

# Studie úmrtnosti ze všech příčin během Covid-19: Žádný mor, ale pravděpodobně masová vražda podle vládní reakce

[sott.net/article/436710-Study-of-All-cause-Mortality-During-Covid-19-No-Plague-But-Likely-Mass-Homicide-by-Government-Response](https://sott.net/article/436710-Study-of-All-cause-Mortality-During-Covid-19-No-Plague-But-Likely-Mass-Homicide-by-Government-Response)



Dr. Denis G. Rancourt, PhD

[researchgate.net](https://www.researchgate.net)

Út, 2. června 2020 20:23 UTC



Uzamčení brání rodině navštěvovat obyvatele pečovatelského domu

Souhrn / Abstrakt

Nejnovější údaje o úmrtnosti ze všech příčin po týdnech neukazují statisticky vyšší úmrtnost na zimní zátěž než v minulých zimách.

**Žádný mor nebyl . V datech je však přítomen ostrý „vrchol COVID“ pro několik jurisdikcí v Evropě a USA .** Tento „vrchol COVID“ ze všech příčin a úmrtnosti má jedinečné vlastnosti:

- Jeho ostrost, s plnou šířkou v polovině maxima pouze přibližně 4 týdny;

- Jeho zpoždění v cyklu infekční sezóny, prudce narůstající po 11. týdnu roku 2020, což je *bezprecedentní pro jakýkoli velký ostrý vrchol* ;
- *synchronicita začátku jejího nárůstu napříč kontinenty a bezprostředně po vyhlášení pandemie WHO* ;
- a jeho nepřítomnost nebo přítomnost mezi státy USA pro stejnou virovou ekologii na stejném území, což *souvisí s událostmi v pečovatelském domě a vládními akcemi spíše než s jakýmkoli známým rozlišením virového kmene* .

Tyto charakteristiky „vrcholu COVID“ a přehled epidemiologické historie a relevantních znalostí o virových respiračních onemocněních mě vedou k předpokladu, že „vrchol COVID“ je výsledkem zrychleného hromadného zabíjení imunitně zranitelných jedinců a **jednotlivci vydělali více imunitně zranitelný, vládními a institucionálními opatřeními, spíše než být epidemiologickým podpisem nového viru** , bez ohledu na míru, do jaké je virus nový z hlediska virové speciace.

Příspěvek je uspořádán do následujících sekcí:

- Údaje o atribuci příčiny smrti jsou vnitřně nespolehlivé
- Meziroční úmrtnost na zimní zátěž v zemích střední šířky je výrazně pravidelná
- Proč je vzorec úmrtnosti zimní zátěže tak pravidelný a trvalý?
- Jednoduchý model virového respiračního onemocnění de facto virulence
- Analýza celkové úmrtnosti na COVID-19
- Interpretace úmrtnosti ze všech příčin „vrchol COVID“

Data o příčině smrti jsou vnitřně nespolehlivá

Přiřazení příčiny smrti s infekčními chorobami a komorbiditou je nejen technicky obtížné (např. Simonsen et al., 1997; Marti-Soler et al., 2014), ale také kontaminované ze strany lékařů, politiky a zpravodajských médií.

To je známo od doby, kdy byla poprvé praktikována moderní epidemiologie. Zde je Langmuir (1976) citující proslulého průkopníka Williama Farra ohledně chřipkové epidemie z roku 1847:

Farr používá tuto epidemii k mírnému kritizaci lékařů jejich úzkých názorů poukazujících na to, že prudký nárůst byl pozorován nejen u samotné chřipky, ale také u bronchitidy, zápalu plic a astmatu a mnoha dalších nerespiračních příčin, uvádí:

„... mezi některými anglickými praktikujícími je silná dispozice nejen lokalizovat nemoc, ale nevidět nic jiného než místní nemoc. Ačkoli je tedy jisté, že zaznamenaná vysoká úmrtnost byla bezprostředním důsledkem epidemie chřipky, uvádí se pouze 1 157 úmrtí.“

A taková zaujatost je obecně uznávána předními epidemiology (Lui a Kendal, 1987):

... rozhodnutí klasifikovat úmrtí do „pneumonie a chřipky“ je subjektivní a potenciálně nekonzistentní. Na jedné straně může být účinek chřipky nebo pneumonie související s chřipkou podceněn, protože základní chronická onemocnění, zejména u starších osob, jsou obvykle uvedena jako příčina smrti v úmrtním listu. Na druhé straně **poté, co byla aktivita chřipky veřejně hlášena, může nastat zvýšená tendence klasifikovat úmrtí jako způsobená „pneumonií a chřipkou“**, čímž se zvýší míra nárůstu úmrtí na P&I nebo, **když je hlášen pokles aktivity chřipky, výsledkem může být zaujatost směrem ke snížení klasifikace úmrtí souvisejících s „pneumonií a chřipkou“**. Průzkumy k vyhodnocení těchto možností nebyly provedeny.

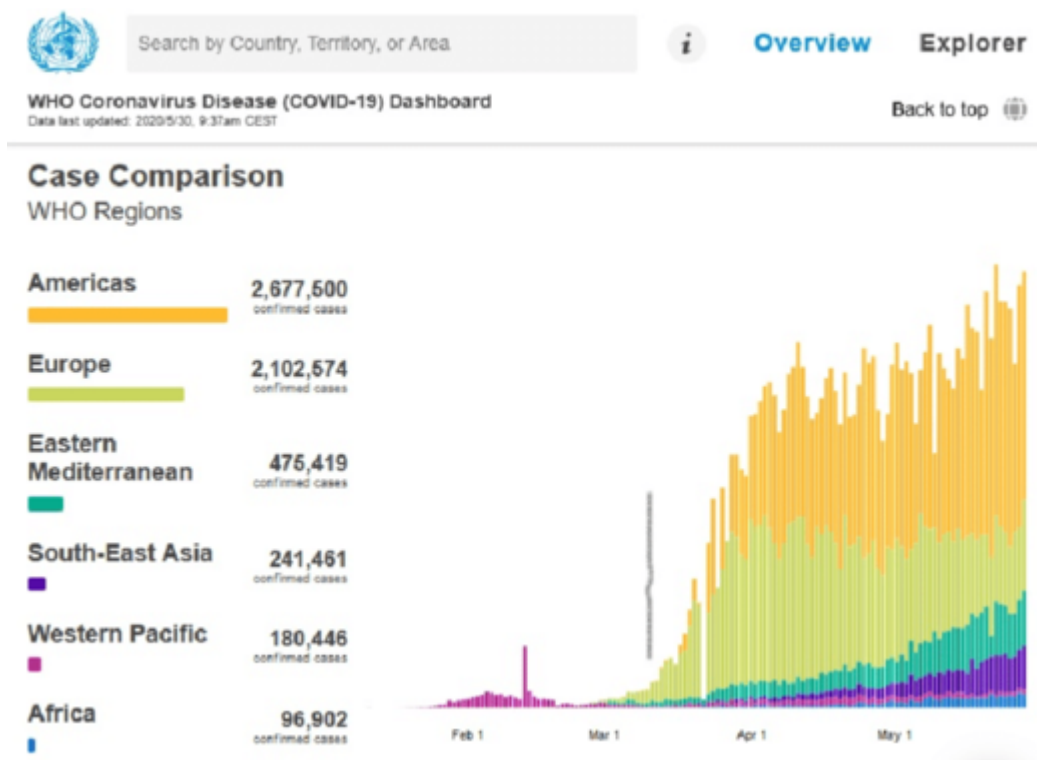
Lze důvodně očekávat, že v současném světě sociálních médií, kdy Světová zdravotnická organizace vyhlásila (WHO) „pandemii“, bude **taková zaujatost jen větší ve srovnání s její přítomností v minulých epidemiích virových respiračních onemocnění**.

Je například obtížné interpretovat **synchronicitu prohlášení WHO o COVID-19 jako pandemii a počátek pozorovaného nárůstu hlášených případů a úmrtí COVID-19** jako produkt buď shody okolností, nebo mimořádné předpovědní schopnosti globálního systému sledování zdraví:



Obrázek 1: Celosvětově hlášené případy COVID-19 a hlášená úmrtí související s COVID-19 po dnech.

