkeiten: 1.) Plateau bei Erstaufnahmen, 2.) erheblicher Anstieg der Zahl der PatientInnen über 80 Jahre, 3.) Anstieg der Zahl der Geboosterten. Die Personal-situation ist angespannt. Die Gesamtzahl der High-Care-Betten ist rückläufig (aktuell noch 8000 High-Care-Betten von ursprünglich 12.000). Die Delta Variante ist weiterhin rückläufig. Die Todeszahlen sind konstant. Bei einem großen Teil der auf den Intensivstationen behandelten Patienten ist COVID-19 nicht nur Begleiterkrankung, sondern primäre Behandlungsursache (70% benötigen eine Atemunterstützung). Insgesamt erfolgt der Abfall der Zahlen nicht mit der erwarteten Geschwindigkeit, bei regionalen Unterschieden. Die Testzahlen sind lt. RKI zurückgegangen, aber hohe Positivrate (45%).

ergänzt zur Situation die Inzidenz nach dem Feriende erneut stieg und ein Allzeit-Hoch bei den Krankenhausaufnahmen (50 % mit und 50 % wegen COVID-19) zu verzeichnen ist, bei gleichzeitig Personalausfällen in einer Größenordnung von 20 %.

berichtet zu aktuellen Modellierungen. Im Gegensatz zur genauen Modellierung für BA.1 im Januar könne zu BA.2 keine zuverlässige Vorhersage getroffen werden, da unklar sei, wie groß die Gruppe der suszeptiblen Personen für BA.2 ist und wie sich die Lockerungen auswirken. Einige Modelle weisen auf eine Delta-Welle im Sommer hin. Ursache könne die nachlassende Wirkung der Impfung sein. Bei einer Delta-Welle sei auch wieder mit einer vermehrten Belastung der Intensivstationen zu rechnen.

BM Lauterbach berichtet über die Schwierigkeiten bei der politischen Debatte zur allgemeinen Impfpflicht und im Verfahren zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes. Er verweist zur einrichtungsbezogenen Impfpflicht auf die 30-seitige Handreichung des BMG. Bei der Impfkampagne arbeite man derzeit an adäquatem mehrsprachigem Informationsmaterial.

In der Diskussion berichtet über positive Erfahrung zur Steigerung der Impfquote bei der Durchführung von mehrsprachigen, moderierten Onlinesprechstunden für bestimmte Communities. empfiehlt ein gezieltes Vorgehen gegen organisierte Desinformation und eine Nutzung lokaler Strukturen für gezielte Ansprache in Ergänzung zu allgemeinen Impfkampagnen.

In Bezug auf Deltacron ist in DEU bislang ein Fall bekannt (Analyse noch nicht 100% sicher).

ergänzt, dass in Schulen besser über Impfung aufgeklärt werden müsse. Ggf. könnten die Kultusministerien gebeten werden, eine Impfaufklärung durch den ÖGD in den Lehrplänen vorzusehen. unterstützt diesen Hinweis.

regt eine Stellungnahme zu notwendigen Instrumenten zur Bekämpfung künftiger Wellen an.

TOP 4 – Stellungnahme Vorbereitung Herbst

informiert über den aktuellen Stand der Stellungnahme „Vorbereitung Herbst“. Die in der letzten Sitzung vorgestellte Systematik mit vier Themenfeldern (Analyse, Monitoring, Rapid Response System und Infektionsschutz/Therapie) soll beibehalten werden. Es soll eine Gesamtübersicht geben sowie zu den vier Bereichen jeweils eigene Stellungnahmen. Wichtig sei zu bedenken, dass die Bevölkerung eine gewisse Erholung brauche (Resilienz). Einige Punkte sollten zusätzlich zu der Diskussion in der letzten Sitzung aufgenommen werden: Impfzentren als skalierbare Struktur; Verstärkung guter Verfahren wie DIVI, Kleeblatt-Verfahren, COSMO; Aufklärung in Schulen durch ÖGD. wird in der kommenden Woche mit der Ausarbeitung beginnen.

TOP 5 – Infektiologische Situation in der Ukraine, mögliche Konsequenzen

gibt einen ersten Impuls. Die Flüchtlingsbewegungen in Folge des Krieges in der Ukraine könnten auch Auswirkungen auf das inländische Infektionsgeschehen haben. Das aktuelle Infektionsgeschehen in der Ukraine ist in der Erfassung erschwert, da eine Untererfassung der Testung vorliegt. Vor Kriegsausbruch waren die Infektionen rückläufig, wobei es zuvor eine massive Herbstwelle gab.

Die Situation vor Ort in Deutschland wird von beschrieben, der verdeutlicht, dass eine Unterbringung der geflohenen Menschen auf engstem Raum bspw. in Erstaufnahmestellen erfolgt. Bei der Erfassung der ersten Geflüchteten seien rd. 10 % vollständig und 20 % einmal geimpft gewesen. Viele würden keinen Impfnachweis mit sich führen. Im RKI werde laut eine Koordinierungsstelle eingerichtet. Das RKI wird im Laufe der 10. KW erste Empfehlungen herausgeben. Unter anderem soll auch auf den Umgang mit Sinovac-Geimpften eingegangen werden. Ferner werde es Empfehlungen für das Ausbruchmanagement in Gemeinschaftseinrichtungen geben.

TOP 6 – Verschiedenes

fragt nach einem Sachstand zu den vom Verfall bedrohten Impfstoffdosen. GM Breuer sichert weitere Informationen in der nächsten Woche zu.

13. istungjärgul osales ka Saksamaa tervishoiuminister Karl Lauterbach. Protokollitud muuhulgas olukorra käsitlemine Ukrainas: *“Ukraina sõja tagajärjel toimuv pagulaste liikumine võib mõjutada ka riigisiseseid nakkussündmusi.”*

Eksperdidel tundus selle küsimusega olevat tõeline peavalu: *“Kuigi Ukrainas oli nakatumine enne sõja puhkemist viimasel ajal vähenenud, ütles ta, et kui esimesed põgenikud registreeriti, oli umbes 10% täielikult vaktsineeritud ja 20% vaktsineeritud üks kord. Paljudel ei oleks kaasas tõendit vaktsineerimise kohta.”*

[Aya Velázquez](#) on [Velazquez.Pressi](#) ja [Saksa artikli](#) lühemas versioonis öelnud:

“Ekspertnõukogu” kollektiivset õudust pole raske ette kujutada: vaktsineerimise kohta pole tõendeid! Vähem kui 20% on Covidi vastu vaktsineeritud.

Esimeste Ukraina põgenike saabumisel Saksamaal seisis ekspertnõukogu silmitsi dilemmaga: ühelt poolt oli vaja olla võimalikult humanitaarne ja omakasupüüdmatu, teiselt poolt pidi 20% vaktsineerimismäär vallandama ekspertide nõukogus sellele eelnenud diskursusest gaasid.

Traumeeritud inimestele ei olnud asjakohane kohe nõudeid kehtestada, kuid siiski oli vaja olla karm kohaliku elanikkonna suhtes, kuna nähti ette üldine farmatseutilise sekkumise nõue. Samal ajal tuli vältida muljet erinevate gruppide ebavõrdsest kohtlemisest.” Nurksulgudes tekst lisatud 17.10.2023]

LISA 2

„Serveerimine“

Kuid isegi kui vastupidiselt siin avaldatud seisukohale soovitakse COVID-i mRNA ja DNA preparaate käsitleda „meditsiini meetmena“, siis kindlasti ei „teeni“ need seda eesmärki, nagu nakkushaiguste ennetamisel või tõrjel.

1. Individuaalse immuunsuse seisundi määramine

Meditsiiniline ravi „töötab“ haiguste ennetamise või kontrolli all hoidmiseks, kui see on asjakohane ja selleks ette nähtud. Näiteks Eesti kaitseväge otsus lisada 2021. aastal (see kehtib ka 15.10.2023. a seisuga) COVID-vastased preparaadid oma raviskeemi põhineb eeldusel, et need vaktsineerimised on abstraktselt sobivad nakkushaiguse COVID-19 ennetamiseks. See eeldus ei vasta aga eesmärgile. Seetõttu ei „teeni“ see meede haiguse ennetamisel ega selle vastu võitlemisel.

Enne profülaktiliste meetmete läbiviimist peab arst selgitama välja asjaomase isiku tervisliku sobivuse toote saamisel ja tema tõenäolise tervisliku sobivuse sihtotstarbeliseks kasutamiseks. Kui meditsiiniline sobivus tuleb kindlaks teha *ad personam*, on sealt vaid väike samm ka meditsiinilise vajaduse kindlakstegemiseks *ad personam*.

See arusaam on põhimõttelise tähtsusega. Sellest järeldub, et kaitseväs kehtestatud ja juurutatud farmatseutilise toote manustamise skeemi kasutamine on algusest peale olnud ebaseaduslik. Kaitsevael on võimalik ja mõistlik korraldada oma sõdurite puutumatus staatus pidev jälgimine. Kaitsevägi peab olema põhimõtteliselt huvitatud sellest, et väed oleksid kogu aeg tegevuseks valmis, ja just see on tervise säilitamise kohustus ja talumiskohustuse eesmärk.

Kuid siis peab Kaitsevael olema ülioluline huvi alati teada, mil määral ohustavad relvajõude nakkushaigused. Juhtkonnal tuleb koguda oma töötajate serostaatusi. Serostaatus tähendab järgmist: tuleb teha vereanalüüsid, et teha kindlaks isiku tervislik seisund. Nagu allpool näidatud, võib serostaatus osutada olemasolevale immuunsusele.

Kaitsevägi ei ole aga siiani teinud mingeid jõupingutusi oma sõdurite ja personali individuaalse immuunsuse staatus kindlaksmääramiseks enne mRNA/DNA farmatseutiliste toodete manustamist.

Seega ka antud alusel on kõik vastavasisulised meditsiinilised korraldused juriidiliselt kehtetud. See ei hõlma ka COVID-i farmatseutiliste toodete kaasamist raviskeemi. Pigem tuleks selliste skeemide kasutamist edaspidi põhimõtteliselt vältida.