Údaje WHO byly zpřístupněny 30. května 2020. Svislé čáry tužkou označují datum, kdy WHO vyhlásila pandemii.



Obrázek 2: Globálně hlášené nové případy COVID-19 za den, podle kontinentů. Údaje WHO byly zpřístupněny 30. května 2020. Svislá čára tužkou označuje datum, kdy WHO vyhlásila pandemii.

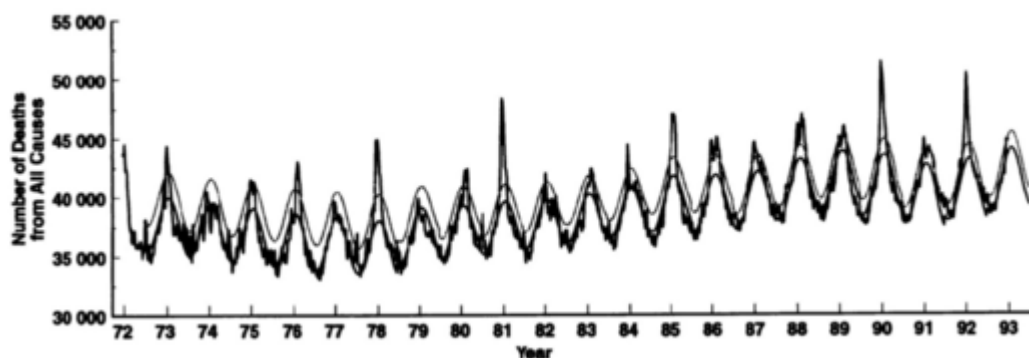
Místo toho je ve světle minulých epidemií **pravděpodobnější, že tento pozoruhodný fenomén synchronicity pochází z neobjektivního hlášení**, ve flexibilním kontextu používání urgentně vyrobených laboratorních testů, které nejsou validovány, klinických hodnocení generické řady symptomů a předběžných příčin- úmrtní přiřazení komplexních komorbidity okolností.

To je důvod, proč rigorózní epidemiologické studie místo toho spoléhají na údaje o úmrtnosti ze všech příčin, které nelze změnit zkreslením pozorování nebo podáváním zpráv (jak je uvedeno v Simonsen et al., 1997; a viz Marti-Soler et al., 2014). Smrt je smrt je smrt.

Meziroční úmrtnost na zimní zátěž v zemích střední šířky je výrazně pravidelná

Moderní lidská úmrtnost ve středních oblastech s mírným podnebím je silně sezónní. Grafy počtu úmrtí ze všech příčin za jednotku času (měsíc, týden, den) v daných regionech mají roční vzorec s amplitudou mezi vrcholem a nejnižší hodnotou obvykle 10 % až 30 % základní hodnoty. , **do značné míry bez ohledu na konkrétní patogeny , které obývají konkrétní roční období** . Vysoká úmrtnost nastává v zimě, a proto je na severní a jižní polokouli inverzní (např. Marti-Soler et al., 2014).

Pro USA je tento jev dobře znázorněn na tomto obrázku Simonsena et al. (1997):



Obrázek 3: Úmrtnost ze všech příčin, po týdnech, pro USA, 1972 až 1993 (Simonsen et al., 1997; z jejich obr. 1).

V takovém grafu je plocha pod vrcholem, k základní linii nejnižší úrovně, celkový počet ročních úmrtí na zimní zátěž nad základní linií. Takto vypočítaný roční „nadměrný“ počet úmrtí je zde (v období 1972-1993) **vždy přibližně 8 % až 11 %** z celkových ročních úmrtí na základní úrovni, rovněž přibližně 8 % až 11 % ročních úmrtí. úmrtnost ze všech příčin.

Tato pravidelná a sezónní „nadměrná“ úmrtnost neboli zimní zátěž byla epidemiologickou výzvou k pochopení, ačkoli počínaje Farrem ji mnozí epidemiologové původně připisovali téměř výhradně sezónním chřipce podobným virovým respiračním onemocněním.

Nicméně trýznivé potíže s pochopením příčiny tohoto pozoruhodně pravidelného a globálního (obě hemisférového, ale převráceného) vzoru přetrvávají, jak dokládají Marti-Soler et al. (2014) (odkazy vynechány):

Vzhledem k tomu, že úmrtnost na rakovinu nevykazovala prakticky žádný sezónní vzorec, je sezónnost celkové úmrtnosti řízena především sezónností jak kardiovaskulárních chorob [kardiovaskulárních onemocnění], tak úmrtnosti bez CVD/nerakovinné. Pro tyto podmínky, a zejména pro CVD, je vystavení chladu věrohodným vysvětlením pozorované sezónnosti, dané vztahem chladného klimatu k zeměpisné šířce. Několik longitudinálních studií prokázalo, že pokles venkovní teploty byl spojen s nárůstem úmrtnosti ze všech příčin. Svou roli však mohou hrát i další faktory závislé na zeměpisné šířce, jako jsou stravovací návyky, vystavení slunci (hladiny vitamínu D) a lidské parazitičty a infekční agens.

Velikost sezónního profilu mortality na KVO byla vyšší než u mortality ze všech příčin. Sezónnost úmrtnosti na KVO může být částečně způsobena společnou sezónností několika známých rizikových faktorů KVO, jak bylo popsáno dříve. Podobně se v letních a zimních měsících liší i faktory životního stylu, jako je strava a fyzická aktivita. Vystavení chladu navíc zvyšuje energetický výdej, periferní vazokonstrikci a srdeční afterload, čímž potenciálně spouští ischemii myokardu a mrtvici. A konečně, zimní chřipková infekce může být také spouštěčem úmrtí na KVO exacerbací KVO nebo v důsledku sekundárních komplikací. To je pravděpodobně případ koncentrace látek znečišťujících ovzduší.

Sezónnost úmrtnosti bez CVD/nenádorových onemocnění může souviset se skutečností, že chronická obstrukční plicní nemoc a pneumonie jsou častým onemocněním této kategorie a že tato onemocnění jsou zhoršována chřipkou, dalšími chřipkovými infekcemi a koncentracemi látek znečišťujících ovzduší, které všechny jsou častější v zimě. Několik dalších onemocnění v kategorii non-CVD/non-cancer také vykazuje sezónní charakter, např. deprese, sebevražda a krvácení z jícnových varixů.

**Proč je vzorec úmrtnosti zimní zátěže tak pravidelný a trvalý?**

Dokonce i sezónnost samotné části týkající se pneumonie a chřipky ("P&I") (což je velká část toho, co Marti-Soler et al. kvantifikují jako "ne-CVD/nerakovinnou mortalitu") nebyla ještě před deseti lety pochopena. Až donedávna se diskutovalo o tom, zda roční vzorec P&I vznikl primárně kvůli sezónní změně virulence patogenů nebo kvůli sezónní změně citlivosti hostitele (jako je suchý vzduch způsobující podráždění tkání nebo snížené denní světlo způsobující nedostatek vitamínů nebo hormonální stres). Viz například Dowell (2001). V jistém smyslu je odpověď „ani“.

V přelomové studii Shaman et al. (2010) to ukázalo **sezónní vzor nadměrné úmrtnosti na respirační onemocnění (P&I) lze kvantitativně vysvětlit pouze na základě absolutní vlhkosti**

## **a jejího přímého kontrolního vlivu na přenos vzdušných patogenů .**

Lowen a kol. (2007) demonstrovali fenomén nakažlivosti virů přenášených vzduchem v závislosti na vlhkosti při skutečném přenosu onemocnění mezi morčaty a diskutovali o potenciálních základních mechanismech pro měřený kontrolní účinek vlhkosti.

Základním mechanismem je to, že aerosolové částice nebo kapičky velikosti aerosolu obsahující patogeny jsou neutralizovány během poločasu, který se monotónně a významně snižuje se zvyšující se absolutní vlhkostí prostředí. Toto je založeno na klíčovém díle Harpera (1961). Harper to experimentálně ukázal **kapičky nesoucí virové patogeny byly inaktivovány během stále kratších časů, protože okolní absolutní vlhkost se zvyšovala .**

Harper tvrdil, že samotné viry byly znefunkčnány vlhkostí („životaschopný rozpad“), nicméně připustil, že účinek by mohl být způsoben fyzikálním odstraněním vlhkosti nebo gravitační sedimentací kapiček („fyzická ztráta“):

"Aerosolové životaschopnosti uváděné v tomto dokumentu jsou založeny na poměru titru viru k radioaktivnímu počtu ve vzorcích suspenze a mraku a lze je kritizovat na základě toho, že testovací a značkovací materiály nebyly fyzicky identické."

To druhé („fyzická ztráta“) se mi zdá věrohodnější, protože absolutní vlhkost by měla univerzální fyzikální účinek způsobující růst částic/kapiček kondenzací a gravitační sedimentací (a naopak ztrátu odpařováním a aerosolizací), a všechny testované virové patogeny mají v podstatě stejný "rozpad" řízený vlhkostí. Dále je obtížné pochopit, jak by byl virion (jakéhokoli typu viru) v kapce molekulárně nebo strukturně napaden nebo poškozen zvýšením okolní vlhkosti. "Virion" je kompletní, infekční forma viru mimo hostitelskou buňku, s jádrem RNA nebo DNA a kapsidou. Žádný skutečný molekulární nebo jiný mechanismus vlhkostí řízeného intrakapkového „životaschopného rozpadu“ virionu předpokládaný Harperem (1961) nebyl dosud vysvětlen ani studován.



V každém případě vysvětlení a model Shaman a spol. (2010) není závislý na konkrétním mechanismu rozpadu virionů v aerosolu/kapkách řízený absolutní vlhkostí. Shamanův kvantitativně demonstrováný model sezónní regionální virové epidemiologie platí pro oba mechanismy (nebo kombinaci mechanismů), ať už jde o „životaschopný rozpad“ nebo „fyzickou ztrátu“.

Průlom dosažený Shamanem a spol. není jen nějaký akademický bod. Spíše má hluboké důsledky pro zdravotní politiku, které byly v současné pandemii koronaviru zcela ignorovány nebo přehlíženy:

**To znamená, že sezónnost úmrtnosti na P&I je přímo řízena nakažlivostí virových respiračních onemocnění řízenou absolutní vlhkostí .**

Pokud je můj pohled na mechanismus správný (tj. „fyzická ztráta“ spíše než „životaschopný rozpad“), pak:

- Dále to znamená, že vektorem přenosu musí být malé aerosolové částice v tekuté suspenzi ve vzduchu, vdechované hluboko do plic, uvnitř; ne předpokládané cesty, jako je skutečný kontakt s tekutinou nebo fomitem, a ne velké kapičky a sliny (které jsou rychle gravitačně odstraněny ze vzduchu nebo zachyceny v ústech a trávicím systému).
- **A to znamená, že sociální distancování, masky a mytí rukou mohou mít malý vliv na skutečné šíření epidemie během zimní sezóny (viz: Rancourt, 2020).**

Na straně epidemiologického modelování Shamanova práce naznačuje, že spíše než aby šlo o pevné číslo (závislé pouze na prostorově-časové struktuře sociálních interakcí u zcela a variabilně vnímavé populace a na virovém kmeni), základní reprodukční číslo epidemie (**Ro**) je **převážně závislá na okolní absolutní vlhkosti** . Pro definici Ro viz HealthKnowledge-UK (2020): Ro je „průměrný počet sekundárních infekcí způsobených typickým případem infekce v populaci, kde je každý vnímavý“.

Shaman a kol. ukázaly, že Ro je třeba chápat tak, že se sezónně mění mezi hodnotami vlhkého léta právě většími než "1" a hodnotami sucha a zimy typicky až "4" (viz například jejich tabulka 2). Jinými slovy, sezónní infekční virová respirační onemocnění, která každoročně sužují oblasti s mírným podnebím, přecházejí ze své podstaty mírně nakažlivé do virulentně nakažlivé, a to jednoduše díky biofyzikálnímu způsobu přenosu řízenému absolutní vlhkostí vzduchu, do značné míry bez ohledu na jakékoli jiné úvahy. .

Kromě toho bylo prokázáno, že koncentrace viru ve vzduchu uvnitř budov (v zařízeních denní péče, zdravotních střediscích a na palubách letadel) existují především jako aerosolové částice o průměru menším než 2,5  $\mu\text{m}$ , jako v práci Yang et al. (2011):

"Polovina ze 16 vzorků byla pozitivní a jejich celkové virové koncentrace se pohybovaly od 5 800 do 37 000 kopií genomu m-3. V průměru 64 procent kopií virového genomu bylo spojeno s jemnými částicemi menšími než 2,5  $\mu\text{m}$ , které mohou zůstat suspendované po dobu Modelování koncentrací viru v uzavřených prostorách navrholo sílu zdroje  $1,6 \pm 1,2 \times 10^5$  kopií genomu m-3 vzduchu h-1 a tok depozice na povrchy  $13 \pm 7$  kopií genomu m-2 h-1 Brownovým pohybem. hodinu, byla inhalační dávka odhadnuta na  $30 \pm 18$  střední infekční dávky pro tkáňové kultury (TCID50), adekvátní k vyvolání infekce. Tyto výsledky poskytují kvantitativní podporu pro myšlenku, že aerosolová cesta by mohla být důležitým způsobem přenosu chřipky."

Takto malé částice (menší než 2,5  $\mu\text{m}$ ) jsou součástí tekutosti vzduchu, nepodléhají gravitační sedimentaci, a lze je tedy vdechnout hluboko do plic.

Další otázka zní: Kolik takových částic nasycených patogeny je potřeba k vyvolání infekce u osoby s průměrnou schopností imunitní reakce?

Yezli a Otter (2011) ve svém přehledu minimální infekční dávky (MID) poukazují na relevantní rysy:

- většina respiračních virů je stejně infekčních u lidí jako u tkáňových kultur s optimální laboratorní citlivostí

- 50% pravděpodobnost MID ("TCID<sub>50</sub>") byla proměnně v rozmezí 100-1000 virionů
- na aerolizovanou kapku chřipky o průměru 1 μm – 10 μm typicky připadá 10<sup>3</sup>–10<sup>7</sup> virionů
- MID s 50% pravděpodobností se snadno vejde do jediné (jediné) aerolizované kapky

Pro další pozadí:

- Klasický popis hodnocení dávka-odpověď poskytuje Haas (1993).
- Zwart a kol. (2009) poskytli první laboratorní důkaz v systému virus-hmyz, že působení jediného virionu může stačit k vyvolání onemocnění.
- Baccam a kol. (2006) vypočítali z empirických dat, že u chřipky A u lidí „odhadujeme, že po zpoždění ~6 h začnou infikované buňky produkovat virus chřipky a pokračují v tom po dobu ~5 h. Průměrná doba života infikovaných buněk je ~11 h a poločas volného infekčního viru je ~3 h. Vypočítali jsme základní reprodukční číslo [v těle]  $R_0$ , které naznačovalo, že jedna infikovaná buňka by mohla způsobit ~22 nových produktivních infekcí."
- Brooke a kol. (2013) ukázali, že na rozdíl od dřívějších předpokladů modelování, ačkoli ne všechny buňky infikované chřipkou-A v lidském těle produkují infekční potomstvo (viriony), 90 % infikovaných buněk je významně ovlivněno, spíše než aby jednoduše přežilo bez poškození.

Výše uvedený přehled znamená, že všechna virová respirační onemocnění, která každý rok sezónně sužují dočasné klimatické populace, jsou extrémně nakažlivá ze dvou důvodů: (1) jsou přenášena malými aerosolovými částicemi, které jsou součástí tekutého vzduchu a vyplňují prakticky všechny uzavřené vzduchové prostory. obsazené lidmi a (2) jedna taková aerosolová částice nese minimální infekční dávku (MID) dostatečnou k tomu, aby způsobila infekci u osoby, pokud je vdechnuta do plic, kde je infekce zahájena.

**To je důvod, proč je vzorec úmrtnosti ze všech příčin tak stabilně stabilní a globálně distribuovaný**, připustíme-li, že většinu zátěže vyvolávají virová respirační onemocnění, přičemž jsme u této operační třídy virů relativně necitliví na konkrétní sezónní virovou ekologii. To také vysvětluje, proč je vzorec obrácený mezi severní a jižní polokoulí, bez ohledu na turistickou a obchodní leteckou dopravu a podobně.