2. Loomulik immuunsüsteem

Teaduslikele teadmistele vastab see, et

- a) viirusega kokkupuude ei põhjusta sageli nakatumist ainuüksi sel põhjusel, et viirus hävib juba suu ja nina limaskestadel ja sel ei õnnestu seetõttu isegi inimkeha rakkudesse tungida;
- b) taastunud infektsioon põhjustab humoraalse immuunvastuse (antikehad);
- c) taastunud infektsioon toob kaasa tugeva T-rakulise immuunsuse, mis kestab sageli vähemalt mitu aastat;
- d) varasema infektsiooniga immuniseeritud inimestele kaitsepookimise tegemine ei anna lõppude lõpuks mingit lisaväärtust.

Nagu näidatakse, saab seda kõike teaduslikult tõestada.

a) Limaskestade tähtsus kaitses patogeenide eest

Professor [Christian Drosten](#) tegi 3. septembrist 2021 NDR-i taskuhäälingusaates *Coronavirus Update* Nr. 97 selgeks, et immuunkaitse algab limaskestadel [[Koroonaviiruse värskendus: Podcast Drosteni ja Cieseki | NDR.de - Uudised - NDR info](#)] (vt seal lk 16):

Aber eigentlich ist es nicht das Ziel für alle Zeiten, immer impfen zu müssen. Ich glaube, dass die Mehrheit der Infektionsbiologen und Mediziner im Moment sagt: Wir müssen eigentlich die endemische Situation als eine Erkältungssituation betrachten. Das heißt, wir sind aber dann auch in der Situation, dass unser Immun-Update, also die Booster-Immunisierung, eigentlich nicht hier passiert, sondern durch immer wiederkehrende Kontakte mit dem Virus und dass die Bevölkerungssimmunität auch immer belastbarer wird, weil dann sind es hier wirklich Infektionen. Und da kriege ich dann Schleimhautimmunität, die ortsständig ist. Da sind dann eigene T-Zellen, die dort sitzen, lokale B-Zellen, die dort lokal Antikörper machen. Also diese Infektionsimmunität, die ist auf Dauer robuster.

Tölge

Kuid tegelikult ei ole eesmärk kogu aeg olla alati vaktsineeritud. Usun, et enamik nakkusbiolooge ja meditsiinitöötajaid ütleb praegu: tegelikult peame endeemilisele olukorrale vaatama kui külmale olukorrale. See tähendab, et oleme siis ka olukorras, et meie immuunuuendus ehk revaktsineerimine ei toimu tegelikult mitte siin, vaid korduvate kontaktide kaudu viirusega ja ka elanikkonna immuunsus muutub järjest vastupidavamaks, sest siis on tõesti infektsioonid käes. Ja siis tekib mul limaskesta immuunsus, mis on lokaalne. Siis istuvad seal minu oma T-rakud, kohalikud B-rakud, mis toodavad kohapeal antikehi. Seega on see immuunsus infektsioonide suhtes pikas perspektiivis tugevam.

Jääb arusaamatuks, miks see limaskestade immuunsus peaks rajanema ainult eelnevale vaktsineerimisele. Pigem moodustab limaskestade võime takistada patogeenide tungimist inimkehasse inimese loomuliku immuunsüsteemi lahutamatu osana ja see on täiesti sõltumatu sellest, millise patogeeniga inimorganism kokku puutub. See arusaam on osa immunoloogia põhiteadmistest ega ole kaotanud oma kehtivust.

Tõestus:

- Killingley jt, Ohutus, talutavus ja viiruse kineetika SARS-CoV-2 inimese nakatumise ajal, <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1121993/v1>.
- Peter F. Mayeri analüüs, <https://tkp.at/2022/02/05/studie-mit-absucht-covid-infekten-haelfte-blieb-gesund/>.
- Ekspertarvamus.

See leid on kooskõlas tõsiasiaga, et mitte kõik COVID-19 patsientide kontaktisikud ei nakatu ise, vaid neil on hoolimata nakatumise puudumisest võimalik välja arendada nn T-rakuline immuunsus (vt allpool c).

b) Antikehad

2020. aasta sügisel näitas Austrias tehtud uuring, et nakatumine põhjustab antikehadel põhineva immuunsuse, mis kestab vähemalt 6 kuud.

Tõendid: Deisenhammer jt, 6-kuuline SARS-CoV-2 antikehade püsivus Tiroomi COVID-19 kohordis, <https://doi.org/10.1007/s00508-020-01795-7>.

Veidi hiljem esitleti uuringut, mis valgustas kogu inimkeha immuunmälu pärast hingamisteede haiguse esinemist, st nii humoraalset kui ka rakulist komponenti. Uuringus jõuti järeldusele, et immuunmälu kaitseb uuesti nakatumise eest hinnanguliselt 8 kuud.

Tõestus:

- Dan jt, SARS-CoV-2 immunoloogiline mälu, hinnatud kuni kaheksa kuu jooksul pärast nakatumist, <https://doi.org/10.1126/science.abf4063>.
- Peter F. Mayeri analüüs, <https://tkp.at/2020/11/18/studie-bestaegt-lang-andauerde-und-robuste-immunitaet-nach-infection/>.

2021. aasta detsembris avaldati Saksa Liitvabariigi Föderalse Tervishoiuministeeriumi (*Bundesgesundheitsministerium*) rahastatud uuring, mis paljastas antikehadel põhineva immuunsuse vähemalt 14 kuud.

See uuring on eriti tähelepanuväärne, kuna üheteistkümnest autorist kuus töötab Paul Ehrlichi instituudis.

Tõestus: Scheiblauer jt, Antikehade vastus SARS-CoV-2 vastu rohkem kui üks aasta – tuvastamise kineetika ja püsivus määratakse aviidsuse progresseerumise ja testi ülesehitusega, <https://doi.org/10.1016/j.jcv.2021.105052>.

Samas tähendavad ülaltoodud väited, et Kaitseväes kehtestatud taastunud staatuse määratlus on immunoloogiliselt täiesti alusetu: nagu on näidatud, viib humoraalne immuunvastus juba oluliselt kauem kestva immuniseerimiseni.

Rakulist immuunvastust, mille üle peagi arutatakse, eiratakse taastatud staatuse juriidilise määratluse kohaselt täielikult.

c) Rakuimmuunsus

Kuid isegi kui antikehad on taandunud, pole immuunsus veel lõppenud. Pigem on inimkehal immuunmälu. Mehhanismi võiks kirjeldada järgmiselt (tsiteerinud Peter F. Mayer, <https://tkp.at/2021/09/12/ueberblickueberstudienzunaturlicherimmunitaetundzellenalsessenlichen-faktor/>):

„Beim Erstkontakt mit einem Virus produziert das angeborene Immunsystem spezifische CD4+ T-Zellen, genannt Helferzelle, sowie die CD8+ T-Zellen, genannt Killerzellen. Die Killerzellen werden gleich aktiv gegen den Virenbefall, die Helferzellen verbinden sich über den T-Cell-Receptor (TCR) mit

dem Rezeptor der B-Zelle und aktivieren sie zur Produktion von Antikörpern.

Es muss also immer die zelluläre Immunität anspringen, damit überhaupt Antikörper entstehen können. Die Lymphozyten, also die verschiedenen Arten von T- und B-Zellen, nehmen mit fortschreitendem Alter ab, sowie bei Immunschwäche. Sind zu wenige da, können auch keine Antikörper entstehen. Die T- und B-Zellen haben Speicherformen, die im Knochenmark dauerhaft abgespeichert sind und das jederzeit reaktivierbare Immungedächtnis darstellen."

Tölge

„Esimesel kokkupuutel viirusega toodab kaasasündinud immuunsüsteem spetsiifilisi CD4+ T-rakke, mida nimetatakse abistajarakkudeks, ja CD8+ T-rakke, mida nimetatakse tapjarakkudeks. Tapjarakud muutuvad koheselt aktiivseks viiruse rünnaku vastu, abistajarakud ühenduvad B-raku retseptoriga T-raku retseptori (TCR) kaudu ja aktiveerivad need antikehade tootmiseks.

Seetõttu peab rakuimmuunsus alati käima, et antikehad saaksid üldse tekkida. Lümfotsüüdid, st erinevat tüüpi T- ja B-rakud, vähenevad vanuse kasvades ja immuunpuudulikkuse korral. Kui neid on liiga vähe, ei saa antikehad tekkida.

T- ja B-rakkudel on säilitusvormid, mida säilitatakse püsivalt luuüdis ja mis esindavad immuunmälu, mida saab igal ajal uuesti aktiveerida."

Lihtsamalt öeldes: inimese immuunsüsteem „mäletab“ kontakti patogeeni ja suudab seetõttu järgmisel kokkupuutel patogeeni kiiremini ja tõhusamalt võidelda.

See mehhanism kehtib ka hingamisteede haiguste puhul: kui keegi on juba nakatunud, on selle patogeeni uuesti nakatumise tõenäosus väga väike.

Mitmed uuringud on näidanud, et eelinfektsioon põhjustab tugeva pikaajalise rakuimmuunsuse.

Tõestus:

- Sekine jt, Robust T-rakuline immuunsus asümptomaatilise või kerge COVID-19-ga taastuvatel inimestel, <https://doi.org/10.1016/j.cell.2020.08.017>.
- Selle saksakeelne selgitus Wolfgang Gesierich, PNEUMONEWS 2020;12 (7-8) [[Pneumo News | 12. köide, väljaanne 7-8 \(springer.com\)](#)].
- Turner jt, SARS-CoV-2 infektsioon indutseerib inimestel pikaajalisi luuüdi plasmarakke, <https://doi.org/10.1038/s41586-021-03647-4>.
- Cohen jt, Pikisuunaline analüüs näitab püsivat ja laiaulatuslikku immuunmälu pärast SARS-CoV-2 infektsiooni koos püsivate antikehareaktsioonide ning B- ja T-rakkude mäluga, <https://doi.org/10.1016/j.xcrm.2021.100354>.
- Sakharkar jt, Inimese B-raku vastuse pikaajaline areng SARS-CoV-2 infektsioonile, <https://www.science.org/doi/10.1126/sciimmunol.abg691-6>.

- Grifoni jt, SARS-CoV-2 inimese T-raku epitoobid: Adaptiivne immuunvastus COVID-19 vastu, <https://doi.org/10.1016/j.chom.2021.05.010>.
- Jagannathan/Wang, Immuunsus pärast SARS-CoV-2 nakkusi, <https://doi.org/10.1038/s41590-021-00923-3>.
- Schiffner jt, Humoraalse ja rakuimmuunvastuse pikaajaline kursus ambulatoorsetel patsientidel pärast SARS-CoV-2 infektsiooni, <https://doi.org/10.3389/f-pu-bh.2021-732787>.
- Ekspertarvamus.

Loomuliku immuunsüsteemi tugevust näitab siin see, et inimese immuunmälu suudab ära tunda patogeeni genoomi erinevaid osi, niinimetatud epitoope. Selle tulemusena kaitseb rakuimmuunsus ka viirusmutatsiooni eest: patogein ei pääse inimese immuunmälust.

Tõestus:

- Di Muzio jt, Taastuvate COVID-19 patsientide mälu B-rakkude erapooletu küsitlus näitab laiaulatuslikku viirusevastast humoraalset vastust, mis on suunatud SARS-CoV-2 antigeenidele väljaspool piigivalku, <https://doi.org/10.1016/j.jvax.2021.100098>.
- Grifoni jt, SARS-CoV-2 inimese T-raku epitoobid: Adaptiivne immuunvastus COVID-19 vastu, <https://doi.org/10.1016/j.chom.2021.05.010>, juba nimetatud.
- Hellerstein, millised on antikehade rollid vastupidava ja kvaliteetse T-rakulise vastuse vastu kaitsvas immuunsuses SARS-CoV-2 vastu?, <https://doi.org/10.1016/j.jvax.2020.100076>.
- Sureschandra jt, T- ja B-raku üherakulise profileerimise repertuaarid pärast SARS-CoV-2 mRNA vaktsiini, <https://doi.org/10.1172/jci.insight.153201>.
- Redd jt, CD8+ T-raku vastused COVID-19 taastuvatel indiviididel sihivad konserveeritud epitoopi mitmest silmapaistvast SARS-CoV-2 ringlevast variandist, <https://doi.org/10.1093/ofid/ofab143>.
- Tarke jt, SARS-CoV-2 epitoopide T-rakkude immunodominantsi ja immunoprevalentsi põhjalik analüüs COVID-19 juhtudel, <https://doi.org/10.1016/j.xcrm.2021.100204>.
- Tarke jt, SARS-CoV-2 variantide mõju CD4+ ja CD8+ T-rakkude kogureaktiivsusele nakatunud või vaktsineeritud isikutel, <https://doi.org/10.1016/j.xcrm.2021.100355>.
- Ekspertarvamus.

Isegi – kui mitte täpselt – need inimesed, kes on üle elanud hingamisteede patogeeni nakatumise ilma sümptomiteta või ainult väikeste sümptomitega, loovad nii tugeva rakuimmuunsuse.

Tõestus:

- Le Bert jt, Väga funktsionaalne viirusspetsiifiline rakuimmuunvastus asümptomaatilise SARS-CoV-2 infektsiooni korral, <https://doi.org/10.1084/jem.20202617>.
- Jung jt, SARS-CoV-2-spetsiifiline T-raku mälu säilib COVID-19 taastumisjärgus patsientidel 10 kuud koos tüvirakulaadsete mälu-T-rakkude eduka arenguga, <https://doi.org/10.1038/s41467-021-24377-1>.
- Sekine jt, Tugev T-rakuline immuunsus taastuvatel inimestel. Tervenevatel inimestel asümptomaatiline või kerge COVID-19, <https://doi.org/10.1016/j.cell.2020.08.017>, juba nimetatud.
- Ekspertarvamus.

Rakuimmuunsust võib vähendada ka eelnev kokkupuude, täpsemalt eelnakatamine inimese beeta-koroonaviirustega (OC43 ja 229E).

Tõestus:

- Bonifacius jt, COVID-19 immuunsignatuurid näitavad stabiilset viirusevastast T-rakkude funktsiooni, vaatamata humoraalsete reaktsioonide vähenemisele, <https://doi.org/10.1016/j.imm-uni.2021.01.008>.
- Le Bert jt, SARS-CoV-2-spetsiifiline T-rakuimmuunsus COVID-19 ja SARS-i juhtudel ning nakatamata kontrollid, <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2550-z>.
- Loyal jt, Ristreaktiivsed CD4+ T-rakud võimendavad SARS-CoV-2 immuunvastust pärast nakatumist ja vaksineerimist, <https://doi.org/10.1126/science.abh1823>.
- Ekspertarvamus.

Sellistel juhtudel räägitakse ristimmuunsusest: immuunsüsteem, mis oli varem kokku puutunud OC43 ja 229E-ga, käivitab tõhusa immuunvastuse.

Seetõttu on seda enam arusaamatu, et Kaitsevägi ei kasuta olemasolevaid võimalusi relvajõudude puutumatuse määramiseks.

d) Üldine: elanikkonna laiaulatuslik immuunsus

Juba praegu on ilmne, et inimese immuunsüsteem, arvestatuna kogu elanikkonna jaoks, oli ja on väidetava SARS-CoV-2 patogeeni jaoks palju paremini ette valmistatud, kui väideti koroonakriisi alguses. Teadlane [John P.A. Ioannidis](#) eeldab, et suremus sellesse haigusesse on 0,15%.

Tõestus:

- John P.A. Ioannidis, COVID-19 ülemaailmse leviku ja nakatumissurmade arvu prognooside kokkuvõte: ülevaade süstemaatiliste hindamiste kohta, <https://doi.org/10.1111/eci.13554>.

- Peter F. Mayeri analüüs, <https://tkp.at/2021/03/29/neue-ioannidis-studie-infection-mortality-worldwide-about-015-percent/>.

Seega tundub õigustatud järeldus, et selline protsent ei saa olla „Kolleri viiruse“ mõju, millega inimese immuunsüsteem toime ei tule. Pole üllatav, et suremus viirusesse suureneb koos vanusega.

Tõestus: Axfors/Ioannidis, COVID-19 nakkuse suremuskordaja kogukonnas elavates eakate populatsioonides, <https://doi.org/10.1007/s10654-022-00853-w>.

Sellest tulenevalt kritiseeritakse kirjanduses, et platseeborühma immuunsust uuriti COVID-i farmatseutiliste toodete heakskiitmise uuringutes liiga vähe.

Tõendid: Doshi, Covid-19: kas paljudel inimestel on juba olemasolev immuunsus?, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m3563>.

Seetõttu on väga tõenäoline, et Kaitseväge sõdurid ja personal, kes peavad oma töö tõttu olema füüsiliselt tugevad, ohustavad hingamisteede patogeene maksimaalselt täiesti erandjuhtudel.

Seda loomulikult oleks olnud, et Kaitseväge algataks ulatuslikud immunoloogilised uuringud. Seda pole aga üldse tehtud.

e) Paranenud inimestel suureneb kõrvaltoimete oht

Lõppude lõpuks ei anna COVID-i süstimine immuniseerimisele mingit väärtust. Veelgi enam: igaüks, kes on kunagi nakatunud ja saab alles seejärel süsti, peab elama kahjulike kõrvalmõjude suurenenud riskiga.

Tõestus:

- Raw jt, Eelmine COVID-19 infektsioon, kuid mitte Pikk-COVID, on seotud BNT162b2/Pfizeri vaktsineerimisjärgsete kõrvalnähtude suurenemisega, <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2021.05.035> (lk 401–403).
- Ekspertarvamus.

3. Immuunsüsteemi destabiliseerimine

EL-is heakskiidetud COVID-19 geeniravimid avaldavad negatiivset mõju ka inimese immuunsüsteemile.

Et seda peaaegu väljendamatut leidu veel kord selgitada: COVID-19 mRNA/DNA toote manustamine mitte ainult ei too kaasa immuniseerimist, vaid vastupidi, destabiliseerib inimese immuunsüsteemi.

2021. aasta mais esitleti uuringut, milles jõuti järeldusele, et BioNTechi geeniteraapia preparaat programmeerib ümber inimese immuunsüsteemi.

Tõestus:

- Föhse jt, SARS-CoV-2 vastane BNT162b2 mRNA vaktsiin programmeerib ümber nii adaptiivsed kui ka kaasasündinud immuunvastused, <https://doi.org/10.1101/2021.05.03.21256520>.
- Peter F. Mayeri analüüs, <https://tkp.at/2021/05/17/veraenderungen-im-anbornen-imm-unsystem-durch-corona-impfungen/>.

See võib olla seletus näiteks südamelihase põletikule – nimelt siis, kui inimkeha toodab südamelihases piigivalgu „ja seega immuunsüsteem talletab südamelihaskud immunoloogilises mälu ohtliku infektsiooni allikana.

Seetõttu ründab immuunsüsteem järgneva nakatumise korral südant, kuna see tuleb kõrvaldada kui patogeeni ohtliku leviku allikas.“

Tõestus:

- Peter F. Mayer, <https://tkp.at/2022/02/04/multiple-vaccinated-anfaelli-gerfuer-infection-und-todesfaelle-part-2-possible-causes/>; just reprodutseeritud tsitaat pärineb sealt.
- Ekspertarvamus.

Immuuntolerants mitte ainult ei nõrgenda immuunsüsteemi, vaid võib viia ka selleni, et immuunsüsteem ründab keha, mida ta peaks kaitsma.

Inimese immuunsüsteemi lammutamist COVID-i niinimetatud vaktsineerimisega kirjeldatakse üksikasjalikult uuringus ja seda lammutamist peetakse vastutavaks paljude kõrvalmõjude osas.

Tõestus:

- Seneff jt, Kaasasündinud immuunsupressioon SARS-CoV-2 mRNA vaktsineerimisega: G-kvadruplekside, eksosoomide ja mikroRNA-de roll, <https://doi.org/10.22541/au.1-6427641-1.10570847/v1>.
- Ekspertarvamus.

Kokkuvõtvalt võib öelda, et niinimetatud vaktsiin, mis võimaldab inimorganismil toota iseseisvalt ilma viirusega kokku puutumata osa sellest viirusest, nimelt piigivalgu, ei kaitse pikemas perspektiivis inimese immuunsüsteemi, vaid pigem kahjustab seda, sealjuures saatuslike tagajärgedega.

See kehtib eriti “revaktsineerimise” kohta. Iisraeli uuring näitab, et efektiivsus väheneb iga uue “revaktsineerimisega” ja ei anna immuunsust teist korda revaktsineerimisel – st kokkuvõttes neljandal vaktsineerimisel.

Tõendid: Regev-Yochay, Covid-19 mRNA vaktsiini neljanda annuse efektiivsus Omicroni vastu, <https://doi.org/10.1056/NEJMc2202542>.