Virologové a genetici vidí virové kmeny, mutace a druhy (Alimpiev, 2019) jako muž s kladivem vidí hřebíky. Stejně tak existují profesionální odměny za identifikaci nových virových patogenů a popis nových onemocnění. Z těchto důvodů **vědci pro stromy neviděli les**.

**Ale údaje ukazují, že existuje trvalý a pravidelný vzorec úmrtnosti v důsledku zimní zátěže, která je nezávislá na detailech, a která má dobře omezené rozložení meziročního počtu nadměrných úmrtí (přibližně 8 % až 11 % z celkového ročního počtu úmrtí, v USA, 1972 až 1993). Navzdory všem řečem o epidemiích a pandemiích a nových virech je tento vzorec robustně konstantní .**

**Anomálie hodná paniky a škodlivého globálního socioekonomického inženýrství by se musela skládat z přirozeně způsobené roční úmrtnosti na zimní zátěž, která je statisticky vyšší, než je norma .** To se nestalo od jedinečné pandemie chřipky v roce 1918 (Hsieh et al., 2006).

Tři nedávné epidemie označené jako pandemie, pandemie H<sub>2</sub>N<sub>2</sub> z roku 1957, pandemie H<sub>3</sub>N<sub>2</sub> z roku 1968 a pandemie H<sub>1</sub>N<sub>1</sub> z roku 2009, nebyly virulentnější (z hlediska roční úmrtnosti na zimní zátěž) než pravidelné sezónní epidemie (Viboud et al. , 2010; Viboud a kol., 2006; Viboud a kol., 2005). Ve skutečnosti byla epidemie z

roku 1951 na základě údajů P&I v Anglii, Walesu a Kanadě považována za smrtelnější než pandemie z let 1957 a 1968 (Viboud et al., 2006).

Jednoduchý model virového respiračního onemocnění de facto virulence

Tváří v tvář přetrvávajícímu a pravidelnému vzoru úmrtnosti způsobené zimními zátěžemi jsme v pokušení tvrdit, že specifické (strukturální, molekulární a vazebné) vlastnosti konkrétního virového patogenu respiračního onemocnění nejsou pro mortalitu tak určující, jak se domnívají virologové. Místo toho je možné, že **úmrtnost** v dané populaci vystavené těmto vysoce nakažlivým virovým patogenům, které napadají plíce, **je převážně řízena rozložením kapacity a připravenosti imunitního systému populace** .

Do plic se dostává virová nálož. Jakmile je virový antigen rozpoznán, dojde k imunitní reakci. <sup>1</sup>Následuje dynamická „válka“ mezi virem množícím se a šířícím se infikováním buněk na výstelce plic a imunitním systémem, který dělá vše pro to, aby identifikoval, lokalizoval a zničil infikované buňky dříve, než mohou být infikované buňky úspěšně produkovány virem. .

Imunitní odpověď je mimořádně náročná na metabolické energetické zdroje těla (proto "nachlazení", "odpočinek" a "zůstanete v teple"). Požadavek na metabolickou energii je prioritní a může soutěžit s požadavky základních tělesných funkcí a imunitních reakcí na jiné patogeny. **To je důvod, proč jsou zvláště ohroženi jedinci se „stárnoucími“ chorobami a komorbiditami: jejich rychlost dodávky metabolické energie do imunitního systému je omezena jejich souběžnými stavy a poptávka není uspokojena dostatečně vysokou rychlostí, aby vyhráli. "válku"** . Viz: Straub (2017); Bajgar a spol. (2015).

V jednoduchém pohledu na infekci (kterou navrhuji pro ilustraci) může daný jedinec s daným zdravotním stavem poskytnout imunitnímu systému metabolickou energii pouze do určité maximální míry dodávky během klíčové fáze „válka“. Nazvěte to "rychlost dodávky energie pro imunitní odpověď": RS. RS je v jednotkách energie za jednotku času, J/s nebo kalorií za sekundu. Pokud je RS dostačující k „vyhrání války“ a je udržitelná dostatečně dlouho, pak se jedinec zotaví z infekce a imunitní systém uloží molekulární paměť virového antigenu, což výrazně snižuje spotřebu energie pro budoucí imunitní reakce na útoky stejný nebo dostatečně podobný virus. Pokud je RS nedostatečná, jedinec podlehne viru a zemře.

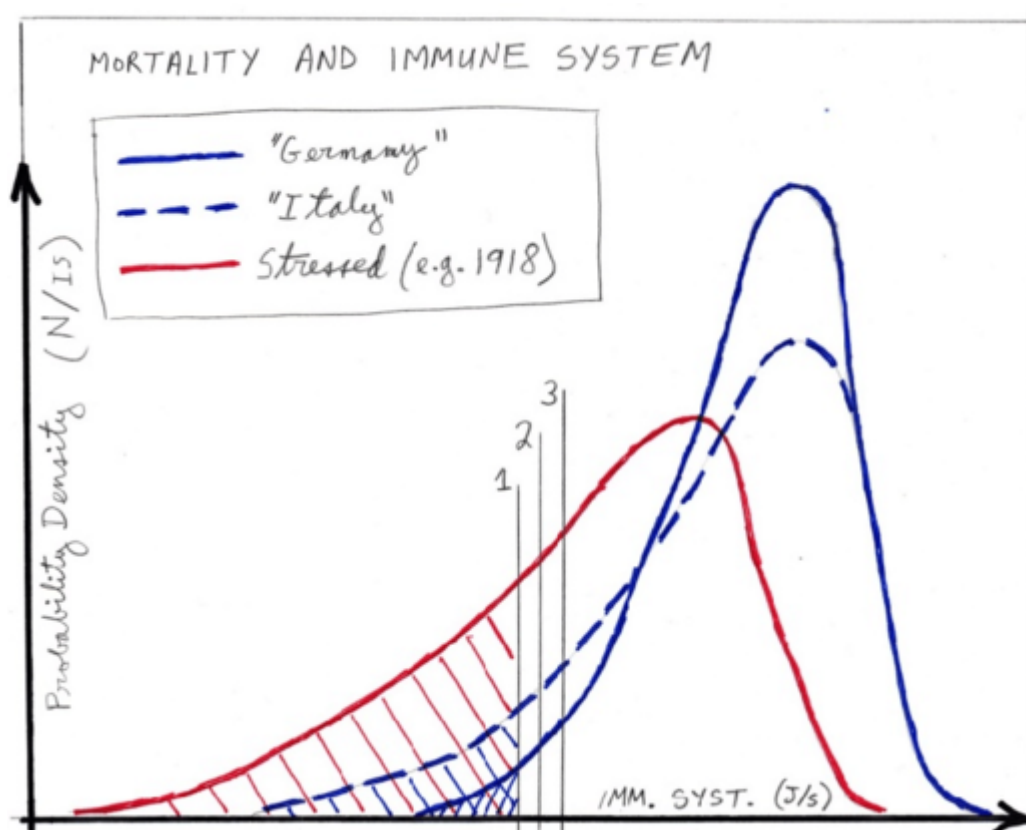
Sezónní virus lze proto charakterizovat tak, že má virově specifickou hodnotu RS,  $RS_v$ , což je práh RS pro přežití infikované osoby. Pokud  $RS > RS_v$ , pak se osoba zotaví. Pokud  $RS < RS_v$ , pak osoba zemře. Čím větší je  $RS_v$ , tím virulentnější je virus a naopak.

Daná lidská populace (národní nebo regionální) bude mít dané rozložení hodnot RS spojené s jednotlivými členy populace.

Matematicky lze toto rozdělení reprezentovat jako hustotu pravděpodobnosti hodnot RS. Hodnota hustoty pravděpodobnosti má jednotky počtu osob na jednotkový interval RS. Celková plocha pod křivkou hustoty pravděpodobnosti je počet obyvatel, národa nebo regionu.

Obrázek 4 znázorňuje tři hypotetická rozložení hodnot RS ve třech různých populacích stejné velikosti. Zde je „Německo“ (plná modrá čára) pro současnou západní populaci, která nemá zvlášť velkou starší populaci; "Itálie" (přerušovaná modrá čára) je pro současnou západní populaci, která má velkou starší populaci; a "stresovaný" (plná červená čára) je pro populaci jedinců vystavených vysokému metabolickému (nebo zdravotnímu) stresu, jako tomu mohlo být v Anglii v roce 1918.

Takový zdravotní stres může pocházet z nutričního deficitu, účinnosti základních živin nebo vitamínů, vysokých hladin environmentálních stresorů, toxinů nebo patogenů, nedostatku přístřeší ("palivová chudoba"), represivních pracovních podmínek, útlaku sociální dominance, zneužívání látek způsobujících orgány. poškození, a tak dále. O těchto faktorech existuje rozsáhlá literatura. Jako jeden kotevní bod viz: Sapolsky (2015); Sapolský (2005).



© DG Rancourt

Obrázek 4: Pravděpodobnostní hustoty hodnot  $RS$  pro tři stejně velké populace, které se liší úrovní zdravotního stresu a zdravotními zranitelnostmi, jak je vysvětleno v textu. Tři svislé čáry nakreslené tužkou a označené „1“, „2“ a „3“ ukazují tři různé hodnoty  $RS_v$  specifické pro virus, jak je vysvětleno v textu. Šrafované oblasti jsou frakce (celkové plochy) představující úmrtnostní frakce pro méně virulentní virus s hodnotou  $RS_v$  označenou "1".

V tomto modelu je tedy komparativní úmrtnost mezi populacemi pro daný virový patogen určena různými zdravotními stavy (distribucemi hodnot  $RS$  jedinců) porovnávaných infikovaných populací.

To je pro celý cyklus infekce a zotavení. Říká jen málo jak o denních úmrtnostech, tak o věkovém rozložení, které závisí na přirozeném nebo nuceném šíření infekce, která zase nemusí být nutně jednotná v čase a prostoru, ale spíše se může zaměřit na určité segmenty populace, jako je např. jako lidé zavření v ústavech.

Kromě toho se rozložení hodnot RS pro danou populaci může v průběhu epidemie výrazně změnit, pokud jsou zranitelné segmenty vystaveny například dalším zdravotním stresorům.

### Analýza úmrtnosti COVID-19 ze všech příčin

Ve světle výše uvedených podkladů a koncepčních nástrojů můžeme nyní zkoumat data pro COVID-19. Z dobrého důvodu (jak je uvedeno výše) ignorujeme data připisovaná smrti a modelujeme dekonvoluce úmrtí P&I oproti jiným úmrtím považovaným za sezónní z důvodů, které nesouvisejí se sezónními virovými patogeny. Soustředíme se na úmrtnost ze všech příčin po týdnech.

Úmrtnost ze všech příčin není náchylná ke zkreslení a je v současné době dostupná pro několik jurisdikcí. Nezpracovaná data používáme bez jakékoli manipulace a neupravujeme je tak, abychom je „opravovali“ na změny v celkové populaci nebo na změny ve věkové struktuře populace.

Pro data se spoléháme na CDC (USA), data národního institutu pro Anglii a Wales a grafické kompilace centra EuroMOMO. Používáme pouze poslední týdny, které jsou hlášeny jako úplné (>100 %, CDC) nebo mají dostatečnou kvalitu pro zveřejnění. Bohužel některé jurisdikce, jako je Kanada, lze charakterizovat jako pomalé a vzdorující žádostem.

Obrázek 5 ukazuje úmrtnost ze všech příčin po týdnech pro Anglii a Wales, počínaje rokem 2010. Náhlé poklesy po jediném týdnu jsou nekonzistence ve vedení účetnictví a úmrtní osvědčení-prodlení,



kteře se počítají v následujících týdnech. Červená svislá čára označuje datum, kdy WHO vyhlásila pandemii.

Při vyhlášení pandemie to generální ředitel WHO Tedros Adhanom vyjádřil mimo jiné takto: <sup>2</sup>

V nadcházejících dnech a týdnech očekáváme, že počet případů, počet úmrtí a počet postižených zemí ještě poroste. [...]

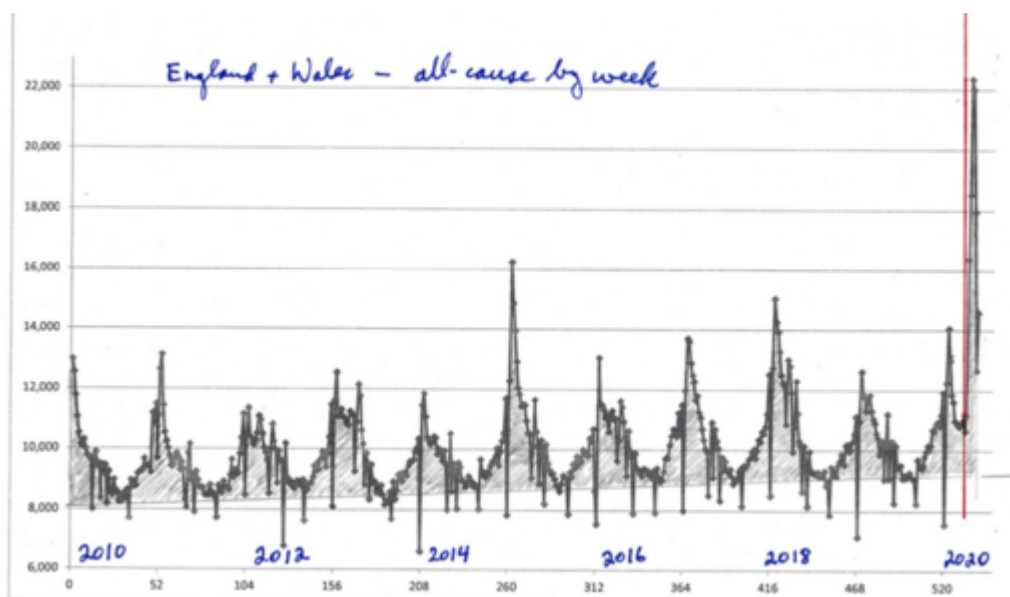
A každý den jsme vyzývali země, aby přijaly naléhavá a agresivní opatření. Hlasitě a zřetelně jsme zazvonili na poplach. [...]

Toto není jen krize veřejného zdraví, je to krize, která se dotkne každého sektoru – takže každý sektor a každý jednotlivec musí být zapojen do boje.

Od začátku jsem říkal, že země musí zaujmout celovládní, celospolečenský přístup, postavený na komplexní strategii prevence infekcí, záchrany životů a minimalizace dopadů. [...]

Připomínám všem zemím, že vás vyzýváme, abyste aktivovali a rozšířili své mechanismy reakce na mimořádné události; Komunikujte se svými lidmi o rizicích a o tom, jak se mohou chránit – to je věc každého; Najděte, izolujte, otestujte a ošetřete každý případ a sledujte každý kontakt; *Připravte své nemocnice* ; [...] (můj důraz)

Adhanomova slova byla buď nejpozoruhodnější prognózou veřejného zdraví, která kdy byla pro Anglii a Wales (a mnoho jurisdikcí ve světě, viz níže), nebo něco jiného mohlo vysvětlit prudký vrchol úmrtnosti ze všech příčin, který bezprostředně následoval po jeho prohlášení.



© DG Rancourt

Obrázek 5: Úmrtnost ze všech příčin po týdnech pro Anglii a Wales, počínaje rokem 2010. Náhlé poklesy po jediném týdnu jsou nesrovnalosti ve vedení účetnictví a prodlení s potvrzením o úmrtí, které se počítají v následujících týdnech. Červená svíslá čára označuje datum, kdy WHO vyhlásila pandemii COVID-19.

Důležité je, že celkový počet „nadměrných“ úmrtí způsobených zimní zátěží za sezónu končící v roce 2020 (oblast nad letní základní linií) **není statisticky větší než v minulých letech** a zbývá zjistit, jak nízké je minimum v létě 2020. bude.