See järeldus on käesoleva menetluse seisukohalt oluline, kuna kostja hinnangul ei peaks Kaitseväge sõdurid ja personal taluma mitte ainult kahte esimest mRNA geeniteraapia doosi, vaid ka määramatut

ja praeguseni ettenägematut arvu kordusannuseid – mis, nagu on näidatud, teevad pikemas perspektiivis vastupidist sellele, mida nad kavatsevad teha.

Iga uue doosiga süveneb järk-järgult immuunpuudulikkus ja seeläbi püsivalt patoloogiline füüsiline seisund. See järeldus ainuüksi vastandub väitele, et antud „meditsiiniline“ meede igal juhul ei aita hingamisteede haiguse ärahoidmist ega selle vastu võitlemist.

IV. Vastuvõetamatus

Käesoleval juhul ei kehti talumiskohustus, kui vaidlusalune ravimeede on ebamõistlik. See ebamõistlikkus tuleb objektiivselt kindlaks teha. Käesoleval juhul saab mitmel objektiivsel põhjusel väita, ei saa eeldada, et ükski (!) sõdur manustaks EL-is heaks kiidetud COVID-i farmatseutilisi tooteid, sellest hoolimata, et:

1. kõrvaltoimete profiil on liiga ohtlik, isegi potentsiaalselt surmav,
2. kõrvalmõjude kohta pole piisavalt andmeid ja veelgi ebapiisavad on võimude jõupingutused andmelünga kaotamiseks,
3. saadaval on vähem riskantseid ennetusmeetodeid,
4. vastupidiselt levinud arvamusele saab hingamisteede haigusi kliiniliselt hästi ravida, kui kasutatakse olemasolevaid ravimeid etiketil (!).

1. Jällegi: potentsiaalselt surmavad kõrvalmõjud

Siin esindatud seisukoha järgi on ohtlikud ja isegi potentsiaalselt surmaga lõppevad kõrvalnähud piisav põhjus, et COVID-i süste mitte pidada „meditsiinilisteks abinõudeks“ (ülal II.3.). Igal juhul on seda kõrvalmõjude profiili silmas pidades objektiivselt ebamõistlik, et sõdur laseb endale vastu tahtmist süsti teha.

2. Ebapiisavad andmed kõrvalmõjude kohta

Kohustuslikud COVID-süstid on ka objektiivselt ebamõistlikud, kuna puuduvad usaldusväärsed andmed kõrvaltoimete leviku kohta. Vastupidi, me peame eeldama, et kõrvaltoimed on dramaatiliselt alahinnatud.

a) Spontaanse aruandlussüsteemi struktuursed puudujäägid

Saksa meditsiiniajakiri *Deutsches Ärzteblatt* oli korduvalt juhtinud tähelepanu aruandlussüsteemi puudustele juba enne COVID-i ajastut. Üks peamisi põhjusi, miks arst ei teata ravimi või vaktsiini kõrvalmõjust, on see, et kuigi kahtlustatavast juhtumist teatamine on juriidiliselt kohustuslik (siin: IfSG § 6 I 1 nr 3 kohaselt), seda igapäevases praktikas peaaegu mitte kunagi ei tehta, sest aruandlus hõlmab ülemääraast dokumendihaldust, mida ei tasustata.

Tõestus:

- Göttler jt, Liiga paljud arstid on teatamisest väsinud, *Deutsches Ärzteblatt*, Vol. 96, Issue 25. juuni, 1999, lk A 1704 [[Ravimi ebasoovitavad mõjud: liiga palju ... | Deutsches Ärzteblatt \(genios.de\)](#)].

- Gahr jt, Miks aruandeid ei tehta, Deutsches Ärzteblatt Vol. 113, Issue 9. 4. juuni 2016, lk A 378 [Ravimi kõrvaltoimed: Miks... | Deutsches Ärzteblatt (genios.de)].

Frankfurter Allgemeine Zeitung käsitles aruandlussüsteemi ebapiisavust 2. märtsi 2022. aasta artiklis. See räägib arstist, kelle praktikasse oli kogunenud 260 võimalikku juhtumit, millest ta oli teada andnud vaid 60 korral – sellega seotud suurte pingutuste tõttu.

Tõendid: FAZ 2. märts 2022. a, <https://zeitung.faz.net/faz/natur-undwissenschaft/2022-03-02/47-a5dbf61a32296a8ad90e24b5a6b5a0/?GEPC=s5>.

Tuleb märkida, et tegemist on arstiga, kes on avatud ideele, et tema enda tehtud vaktsineerimine võis põhjustada tõsiseid kahjustusi.

b) Meditsiini teadmatus seoses COVID-i süstimisjärgsete vigastustega

Teised arstid aga sellist avatust ei ilmuta. Nad lükkavad ümber ainuüksi mõtte, et COVID-i süstid võivad olla põhjuseks haigusseisundile, mida nende patsiendid pärast vaktsineerimist neile esitavad. Mainzi linnavalitsuse töötaja külalisartikkel ajalehes *Berliner Zeitung* 24. jaanuarist 2022 oli sama informatiivne kui liigutav.

Tõendid: *Berliner Zeitung*, 24. jaanuar 2022, <https://www.berliner-zeitung.de/news/seit-meiner-impfung-ist-nichts-mehr-wie-es-war-li.207931>.

2. aprillil 2022 intervjueris FOCUS 35-aastast meest, kelle füüsiline vorm oli pärast teist vaktsiinidoosi järsult langenud ja kelle arstid nimetasid simuleeritud lapseks.

Tõestus: FOCUS 2. aprill 2022. a, https://www.focus.de/gesundh-eit/corona-virus/sel-teneaberschwerwiedenebeneffektenseitseinerzseitenimpfungistken35krankdochseineaerztewimmeln-ihn-ab_id_6075503.html.

WELTi toimetaja Elke Bodderas teatas seal oma tõsistest reumaatilistest vaevustest pärast vaktsineerimist. Artiklis pole huvitav mitte ainult see, et viis arsti kuuest, kelle poole ta pöördus, eitas kategooriliselt põhjuslikku seost vaktsineerimisega, vaid ka see, et autoril endal kulus kuid, et tunnistada — selline seos võib olla. Ja see artikkel räägib ka arstidest, kes töötasu puudumise tõttu pelgavad kahtlustatavast juhtumist teatamisega kaasnevat suurt töökoormust.

Tõestus: Welt 7. aprill 2022. a, <https://www.welt.de/debatte/komment-are/pl-us238020193/-CoronalmpfnebeeffektenEsdauertebisbei-mir-der-Groschenfell.html>.

Tegelikult ei tohiks arstide teadmatus COVID-süstide põhjustatud kahjude osas olla üksikjuhtum. Kuna kahtlustatavast juhtumist teatamisega kaasneb tasustamata töö, on kahtlustatava juhtumi selliseks klassifitseerimisel ja seejärel ka sellest teatamisel käegakatsutavad psühholoogilised takistused:

- Arst, kes kahtlustab, et tema patsiendi seisund võib olla vaktsineerimisega põhjuslikus seoses, peab samal ajal endale tunnistama, et tema enda vaktsineerimine võis olla vale otsus.
- Arst, kes kahtlustab, et tema patsiendi seisund võib olla põhjuslikus seoses vaktsineerimisega, peab kahtlema enda vaktsineerimispraktikas ja avama end mõttele, et eelnevalt pole selgitatud kliinilise pildi võimalikkust, mida patsient talle esitab. Seetõttu peab ta edaspidi kartma, et tema enda vaktsineerimiskäitumise eest esitatakse talle kriminaal- ja vastutusseaduse alusel avaldus. Seetõttu

peab ta nüüdsest kartma enda vaksineerimiskäitumise eest kriminaal- ja vastutusseaduse alusel vastutusele võtmist.

- Arst, kes saab nendest takistustest üle ja teatab vaksineerimiskahjustustest, peab kartma, et tervishoiuasutused ja Ravimiamet seab tema diagnoosi kahtluse alla avalikkuse surve tõttu. Kuna nagu allpool näidatud, ei ole ametiasutused praegu kuidagi huvitatud vaksineerimiskahjustuste selgitamisest.

Samuti on üks ülimalt oluline aspekt: arst puutub kokku sama meediakeskkonnaga nagu kogu elanikkond. Vabariigi Valitsuse strateegia ohust teavitamiseks oli hirmu ja süütunde tekitamine. Inimesed ei peaks surmani kartma. Samuti peaksid nad kartma teisi nakatada ja oma surma eest vastutada.

Strateegiadokument „[Wie wir COVID-19 unter Kontrolle bekommen](#)” [„Kuidas COVID-19 kontrolli alla saada”] ütleb leheküljel 17 sõna-sõnalt:

„Um die gewünschte Schockwirkung zu erzielen, müssen die konkreten Auswirkungen einer Durchseuchung auf die menschliche Gesellschaft verdeutlicht werden:

1) *Viele Schwerkranke werden von ihren Angehörigen ins Krankenhaus gebracht, aber abgewiesen, und sterben qualvoll um Luft ringend zu Hause. Das Ersticken oder nicht genug Luft kriegen ist für jeden Menschen eine Urangst. Die Situation, in der man nichts tun kann, um in Lebensgefahr schwebenden Angehörigen zu helfen, ebenfalls. Die Bilder aus Italien sind verstörend.*

2) *“Kinder werden kaum unter der Epidemie leiden”: Falsch. Kinder werden sich leicht anstecken, selbst bei Ausgangsbeschränkungen, z.B. bei den Nachbarskindern. Wenn sie dann ihre Eltern anstecken, und einer davon qualvoll zu Hause stirbt und sie das Gefühl haben, Schuld daran zu sein, weil sie z.B. vergessen haben, sich nach dem Spielen die Hände zu waschen, ist es das Schrecklichste, was ein Kind je erleben kann.“*

Tõlge

„Selleks, et saavutada soovitud šokiefekt, tuleb selgitada epideemia konkreetseid tagajärgi inimühiskonnale:

1) *Omaksed toovad paljud raskelt haiged haiglasse, kuid nad saadetakse tagasi ja surevad kodus piinades õhku ahmides. Lämbumine või õhupuudus on kõigi jaoks esmane hirm. Olukord, kus te ei saa midagi ette võtta, et aidata ka surmaohus olevaid lähedasi. Pildid Itaaliast on häirivad.*

2) *„Vaevalt lapsed epideemia all kannatavad”: vale. Lapsed nakatuvad kergesti isegi väljapääsupiirangutega, nt naabruskonna laste kaudu. Kui nad siis oma vanemaid nakatavad ja üks neist kodus piinades sureb ja tunnevad end selle pärast süüdi, sest unustasid näiteks pärast mängimist käed pesta, see on kõige kohutavam asi, mida laps võib kogeda.”*

Punktis b 1 ja 2 esitatud fakte on põhjendatud üksikasjalikult Saksamaa siseministeeriumi hädaolukordades riskianalüüsi eest vastutav töötaja, nimega [Stephan Kohn](#), oma 2020. aasta maikuises aruandes „Anfang Mai 2020 gelangte ein von Kohn auf der Grundlage verschiedener Fachgutachten verfasster „Auswertungsbericht“ mit dem Titel Coronakrise 2020 aus Sicht des Schutzes Kritischer Infrastrukturen“ an die Öffentlichkeit. Das Bundesinnenministerium distanzierte sich von dieser Auswertung und [suspendierte](#) ihn vom Dienst“ [„2020. aasta mai alguses avalikustati Kohni erinevate ekspertide aruannete põhjal koostatud“ hindamisaruanne „pealkirjaga“ „Koroonakriis 2020 kriitiliste infrastruktuuride kaitse seisukohalt“. Föderaalne siseministeerium distantseerus sellest hindamisest ja peatas ta teenistusest“].

„Koroonakriis 2020 kriitiliste infrastruktuuride kaitse seisukohalt“ esitab Kohn allolevad andmed:

- enesetappude järsk tõus;
- perevägivalda juhtumite järsk tõus;
- tervisekahjustused, mis tulenevad rakendamata ennetusmeetmetest, rehabilitatsioonimeetmetest;
- tervisekahjustused, mis tulenevad läbi viimata operatsioonidest;
- ettevõtete majanduslikud tagajärjed, muuhulgas toidlustus- ja hotellivaldkonnas.

Sellest ajast peale suruti ajakirjanduses maha kõik teadusliku diskursuse osad, mis oleksid sobinud inimeste rahustamiseks, ja igaüks, kes julges seada kahtluse alla valitsuse pandeemia kujutamise, seisis silmitsi enneolematu meedia halvustamisega.

Niipea kui COVID-i süstid heaks kiideti, kiideti neid meedias kui päästetootust – kui päästet mitte ainult viiruseohu, vaid ka sulgemismeetmete alatute köidikut eest. Igaüks, kes tunnistab endale, et vaksineerimised, mis peaksid seda vabastamist pakkuma, on tegelikult seotud ohtudega, peavad kartma, et nad paiskuvad tagasi oma esialgsetesse hirmudesse: kui päästetootus kukub kokku, naaseb viiruse ja võib-olla ka viiruse oht. Meetmed on tagasi ja kauaoodatud tavaellu naasmine on taas kaugel. Isegi arstid ei suuda end alati sellest dünaamikast vabastada.

COVID-süstide tekitatud kahjude alateavitamine on sattunud meediakajastuste keskmesse.

Tõestus:

- FOOKUS 1. aprill 2022. a, https://www.focus.de/gesundheit/news/charite-forscherharald-matt-hesiminterviewmõlemampfnebenwirkungen_id_76570926.html;
- FOOKUS 5. aprill 2022. a, https://www.focus.de/gesundheit/ausmass-bleibt-unklar-vie-leimpf.nebenwirkungennichtmeldenministeriumverschleppteimportantatedatenerfassung_id_79102312.html.

Neile, kes on saanud COVID-süsti, kuid kellel ei ole esinenud kõrvaltoimeid, on vähemalt üks rahustav sõnum: tõenäoliselt manustati neile väheste kõrvaltoimetega partii (vt II.2. eespool).

c) Ametivõimude huvi puudumine COVID-süstidest põhjustatud kahju uurimise vastu

Kõrvalmõjudest teatamata jätmine on tingitud ka sellest, et lisaks Eesti Ravimiametile ka Saksamaa autoriteetne [Paul Ehrliche Instituut](#) (PEI) ei näita üles huvi kahjustuste selgitamise ja täieliku registreerimise vastu. Paul Ehrliche Instituut teadis juba varakult, et haigekassade arveldusandmete süstemaatiline kogumine võib anda teavet kõrvaltoimete leviku kohta, kuid ei teinud piisavalt, et sundida neid andmeid koondama.

Tõestus: FOOKUS 5. aprill 2022. a, https://www.focus.de/gesundhei-t/ausma-ssbleibt-unklarvieleimpfnebenwirkungennichtmeldenministeriumverschleppteimportantatedatenerfassung_id_79102312.html, juba nimetatud.

Eesti Haigekassale on esitatud 16. juuni 2022. aasta seisuga 725 taotlust COVID-19 toodete manustamise kahjude hüvitamiseks. Neist 725 taotlusest on ca 50% esitatud ravimiametile, millest on

ravimiamet läbi vaadanud ca 30 taotlust. Vastunäidustuste hulgas on nimetatud ka infarkti, peapööritust, tasakaaluhäireid. Surmaga seoses on tehtud haigekassale 12 avaldust, mis on lahendamata, [Eesti Rahvusringhääling](#), avaldatud 16.06.2022.

Regensburgi ülikooli hariduspsühholoogia õppetooli juhataja [Christof Kuhbandner](#) avaldas analüüsidokumendi 2022. aasta jaanuaris. Selles ta leidis, et kogu elanikkonna suremus on ajaliselt tõusnud seoses manustatud vaktsiiniannuste suurenemisega. Kuhbandner tõlgendas seda riskisignaalina, mida Paul Ehrlichi Instituut peab uurima.

Tõestus: Christof Kuhbandner, Liigsuremuse suurenemine COVID-vaktsiinidega [[Surmajuhtumi suurenemine “vaksineerimise” ajalises kontekstis: ohutussignaali ignoreeritakse - \(multipolar-magazin.de\)](#)].

Kuhbandner kaitses seda analüüsiartiklit meediaartiklis suitsukatete eest, millega “faktikontrollijad” püüdsid tema teeside vastu võidelda.

Tõestus: Christof Kuhbandner, multipolaarne 21. veebruar 2022. a, <https://multipolar-magazin.de/artikel/ein-Sicherheitssignal-wird-ignoriert>.

3. Madalama riskiga ennetusmeetodid

Kui soovite ennetada ägedat hingamisteede infektsiooni (olenemata patogeenist!), on **soodsam ja tõhusam variant piisavalt kõrge D-vitamiini tase**. Autoriteetsed teadusuuringud on näidanud, et COVID-19 rasket ja surmaga lõppevat kulgu saab sel viisil ära hoida.

Tõestus:

- Borsche, L.; Glauner, B.; von Mendel, J.: COVID-19 suremusrisk korreleerub pöördvõrdeliselt D3-vitamiini staatusega ja nullilähedase suremuse määr võib teoreetiliselt olla 50 ng/ml 25(OH)D3: süstemaatilise ülevaate ja metaanalüüsi tulemused. Toitained 2021, 13, 3596. <https://doi.org/10.3390/nu131035962>.
- Yisak, H. jt: D-vitamiini mõju COVID-19 infektsioonile ja prognoosile: süstemaatiline ülevaade, riskijuhtimine ja tervishoiupoliitika 2021:14 31–38, <http://do-i.org/10.2147/RMHP.S291584>.
- Petrelli, F. jt, D-vitamiini terapeutiline ja prognostiline roll COVID-19 infektsiooni korral: 43 vaatlusuuringu süstemaatiline ülevaade ja metaanalüüs, Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology 211 (2021)105883, <https://doi.org/10.1016/j.jsbmb.2021.105883>.

4. COVID-19 ravi on täiesti võimalik

Lõuna-Aafrika arst [Shankara Chetty](#) on edukalt ravinud tuhandeid COVID-19 patsiente tema väljatöötatud raviprotokolliga.

Ameerika Ühendriikides ilmus [D-vitamiini ülevaade](#) 31. oktoobril 2020 suure mõjuga eelretsenseeritud ajakirjas Nutrients.¹ Sel ajal näitasid 14 vaatlusuuringut, et D-vitamiini tase on pöördvõrdeliselt seotud COVID-19 esinemissageduse või raskusastmega. „Tõendid tunduvad piisavalt tugevad, et inimesed ja arstid saavad COVID-19 ennetamiseks või raviks kasutada või soovitada D-

vitamiini toidulisandeid.“²

The New York Times oma 2021. aasta juuli esilehe kaaneloos³ isegi nimetas d-vitamiini soovitanud arsti „kõige mõjukamaks koroonaviiruse valeinformatsiooni levitajaks internetis“, püüdes tema jõupingutusi minimeerida. Reporter väitis, et ta ei saa kontrollida tema avaldatud uuringut D-vitamiini kohta, kuigi arst saatis väljaande selle lingi ja seda on veebist lihtne leida.

Nüüd aga, nagu tavaliselt, lastakse tõde vabaks. Üha rohkem uuringuid kinnitab seda, mida arstid teatsid 2020. aastal, et D-vitamiin on tugev ja väga tõhus sekkumine hingamisteede haiguste vastu.

Tõestus: [D-vitamiin, nüüd lõplik - YouTube](#) 3. veebruar 2023.

Uued uuringud D-vitamiini ja COVID-19 kohta

D-vitamiini andmine COVID-19 haigetele vähendas SARS-CoV-2 surmariski 51% ja vähendas intensiivravi osakonda (ICU) sattumise riski 72%.⁴ See oli metaanalüüsi ja katsete järjestikuse analüüsi (TSA) leid, mis kaalub vigu, et hinnata, kas on vaja täiendavaid uuringuid⁵ — või tulemused on nii kindlad, et muud uuringud neid tõenäoliselt ei mõjuta.

TSA paljastas, et „D-vitamiini ja intensiivraviosakonna vastuvõtmise kaitsev roll näitas, et kuna uuringute koondamine saavutas kindla valimi suuruse on positiivne seos lõplik.“⁶ Teisisõnu, tulemused viitavad „lõplikule seosele D-vitamiini kaitsva rolli ja intensiivraviosakonna haiglaravi vahel“.⁷

Selliseid sõnu nagu "lõplik" ei kasutata teadusuuringutes tavaliselt kergekäeliselt. Niisiis, see leid on tõepoolest muljetavaldav, kuigi mitte täiesti üllatav, kuna paljud teised andmed näitavad ka D-vitamiini kaitsvat toimet COVID-19 vastu. Mis aga kulme kergitab, seisneb selles, miks uuringust, millel on suur mõju rahvatervisele, ei räägita ja D-vitamiini ei soovitata laialdaselt COVID-19 korral.