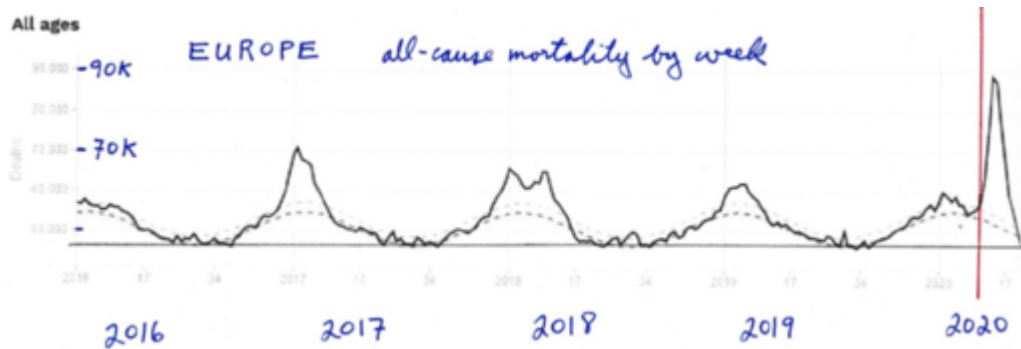
To, co lze nazvat „vrcholem COVID“, je úzký rys (obrázek 5). Vzhledem k letní základní linii je plná šířka v polovině maxima přibližně 5 týdnů. Vyznačuje se tím, že je pozdě v infekční sezóně a šplhá daleko nad širší hrb zimní zátěže.

Tento „vrchol COVID“ je jedinečnou událostí v epidemiologické historii Anglie a Walesu. Pochází tento jedinečný rys z neobvykle nového virového patogenu, nebo pochází z jedinečné, bezprecedentní a masivní vládní reakce na vyhlášení pandemie WHO?

Všimněte si, že takový „vrchol COVID“ neznamena vnitřní virulenci viru. **Znamená to pouze, že k úmrtí zranitelných osob nebo osob zranitelných došlo v krátkém časovém úseku .**

**Například u těch, kteří by zemřeli v příštích několika nebo více týdnech nebo měsících, může být jejich smrt urychlena lidským zásahem, nebo ti, kteří se stále zotavují z virové infekce, mohou být uvrženi do nejistějších a stresujících životních podmínek .**

Analogický „vrchol COVID“ nastal v údajích centra EuroMOMO pro Evropu (obrázek 6). Zde opět celkový počet úmrtí způsobených zimní zátěží za sezónu končící v roce 2020 (oblast nad letní základní linií) **není statisticky větší než v minulých letech** a datum vyhlášení pandemie je znázorněno vertikální červená čára.



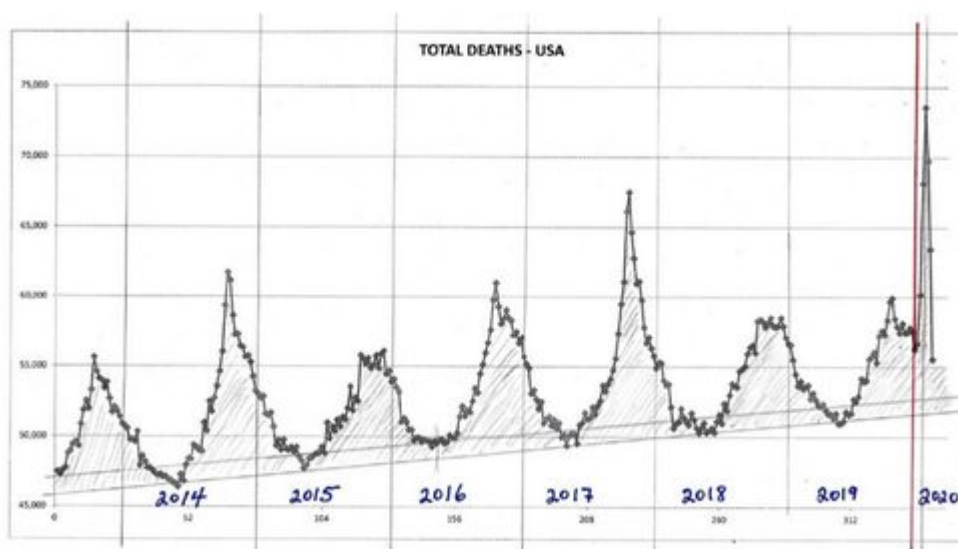
© DG Rancourt

Obrázek 6: Úmrtnost ze všech příčin podle týdne Údaje z centra EuroMOMO pro Evropu, přístup k 1. červnu 2020. Datum vyhlášení pandemie je znázorněno svislou červenou čarou.

**To, co vypadalo jako závěrečná a „mírná“ sezóna 2020, se okamžitě poté, co WHO vyhlásila pandemii, změnilo v „vrchol COVID“.**

Přesuňme se dále do USA, kde jsou díky CDC snadno dostupné jak národní, tak i jednotlivé státy aktuální aktuální údaje.

Obrázek 7 ukazuje úmrtnost ze všech příčin po týdnech pro USA, počínaje rokem 2014. Zde je letní základní linie přibližně 46 000 až 52 000 úmrtí za týden, přičemž se zvyšuje s nárůstem celkové populace. Červená svislá čára označuje datum, kdy WHO vyhlásila pandemii COVID-19.



© DG Rancourt

Obrázek 7: Úmrtnost ze všech příčin po týdnech pro USA, počínaje rokem 2014. Červená svislá čára

označuje datum, kdy WHO vyhlásila pandemii COVID-19. Šrafované oblasti nebo oblasti s šedou výplní představují úhyny ze všech příčin zimní zátěže pro každý rok.

Zde opět vidíme, že celkový počet úmrtí na všechny příčiny zimní zátěže pro sezónu končící v roce 2020 (oblast nad letní základní linií) **není statisticky vyšší než v minulých letech** . Neexistuje žádný důkaz, čistě z hlediska počtu sezónních úmrtí, který by naznačoval nějakou katastrofickou událost nebo výjimečně virulentní patogen. **Žádný "mor" nebyl** . Zimní zátěž se v těchto letech trvale pohybuje v rozmezí přibližně 6 % až 9 % celkové roční úmrtnosti ze všech příčin a **meziroční změny jsou typické pro historické odchylky** .

Na druhou stranu je tu opět „COVID peak“, který má tyto unikátní vlastnosti:

- Je pozoruhodně ostrý nebo úzký, má plnou šířku v polovině maxima vrcholu, vzhledem k letní základní linii, přibližně pouze 4 týdny. Pro srovnání, ostré vrcholy v infekčních sezónách končících v roce 2015 a 2018 mají takové plné šířky 14, respektive 9 týdnů.
- Vyskytuje se později v infekční sezóně než jakýkoli jiný velký ostrý vrchol, jaký kdy byl v USA pozorován, prudce narůstající po 11. týdnu roku 2020.
- **K prudkému nárůstu dochází okamžitě poté, co WHO vyhlásila pandemii, v dokonalé synchronicitě, jak je vidět jak v Evropě, tak v Anglii a Walesu, které jsou oceánem na rozdíl od USA** .

„COVID peak“ v datech USA pochází z „horkých míst“, jako je New York City (NYC). Obrázek 8 ukazuje úmrtnost ze všech příčin po

týdnech pro NYC od roku 2013. Červená svíslá čára označuje datum, kdy WHO vyhlásila pandemii COVID-19.