D-vitamiin pakub tõsist kaitset COVID-19 vastu

Ülaltoodud videos kirjeldab Inglismaal asuv pensionile jäänud meditsiiniõdede õpetaja Ph.D. John Lorimer Campbell uuringut, mis avaldati ajakirjas *Pharmaceuticals*.⁸ Ta usub, et reguleerivad asutused käituvad ebaeetiliselt, jättes soovitamata D-vitamiini COVID-19 korral. D-vitamiiniga täiendatud COVID-19 patsientidel ei olnud mitte ainult madalam intensiivraviosakonna vastuvõtu määr ja vähem suremust, vaid neil oli ka 54% madalam COVID-19 nakkuse määr.⁹

Teisisõnu, D-vitamiin andis olulise kaitse SARS-CoV-2 infektsiooni eest. Vahepeal viidi kogu pandeemia ajal läbi „kõrge riskiga sekkumisi. Väga-väga ohutud sekkumised, nagu D-vitamiin, tsink, [mida on] põhimõtteliselt ignoreeritud. See on tõesti skandaal. Totaalne skandaal. Täielik häbi,“ ütleb Campbell.¹⁰ Uuringus toodi välja mitu põhjust, miks on täiesti loogiline, et D-vitamiin võitleb COVID-19 vastu, öeldes:¹¹

COVID-19-d iseloomustab põletikuliste markerite, sealhulgas C-reaktiivse valgu (CRP) kõrge tase ning põletikuliste tsütokiinide ja kemokiinide suurenenud tase. Selles mõttes on erinevad andmed näidanud D-vitamiini põletikuvastaseid, antioksüdantseid ja immunomoduleerivaid omadusi, lisaks D-vitamiini tähtsust luude tervisele, samuti selle rolli luustikuvälises funktsioonis.

Konkreetsed näited selle kohta, kuidas D-vitamiin võib olla kasulik COVID-19 korral, näitavad, et

see:¹²

- säilitab kopsubarjääri funktsiooni
- määrab antimikroobsete peptiidide tootmise
- suurendab neutrofiilide aktiivsust, mis suurendab kaasasündinud immuunvastust
- nihutab adaptiivse immuunvastuse rohkem T-abistaja raku-2 tüüpi
- vähendab proinflammatoorsete tsütokiinide tootmist
- suurendab põletikuvastast vastust

Kokkuvõttes väitsid teadlased taas, et „vaieldamatut seost D-vitamiini lisamise ja intensiivraviosakonna vastuvõtmise kaitsva toime vahel võib pidada lõplikuks tõendiks“.¹³

Suure annusega D-vitamiin säästab paljusid COVID-patsiente

Teises uuringus uuriti ravimi tootsilizumabi ja teiste tegurite, sealhulgas suurtes annustes D-vitamiini toimet raske COVID-19-ga inimestel.¹⁴ Võib-olla kõige paljastavam oli tabel 3,¹⁵ mis näitasid kaastoimeliste ainete, sealhulgas D-vitamiini, antikoagulantide, steroidide ja patogeenvastaste ravimite mõju. Seitsmest patsiendist, kes said suurtes annustes D-vitamiini, ei surnud ükski neist. Selle asemel paranes 100% gruppist. Uuringu kohaselt:¹⁶

100% madala D-vitamiini staatusega patsientidest (alla 20 ng/ml), kes said suuri D-vitamiini annuseid (50 000 RÜ ülepäeviti kahe nädala jooksul või üks intramuskulaarne süst 300 000 RÜ), näitas kliinilist paranemist võrreldes nendega, kes said tavapäraseid raviannuseid (10 000 RÜ päevas või vähem) või nendega, kes seda ei saanud.

Vastuseks säutsus teadusajakirjanik Ph.D. Simon Goddek: „Mis juhtub, kui manustate rasketele COVID-19 patsientidele suuri D-vitamiini annuseid? Nad lihtsalt ei sure, nagu see uuring näitab.“¹⁷

D-vitamiin alandab COVID-19 nakatumist ja surma

Veel üks uuring — see avaldati ajakirjas *Scientific Reports*¹⁸ — näitab seost D-vitamiini, „ohutu, laialdaselt kättesaadava ja taskukohase ravi“ vahel;¹⁹ ja COVID-19 kaitset ei saa eirata.“ Johns Hopkinsi ülikooli, Chicago ülikooli ja veteranide terviseosakonna teadlased viisid läbi ulatusliku farmakoepidemioloogilise uuringu D3- ja D2-vitamiini lisamise ning COVID-19 nakkuse ja suremuse tõenäosuse vahelise seose kohta.²⁰

„D-vitamiini puudust on pikka aega seostatud immuunfunktsiooni vähenemisega, mis võib põhjustada viirusinfektsiooni. Mitmed uuringud on näidanud, et D-vitamiini puudus ... suurendab COVID-19-sse nakatumise riski,“ kirjutasid nad.²¹

Uuringus osales suur hulk veterane, sealhulgas 220 265 patsienti, keda täiendati D3-vitamiiniga enne pandeemiat ja selle ajal, ning 407 860 ravimata patsienti.²² Neil, kes võtsid D3-vitamiini, oli risk 20% väiksem. Surm COVID-19 tõttu oli madalam ka D-vitamiini tarvitajate seas – 33% madalam D3-vitamiini tarvitajate seas.²³

„Need seotud riski vähendamised on märkimisväärsed ja õigustavad olulisemat uurimist ja kinnitamist RCT-de [randomiseeritud kontrollitud katsed] abil,“ selgitasid teadlased. „See on eriti oluline, arvestades D-vitamiini puuduse kõrget määra USA elanikkonnas ja COVID-19.“²⁴

Umbes poolel USA elanikkonnast on D-vitamiini tase ebapiisav või puudulik ning D-vitamiini puuduse määr on veelgi kõrgem tumedama nahaga inimestel, talvel kõrgematel laiuskraadidel elavatel inimestel, hooldekodude elanikel ja vähenenud päikese käes viibijatel. Madala **D-vitamiini tasemega** rühmades on COVID-19 esinemissagedus kõrgem.²⁵

„Vastuseks nendele leidudele võivad arstid kaaluda regulaarselt D3-vitamiini väljakirjutamist puuduliku tasemega patsientidele, et kaitsta neid COVID-19 nakkuse ja sellega seotud suremuse eest. 50 000 RÜ annus võib olla eriti kasulik“, vastavalt uuringule.²⁶

Miks ei soovitata D-vitamiini COVID-i korral?

Asjaolu, et D-vitamiin aitab võidelda COVID-19 vastu, tsenseeriti pandeemia ajal laialdaselt ja seda peeti valeinformatsiooniks. Ja hoolimata "lõplikest" tõenditest väidab Ühendkuningriigi Riiklik Tervishoiu ja Hoolduse Tiptaseme Instituut (NICE): „Ärge pakkuge inimestele D-vitamiini toidulisandit ainult COVID-19 ennetamiseks, välja arvatud kliinilise uuringu osana.“ Ta lisas:²⁷

Tuginedes NICE tõendite ülevaate otsestele tõenditele ja SACN-i [Ühendkuningriigi Toitumise Teaduslik Nõuandekomitee] kaudsetele tõenditele D-vitamiini kiirele ülevaatele ägeda hingamisteede infektsiooni korral (mis ei hõlmanud COVID-19 tulemust), nõustus paneel, et pole piisavalt tõendeid D-vitamiini toidulisandite soovitamiseks ainult COVID-19 ennetamiseks.

Siiski on D-vitamiin tavaliselt mittetoksiline, kujutades endast madala riskiga võimalust, millel võib olla märkimisväärne positiivne mõju rahvatervisele. Kui *Scientific Reports*i uuringu teadlased ekstrapoleerisid 2020. aastal oma D-vitamiini leiud kogu USA elanikkonnale, leidsid nad, et D3-vitamiiniga täiendamine oleks ära hoidnud 4 miljonit COVID-19 juhtumit ja 116 000 surmajuhtumit.²⁸ Campbell küsib:²⁹

Nüüd, miks seda ei kasutata, hoolimata lõplikest tõenditest ... miks seda ei soovitata? Miks seda mäetippudelt ei karjuta? ... Ühendkuningriigi Ravimite ja Tervishoiutoodete Reguleeriv Amet on 86% ulatuses tööstuse rahastatud. Loomulikult ei ole neil mingit huvi.

See on riiklik organ, mis esindab meditsiini ... kogu Ühendkuningriigis ja see on 86% tööstusest rahastatud. Juhuslikult ei soovitata D-vitamiini, mis on põhimõtteliselt vaba - see on mustus odav - ja on sisuliselt täiesti ohutu. Muud sekkumised, mis on seotud kõrge riskitasemega on soovitatav ... Millal sellega tegeletakse? See on ennekuulmatu.

See huvide konflikt pole aga Ühendkuningriigile ainuomane. Märkimisväärne osa reguleerivate asutuste eelarvetest kogu maailmas tuleb farmaatsiatööstusest, mida need ametid peaksid reguleerima. Näiteks:³⁰

- Austraalia Terapeutiliste Kaupade Administratsioon – 96% eelarvest pärineb tööstusest
- Euroopa Ravimiamet (EMA) – 89%
- Ühendkuningriigi Ravimite ja Tervishoiutoodete Reguleeriv Amet (MHRA) – 68%
- Ameerika Ühendriikide Toidu- ja Ravimiamet (FDA) – 65%
- Jaapani Farmaatsiatoodete ja Meditsiiniseadmete Agentuur – 85%
- Kanada Health Canada – 50,5%

D-vitamiin parandab isegi kõhunäärmevähki

Teine vähe räägitud D-vitamiini eelis on seotud kõhunäärmevähiga, mis on üks surmavamaid vähivorme, mille viie aasta elulemus on vaid 7,2%.³¹ Teadlased avaldasid 83-aastase kõhunäärmevähiga naise juhtumi, „kes võttis ekslikult suprateraapilisi annuseid D-vitamiini 50,000 U päevas, saavutades seerumi 25 (OH)D taseme üle 150 ng/ml, ilma märgatavate kõrvaltoimeteta.“

Kaheksa kuud pärast diagnoosimist - ja D-vitamiini järjepidevat päevast tarbimist - näitasid skaneeringud, et „haiguse progresseerumise kohta pole tõendeid“. Lisaks märkisid teadlased: „Praegu kirjeldab ta end üsna hästi, ilma et tal oleks raskusi oma igapäevaelu tegevustega.“ Nad kutsusid üles tegema täiendavaid uuringuid, et uurida järgmist:³²

Ei saa järeldada, et tema D-vitamiini annus oli kuidagi seotud selle tulemusega. Enne D-vitamiini manustamist on ainult üks kompuutertomograafia ja ei ole võimalik teada, milline oleks olnud tema haiguse tempo D-vitamiini lisamise puudumisel. Lisaks võttis ta mitmeid teisi toidulisandeid, näiteks shitake-seeni, kuigi ebajärjekindlalt ja lühema aja jooksul, mis olid mõeldud ka tema pahaloomuliste kasvaja raviks.

Sellel põhjal, arvestades kõhunäärmevähi halba prognoosi ja patsientide piiratud ravivõimalusi, peaks see juhtum stimuleerima edasist uurimist. 50 000 U D3-vitamiini päevane annus oli meie patsiendil kirjutamise ajal üle 10 kuu hästi talutav. Kaaluda tuleks kliinilist uuringut, milles hinnatakse sarnast annust.

Dr [Joseph] Mercola on tema enda väitel juba ammu soovitanud D-vitamiini taset 40–60 ng/ml optimaalseks tervise ja haiguste ennetamiseks. Ta leiab, et kõrgemad tasemed 60–80 ng/ml võivad olla veelgi paremad, samas kui tase üle 100 ng/ml tundub ohutu ja kasulik teatud seisundite, eriti vähi korral.³³

Ideaalis võta oma D-vitamiin päikeselt

D-vitamiini taseme optimeerimine ei tähenda ainult COVID-19 ennetamist; see toetab tervist mitmel viisil. /.../ Inimesed, kellel on geneetiliselt eelsoodumus D-vitamiini puudusele, surid 25% suurema tõenäosusega mis tahes põhjusel võrreldes nendega, kellel oli erinev geneetika, mis soodustab tervislikku D-vitamiini taset.³⁴

Taseme optimeerimiseks on parim valik regulaarne päikese käes viibimine, kuna see mitte ainult ei tõsta loomulikult teie D-vitamiini taset tervislikule tasemele, vaid pakub arvukalt muid eeliseid, näiteks melatoniini (tugev vähivastane aine) suurenenud tootmist.³⁵

Tõestus:

- ^{1, 2} [Nutrients 2020, 12\(11\), 3361.](#)
- ³ [NYT 21. juuli 2021.](#)
- ^{4, 8} [Pharmaceuticals \(Basel\). 2023 Jan; 16\(1\): 130.](#)
- ⁵ [BMC Medical Research Methodology volume 20, Article number: 284 \(2020\).](#)
- ^{6, 7} [Pharmaceuticals \(Basel\). 2023 Jan; 16\(1\): 130., Abstract.](#)
- ⁹ [YouTube, Dr. John Campbell 1. veebruar, 2023, 7:50.](#)

- ¹⁰ YouTube, Dr. John Campbell 1. veebruar 2023, 6:30.
- ^{11, 12} Pharmaceuticals (Basel). 2023 Jan; 16(1): 130., Intro.
- ¹³ Pharmaceuticals (Basel). 2023 Jan; 16(1): 130., Conclusion.
- ^{14, 16} Antibiotics 2022, 11(8), 1078; doi: 10.3390/antibiotics11081078.
- ¹⁵ Antibiotics 2022, 11(8), 1078; doi: 10.3390/antibiotics11081078, Table 3.
- ¹⁷ Twitter, Dr. Simon Goddek 3. veebruar 2023.
- ^{18, 19, 20, 21, 22, 23, 24} Scientific Reports 12. november 2022.
- ²⁵ Scientific Reports 12. november 2022, Intro.
- ^{26, 28} Scientific Reports 12. november 2022, Discussion.
- ²⁷ NICE 14. juuli 2022.
- ²⁹ YouTube, Dr. John Campbell 1. veebruar 2023, 11:33.
- ³⁰ YouTube, Dr. John Campbell, WHO, YouTube and funding 7. november 2022, 10:34.
- ³¹ Case Reports in Pancreatic Cancer 1. mai 2016.
- ³² Case Reports in Pancreatic Cancer 1. mai 2016, Discussion.
- ³³ Dr. Mercola's Censored Library 22. veebruar 2022.
- ³⁴ Drugs.com 25. oktoober 2022.
- ³⁵ Bitchute, The Joe Cohen Show, Episode 1, 25. oktoober 2022, 4:00.

Viited

ⁱ Kui viroloogid kasutavad sõna [virion](#), siis nad viitavad millise tahes viiruse täielikule nakkavale vormile väljaspool peremeesrakku. Virion on täielik viiruseosake, mis koosneb kas DNA või RNA genoomist ja on kaetud valgu kapsiidiga. Geneetiline materjal vastutab nakkavuse eest, samas kui kapsiidis olevad valgud vastutavad viiruse spetsiifilisuse eest. Üldiselt peavad viroloogid virioni viiruse rakuväliseks vormiks. Virion koosneb täiendavast välismembraanist, mis koosneb lipiididest, mida nimetatakse [ümbrikuks](#). Seda tüüpi viiruseid inaktiveerivad viroloogid viiruse kokkupuutel orgaaniliste lahustitega, nagu [eeter](#) või [kloroform](#). Kui viroloogid viitavad üldiselt viirusele, siis nad peavad silmas nukleoproteiini tüüpi ja virion viitab täielikule osakesele, mis on nakkuslik.

Bibliograafia

1. Lodish, Harvey. „Viruses: Structure, Function, and Uses” [„Viirused: struktuur, funktsioon ja kasutusala”]. Molekulaarne rakubioloogia. 4. trükk., USA Riiklik Meditsiiniraamatukogu, 1. jaanuar 1970, [saadaval siin](#).

2. “Virion.” Encyclopædia Britannica, Encyclopædia Britannica, inc., 27. märts 2017, [saadaval siin](#).

ⁱⁱ **Rosenau eksperiment, 1918-1919. Gripi uuring Harvardi ülikoolis. Harvardi ülikooli laborid viisid läbi gripi põhjuste, mõjude ja tüsistuste ning nende ennetamise ja ravimise põhjalikud uuringud.**

See eksperiment sai võimalikuks tänu 50 000 dollari suurusele kingitusele korporatsioonilt, kes kandis 1018. aastal epideemia ajal kahjumit. Suurema osa sellest summast kasutab Harvardi meditsiinikooli ennetava meditsiini ja hügieeni professor dr Milton Joseph Rosenau ning assistentide korpus.

Uurimistööd jätkatakse seoses dr Rosenau õpetamisega meditsiinikoolis ja õpilased saavad tema avastustest kasu. – Boston Medical and Surgical Journal, 9. oktoober 1919, lk 470.

Rahvatervise aruande eksperimendi kokkuvõte

Võib-olla kõige huvitavamad epidemioloogilised uuringud, mis viidi läbi 1918-1919 pandeemia ajal, olid rahvatervise teenistuse ja USA mereväe poolt Milton Rosenau järelevalve all läbi viidud inimkatsed Gallopsi saarel, Bostoni sadama karantiinjaamas ja Angeli saarel, selle vastaspoolel San Franciscos.

Eksperiment algas 100 mereväe vabatahtlikuga, kellel polnud varem grippi esinenud. Rosenau oli esimene, kes teatas 1918. aasta novembris ja detsembris Gallopsi saarel läbi viidud katsetest.

Tema esimesed vabatahtlikud said kõigepealt ühe tüve ja seejärel mitu Pfeifferi bacilluse tüve, pihustades ja tampooniga nende ninasse ja kurku ning seejärel silma.

Kui see protseduur ei põhjustanud haigusi, nakatati teisi organismide segudega, mis eraldati gripihaigete kurgust ja ninast. Järgmisena said mõned vabatahtlikud gripihaigetelt veresüste.

Lõpuks viidi 13 vabatahtlikku gripiosakonda ja igaüks puutus kokku 10 gripihaigega. Iga vabatahtlik pidi iga patsiendiga kätt suruma, temaga lähedalt rääkima ja lubama tal otse näkku kõhida.

Ühelgi nende katsete vabatahtlikul ei tekkinud grippi. Rosenau oli selgelt hämmingus ja hoiatas negatiivsetest tulemustest järelduste tegemise eest.

Ta lõpetas oma artiklis kõneka kinnitusega: „Sisenesime haiguspuhangusse mõttega, et teame haiguse põhjust ja olime üsna kindlad, et teame, kuidas see inimeselt inimesele edastati. Võib-olla, kui me oleme midagi õppinud, et me ei ole päris kindlad, mida me haiguse kohta teame.”

Angel Islandil läbi viidud uuring, mis jätkus 1919. aasta alguses Bostonis, laiendas seda uuringut, inokuleerides Mathersi streptokokiga ja lisades filtrit läbivate ainete otsimise, kuid see andis sarnaseid negatiivseid tulemusi. Tundus, et seda, mida tunnistati üheks kõige nakkavamaks nakkushaiguseks, ei saa katsetingimustes üle kanda. Mõned huvitavad, kuigi ebaõnnestunud katsed grippi eksperimentaalselt edasi anda.

Kui suured on gripiviiruse olemuse uurimisega seotud raskused, näitab järgmine kokkuvõte kahest hiljuti läbi viidud katsete seeriast, üks Bostonis ja teine San Franciscos.

BOSTONI KATSED

Neid katseid viisid ühiselt läbi meditsiinikorpuse ülemleitnant M. J. Rosenau, U. S. N. R. F., ja meditsiinikorpuse leitnant W. J. Keegan, U. S. N. R. F. ning Surg. Joseph Goldberger ja Asst. Surg. G. C. Lake, Ameerika Ühendriikide rahvatervise teenistus, Ameerika Ühendriikide karantiinjaamas, Gallopi saar, Boston, Mass.

Eksperimendi subjektideks oli 68 vabatahtlikku Ameerika Ühendriikide mereväe kinnipidamislaagrist, Door Island, Boston. Need vabatahtlikud olid enne Doorri saarele tulekut treeninglaagris või mõnes jaamas mingil määral kokku puutunud gripiepideemiaga; 47 meest kannatasid hiljutise epideemia ajal ilma gripirünnakuta ja 39 neist olid oma elu jooksul ilma sellise haiguse rünnakuta.