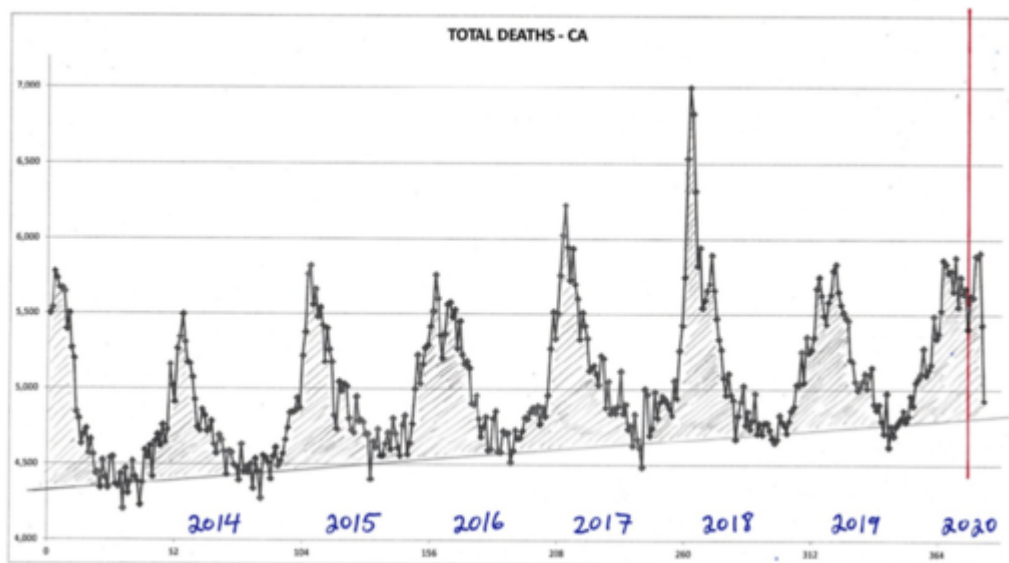
© DG Rancourt

Obrázek 8: Úmrtnost ze všech příčin podle týdne pro NYC, počínaje rokem 2013, černě. Červená svíslá čára označuje datum, kdy WHO vyhlásila pandemii COVID-19. Šedá čára je jednoduše stejná data ve vertikálně rozšířeném a posunutém měřítku pro vizualizaci.

Data NYC nedávají žádný epidemiologický smysl. „Pík COVID“ zde na jeho tváři nelze interpretovat jako normální proces virového respiračního onemocnění u vnímavé populace. Ve hře musí být přinejmenším **místní efekty, jako je import pacientů z jiných jurisdikcí nebo vysoká hustota institucionalizovaných nebo ubytovaných zranitelných osob** .

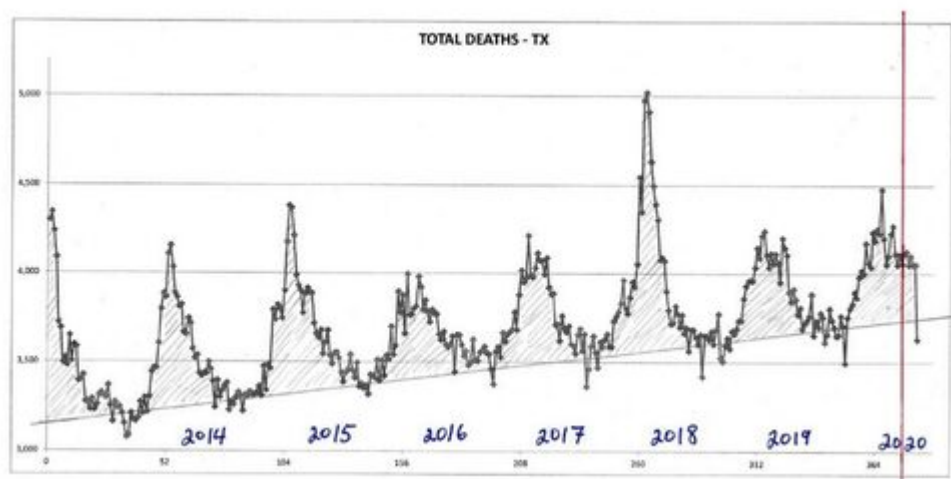
Zarážející je také to, že **některé státy s největší populací v USA, které mají velký počet naměřených a hlášených případů a velký počet jedinců s protilátkami, nevykazují „vrchol COVID“**. (Charakteristické protilátky jsou produkovány a skladovány v tělech jedinců, kteří byli infikováni a obnoveni po jejich imunitních reakcích. Viz například terénní studie protilátek pro Kalifornii, kterou provedli Bendavid et al., 2020).

To je znázorněno pro Kalifornii na obrázku 9 a pro Texas na obrázku 10.



© DG Rancourt

Obrázek 9: Úmrtnost ze všech příčin podle týdne pro Kalifornii, počínaje rokem 2013. Červená svislá čára označuje datum, kdy WHO vyhlásila pandemii COVID-19. Šrafované oblasti nebo oblasti s šedou výplní představují úhyny ze všech příčin zimní zátěže pro každý rok.

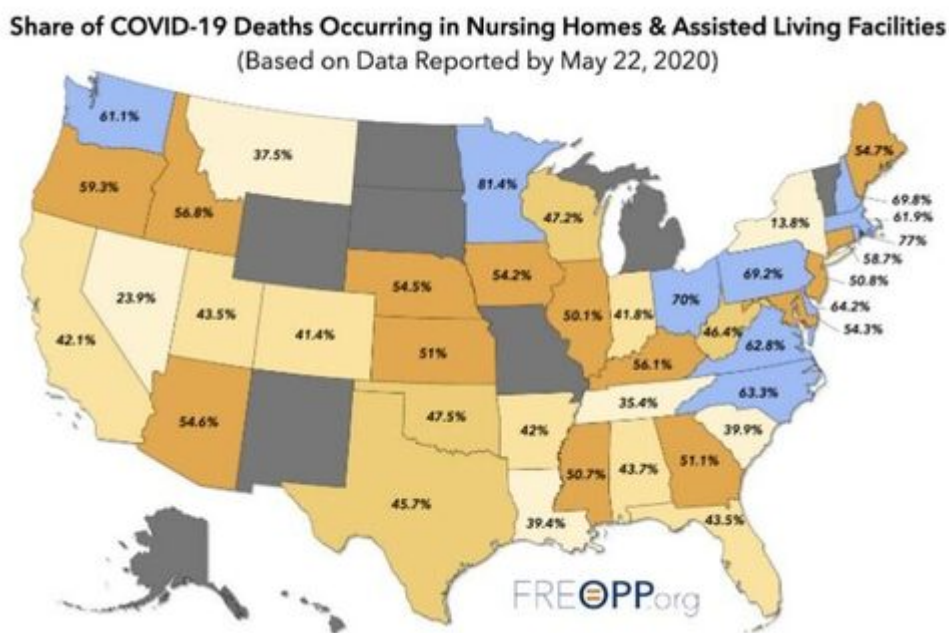


© DG Rancourt

Obrázek 10: Úmrtnost ze všech příčin podle týdne pro Texas, počínaje rokem 2013. Červená svislá čára označuje datum, kdy WHO vyhlásila pandemii COVID-19. Šrafované oblasti nebo oblasti s šedou výplní představují úhyny ze všech příčin zimní zátěže pro každý rok.

Také **žádný ze sedmi států, které nevalily uzamčení** (Iowa, Nebraska, Severní Dakota, Jižní Dakota, Utah, Wyoming a Arkansas), **nemá „vrchol COVID“** .

Přítomnost „vrcholu COVID“ pozitivně koreluje s podílem úmrtí souvisejících s onemocněním COVID-19, ke kterým došlo v pečovatelských domech a zařízeních asistovaného bydlení , jak ukazuje tato mapa:



Interpretace úmrtnosti ze všech příčin „COVID peak“

Vzhledem k jedinečnosti úmrtnosti ze všech příčin „COVID peak“:

- Jeho ostrost, s plnou šířkou v polovině maxima pouze přibližně 4 týdny;
- Jeho zpoždění v cyklu infekční sezóny, prudce narůstající po 11. týdnu roku 2020, což je bezprecedentní pro jakýkoli velký ostrý vrchol;
- synchronicita začátku jejího nárůstu napříč kontinenty a bezprostředně po vyhlášení pandemie WHO;
- a jeho nepřítomnost nebo přítomnost mezi jednotlivými státy pro stejnou virovou ekologii na stejném území koreluje spíše s událostmi v pečovatelském domě a vládními opatřeními než s jakýmkoli známým rozlišením virového kmene.

Vzhledem k výše uvedenému přehledu znalostí o sezónních virových respiračních onemocněních:

- Silně přetrvávající a pravidelné zimní vzorce úmrtnosti ze všech příčin napříč moderní dobou epidemiologie a napříč národy na dvou polokoulích;
- Nově nalezený (2010) chápal, že propustnost je řízena absolutní vlhkostí a že vektorem přenosu jsou malé aerosolové částice vniknuté hluboko do plic;
- Rostoucí uznání metabolického energetického rozpočtování jako paradigmatu pro pochopení smrti na infekční onemocnění s komorbiditami, přičemž se uznává, že imunitní systém má hierarchickou kontrolu nad metabolickým energetickým rozpočtováním, hned za poznáním vnějšího bezprostředního nebezpečí;
- a rostoucí porozumění dominantní úloze metabolického stresu ( **včetně poznávání stresu, vnímaného stresu** ) při snižování kapacity reakce imunitního systému.