Katsed koosnesid inokuleerimisest Pfeifferi bacillus'e puhaste kultuuridega, ülemiste hingamisteede passagode eritistega ja tüüpiliste gripijuhtumite verega.

Uuringut alustati 13. novembril eksperimendiga, milles Pfeifferi bacilluse värskest isoleeritud kultuuri suspensioon tilgutati iga 3 mitteimmuunsele naisele ja 3 kontrollile, kellel oli praeguses epideemias rünnakut.

Ükski neist vabatahtlikest ei näidanud pärast seda inokuleerimist mingit reaktsiooni. Teine katse tehti hiljem, peatades mitmed erinevad Pfeifferi bacilluse puhtad kultuurid, millest 4 olid hiljuti isoleeritud. Kümme arvatavasti mitteimmuunset vabatahtlikku kandsid inokuleeritud, samade negatiivsete tulemustega.

Kolm katset tehti nii filtreerimata kui ka filtreeritud eritistega ülemistest hingamisteedest tüüpiliste gripijuhtumite korral haiguse aktiivses staadiumis. Nendes katsetes inokuleeriti kokku 30 meest naisele ja kurgu pihustamise, tampooni või mõlema abil.

Doonorite sekretsioonide tagamise ja vabatahtlike inokuleerimise vahelist intervalli vähendati nendes katsetes järk-järgult, nii et seeria kolmandas osas oli intervall maksimaalselt 30 sekundit. Mitte ühelgi juhul ei tekitatud ühelgi katsealusel gripirünnakut.

Tehti katse, mille käigus ühe vabatahtlike rühma liikmed, keda oli inokuleeritud eritistega, puutusid haiguse aktiivses staadiumis kokku gripijuhtumite rühmaga viisil, mille eesmärk oli simuleerida tingimusi, mis looduses peaksid soodustama haiguse edasikandumist.

Kõik need 10 vabatahtlikust koosnev rühm sattusid mõneks minutiks tihedasse ühendusse kõigi 10 valitud gripijuhtumiga Chelsea mereväehaigla palatites.

Ajal, mil vabatahtlikud selle nakkusega kokku puutusid, olid juhtumid 10–84 tundi pärast haiguse algust ja 4 neist ei olnud üle 24 tunni pärast algust.

Iga vabatahtlik vestles paar minutit iga valitud patsiendiga, kellel seda paluti ja kõhis kordamööda igale vabatahtlikule näkku, nii et iga vabatahtlik puutus sel viisil kokku kõigi 10 juhtumiga.

Kogu kokkupuude ulatus umbes kolmveerand tunnini iga vabatahtliku kohta. Ühelgi neist vabatahtlikest ei tekkinud pärast seda katset gripi sümptomeid.

Selle uuringu tegemiseks kasutati ära võimalust, et püüda kinnitada Nicolle'i gripi edasikandumise teatatud positiivseid tulemusi. 5 tüüpilise gripijuhtumi sekretsioonid kinnitati, filtreeriti ja osa filtraadist inokuleeriti subkutaanselt igasse 10 vabatahtlikust koosnevasse rühma.

Samal ajal võeti samadest juhtumitest verd ja koondati ning osa segaverest süstiti subkutaanselt teise 10 vabatahtlikust koosnevasse rühma.

Vere võtmise ja selle inokuleerimise vahel kaotatud aeg ei ületanud mingil juhul kolmveerand tundi. Ühelgi mehel, kellele need inokuleerimised tehti, ei tekkinud mingeid tõendeid haiguse kohta.

Eelnevates katsetes kuulusid doonoriks olevad patsiendid epideemiliste fookuste rühmadesse kas laeva pardal või asutustes. Suur enamus kuulus tõepoolest USA Yacona pardal olnud epideemiast pärit gruppi. Selle laeva töötajatest 95, 80 ehk 84 protsenti, haigestusid epideemiasse 17.–29. novembrini.

SAN FRANCISCO KATSED

Järgmised tähelepanekud viidi läbi praktiliselt samaaegselt eespool kirjeldatutega. Töö tehti Angel Islandi karantiinjaamas, San Francisco, Cal., kasutades San Francisco Yerba Buena mereväe väljaõppejaama vabatahtlikke.

Katseid viisid ühiselt läbi Ameerika Ühendriikide rahvatervise teenistuse esindaja Surg. G. W. McCoy ja Ameerika Ühendriikide mereväe leitnant De Wayne Richey.

Nendes katsetes kasutatud vabatahtlikud erinesid Bostonis kasutatavatest vabatahtlikest kahes aspektis - esiteks ei olnud Yerba Buena jaama töötajad praeguse epideemia ajal gripiga kokku puutunud ja seetõttu eeldati, et neil pole erilist loomulikku immuunsust; teiseks olid kõik mehed vaktsineeritud suurte annuste bakteriaalse vaktsiiniga, mis sisaldas Pfeifferi batsilli, kolme fikseeritud tüüpi pneumokokke ja hæmolüütilisi streptokokke.

Me ei ole praegu valmis ütlema, millist mõju võis see vaktsineerimine avaldada resistentsuse edendamisel gripinakkuse suhtes, kuid kui me võime otsustada mujal tehtud kontrollitud katsete tulemuste põhjal, võib sellist vaktsineerimist praegusel eesmärgil eirata.

AMA artikli kokkuvõte, 1919

1377. Katsed gripi leviku viisi määramiseks. Milton J. Rosenau. J. Am. M. Assn., Chicago, 1919, 73, 311.

Katsed gripi leviku viisi määramiseks viidi läbi Gallopsi saarel. Sada vabatahtlikku olid enamasti vanuses 18–25 aastat, mõned aga umbes 30-aastased. Mõnedele vabatahtlikele manustati Pfeifferi bacilluse puhtaid kultuure, kuid see ei suutnud haigust tekitada.

Suures koguses Pfeifferi bacilluse 13 tüve segu suspendeeriti ja suspensioon pihustati 19 vabatahtliku ninna, silma ja kurku. See katse oli ka negatiivne. Järgmised 1 cc. patienta limaskestadest pihustati ninasõõrmetesse, kurku ja silmadesse, ka ilma haigusi tekitamata.

Grippi põdevate patsientide verd süstiti 10 cc. koguses igasse 10 vabatahtlikku ilma haigust tekitamata. Seejärel viidi kümme vabatahtlikku lähikontakti 10 patsiendiga ja kuigi patsiendid hingasid ja köhisid vabatahtlikele näkku, ei ilmnud ühtegi haigust.

Sarnased katsed viidi läbi Portsmouthis, mille tulemusena tulid pooled vabatahtlikud hemolüütiliste streptokokkide põhjustatud palaviku ja kurguvalu alla. Autor järeldab, et me ei tea endiselt gripi tegelikku levikuviisi. - P. G. H.

Kokkuvõte *gripist: epidemioloogiline uuring, 1921*

Need tulemused magavate kontaktidega moodustavad huvitava lüli tõendite ahelas, mille algatasid 1918. aastal USA merevägi ja rahvatervise teenistus, teatasid Rosenau ja McCoy jt. Need Bostonis ja San Franciscos töötavad eksperimenteerijad viisid läbi inimeste vabatahtlike inokuleerimiskatseid.

Rosenau teatel jätkati Bostonis tööd 100 mereväe vabatahtlikuga vanuses kaheksateist kuni kolmkümmend aastat, enamik neist kaheksateist kuni kakskümmend viis; kõik nad on täiesti terved ja välja arvatud mõned kontrollid, ei ole keegi varem teadaolevaid gripihooge kogenud.

Esiteks pihustati üheksateistkümmne vabatahtliku ninasse, silma ja kurku kolmeteistkümmne erineva gripi batsillide tüve suspensioone, mis kõik pärinesid epideemia ajal toimunud gripijuhtumitest. Ükski neist ei jäänud haigeks.

Järgmisena koguti ägedate gripijuhtumite eritised suust, ninast, kurgust ja bronhidest, koondati ja ilma filtreerimiseta pihustati igasse ninasõõrmesse, inspiratsiooni ajal kurku ja kõigi kümne vabatahtliku sidekesta.

Ükski neist ei jäänud haigeks. Osa sellest samast materjalist filtreeriti läbi portselanfiltrit ja manustati samal viisil, sarnaste tulemustega.

Igale inimesele manustati üks kuupsentimeeter igat tüüpi. Seejärel vähendati kogumise ja süstimisaja vahelist intervalli ühele tunnile ja neljakümnele minutile, mis on minimaalne aeg, mille jooksul materjali saab haiglast katsejaama viia.

Saadi samad tulemused. Seekord manustati igale inimesele kuus kuupsentimeetrit. Lõpuks tehti üheksateistkümmel juhul ülekanne otse tampoonidega ühe inimese ninast, kurgust ja ninaneelust teise. Kellelgi ei tekkinud haigust.

Bibliograafia

1. Excerpt from Alternative Etiologies, Other Vaccines, in Public Health Report, Vol. 125, No. 1, jaanuar/veebruar 2010, Supplement 3: Science, Microbiology, and Vaccines in 1918, lk 33.
2. "Some Interesting Though Unsuccessful Attempts to Transmit Influenza Experimentally," in Public Health Reports, Vol. 34, No. 2, 10. jaanuar 1919, lk 33-36.
3. "Diseases of the Respiratory System: Entry 1377. Experiments to Determine the Mode of Spread of Influenza. Milton J. Rosenau. J.," in Abstracts of Bacteriology, Vol. III, Baltimore: Williams & Wilkins Company, 1919, lk 234.
4. Rosenau, M. J., "Experiments by Volunteers to determine the Mode of Spreading Influenza," Med. Record, 1919, xcvi., lk 214.
5. Rosenau, M. J., "Experiment to determine the mode of spread of influenza," Jour. Am. Med. Ass., 1919, LXXIII, 311.
6. Warent T. Vaughan, M.D., Influenza: An Epidemiologic Study, in The American Journal of Hygiene, Pennsylvania: The New Era Printing Company, Monograph Series No. 1, 1921.
7. Rosenau MJ, Last JM. Maxcy-Rosenau preventative medicine and public health. New York: Appleton-Century-Crofts; 1980.

Viidete lähteallikas: https://www.ggarchives.com/Influenza/TheRosenauExperiment-1918-1919.html?utm_content=cmp-true