Předpokládám, že „vrchol COVID“ představuje zrychlené masové zabíjení imunitně zranitelných jedinců a jednotlivců, které se staly imunitně zranitelnějšími vládními a institucionálními opatřeními , **spíše než aby byl epidemiologickým podpisem nového viru, bez ohledu na stupeň virus je nový** z pohledu virové speciace.

A konečně, můj výklad „vrcholu COVID“ jako podpisu hromadného zabíjení prostřednictvím vládní reakce je podpořen několika institucionálními dokumenty, zprávami v médiích a vědeckými články, jako jsou následující příklady. Dva vědecké články jsou na místě:

- Hawryluck a kol. (2004), o posttraumatické stresové poruše (PTSD) vyplývající z lékařské karantény.
- Richardson a kol. (2020), na statistickém důkazu, že mechanické ventilátory zabily kritické pacienty s COVID-19.

\*\*\*\*\*



## Články v médiích a institucionální poznámky

"Nová studie zjistila, že téměř všichni pacienti s koronavirem, kterým byli nasazeni ventilátory, zemřeli", [News Break](#) | *The Hill* 04-23, 23. dubna 2020.

"Nové údaje o zdravotní péči naznačují, že téměř polovina všech pacientů s koronavirem umístěných na ventilátorech zemře, jak to poprvé uvedla CNN. Údaje byly shromážděny v Northwell Health, největším nemocničním systému ve státě New York. Ukázalo se, že asi 20 procent pacientů s COVID-19 prošlo pryč a 88 procent těch, kteří byli umístěni na ventilátor, zemřelo."

„Dcera obviňuje z rychlého úpadku matky ‚chaos‘ pandemie COVID-19“, od Arthura White-Crummeyho, [Regina Leader-Post](#) , 29. května 2020.

"Matka Sue Nimegeersové nikdy neměla COVID-19, ale stále ji považuje za oběť této nemoci." "Nimegeers to v pátek řekl správní radě Saskatchewan Health Authority (SHA)."

„Vydána „hluboce znepokojující“ zpráva o pečovatelských domovech v Ontariu“, [BBC](#) , 27. května 2020.

"Pan Ford řekl, že bylo zahájeno úplné vyšetřování obvinění, které zahrnovalo tvrzení, že zařízení páchlo zkaženým jídlem, zamořeným šváby a mouchami, a že starší lidé byli ponecháni celé hodiny "plakat o pomoc, protože personál nereagoval"."

„Nic nemůže ospravedlnit toto ničení lidských životů“, Yoram Lass, bývalý ředitel izraelského ministerstva zdravotnictví, o hysterii kolem Covid-19, [sp!ked](#) , 22. května 2020.

"Yoram Lass: Je to první epidemie v historii, kterou doprovází další epidemie - virus sociálních sítí. Tato nová média vymyla mozky celé populaci. Získáváte strach a úzkost a neschopnost podívat se na skutečná data." A proto máte všechny ingredience pro monstrózní hysterii. To je ve vědě známé jako pozitivní zpětná vazba nebo efekt sněhové koule. Vláda se bojí svých voličů. Proto zavádí drakonická opatření. Voliči se dívají na drakonická opatření a stávají se ještě hysteričtější."

„Cuomo bagatelizuje výzvy k federálnímu vyšetřování úmrtí na koronaviry v pečovatelském domě: „Zeptejte se prezidenta Trumpa“, Andrew O'Reilly | [Fox News](#) , 20. května 2020.

„Guvernér státu New York Andrew Cuomo ve středu odmítl výzvy, aby ministerstvo spravedlnosti zahájilo vyšetřování obrovského počtu úmrtí ve státních pečovatelských domech během pandemie koronaviru – tvrdil, že pouze postupoval podle pokynů Trumpovy administrativy a Center for Kontrola a prevence nemocí. I když nebylo oznámeno žádné formální vyšetřování, spekulace přicházejí v rámci zkoumání jeho směrnice z 25. března, která vyžadovala, aby domovy důchodců přijímaly nové pacienty nakažené COVID-19.“

**DATUM: 25. března 2020**

**PRO: Správci pečovatelských domů, ředitelé ošetřovatelství a plánovači propuštění z nemocnic**

**OD: Poradenství ministerstva zdravotnictví státu New York:  
Propouštění z nemocnic a přijímání do pečovatelských domů  
(odebráno z: [coronavirus.health.ny.gov](https://coronavirus.health.ny.gov) )**

"Během této globální zdravotní nouze musí všechny NH dodržovat urychlené přijetí rezidentů vracejících se z nemocnic do NH. Rezidenti jsou považováni za vhodné pro návrat do NH na základě rozhodnutí nemocničního lékaře nebo určené osoby, že rezident je zdravotně stabilizovaný pro návrat." [...] Žádnému rezidentovi nesmí být odepřeno opětovné přijetí nebo přijetí do NH pouze na základě potvrzené nebo suspektní diagnózy COVID-19. NH mají zakázáno vyžadovat od hospitalizovaného rezidenta, který je posouzen zdravotně stabilním, aby byl testován na COVID-19 před přijetím nebo zpětným přijetím."

**„Domy s pečovatelskou službou a zařízení pro asistované bydlení mají na svědomí 42 % úmrtí na COVID-19: Překvapivá statistika má hluboký dopad na způsob, jakým jsme zvládli pandemii koronaviru“, Gregg Girvan, FREOPP, 7. května 2020 .**

„Na základě nové analýzy zpráv o úmrtnosti na COVID-19 v jednotlivých státech je jasné, že nejvíce nedoceneným aspektem pandemie nového koronaviru je jeho dopad na konkrétní populaci Američanů: ty, kteří žijí v pečovatelských domech a zařízeních asistovaného bydlení. .“

**"Guilty - Of Breathing", od Tonyho Hellera, Tony Heller YouTube Channel , 24. května 2020.**

"Lockdowns se prodávaly před měsíci na myšlence 'zploštění křivky'. Na většině míst nikdy nebylo moc křivek ke zploštění, přesto jsou uzamčení stále na místě. Desítky milionů mají nyní zničeny životy - za zločin dýchání."

**Maria Tavernini a Alessandro Di Rienzo, TRT World , 20. dubna 2020: „Masakr“ italských starších obyvatel pečovatelských domů: Pacienti s covidem-19 v italském virovém epicentru Lombardie byli**

oficiálním usnesením převezení do pečovatelských domů s katastrofálními následky. .

"Hostování pacientů s Covid-19 v domovech pro seniory bylo jako zapálit sirku v kupce sena."

„Aktualizace ohledně koronaviru: Jak zabezpečení nemocnic pro COVID-19 přispělo ke krizi dlouhodobé péče v Kanadě“, od Jessie Willms a Hailey Montgomery, *Globe & Mail* , 20. května 2020.

"Většina obyvatel pečovatelských domů a domovů důchodců, kteří v Kanadě podleli COVID-19, zemřela v zařízeních zasažených virem a s nedostatečným personálem, protože nemocniční lůžka zůstala prázdná."

„Neexistuje žádný důkaz, že uzamčení zachránilo životy. Je nesporné, že způsobily velkou škodu“, od Briggsa, [wmbriggs.com](http://wmbriggs.com) , 14. května 2020.

"Nakonec nezáleží na statistikách na úrovni země nebo dokonce města. Záleží na lidech. Každý jedinec chytí chybu, nebo ne, žije nebo zemře. Ne kvůli své zemi, ale kvůli sobě, svému zdraví, jejich okolnosti. Každý jednotlivec mohl mít prospěch z karantény a ztráty zaměstnání. Stejně jako každý jednotlivec mohl dospět ke špatnému konci z uzamčení."

„Nemocnice dostávají více peněz za to, aby uvedly pacienty jako COVID-19“, od Toma Kertschera, *POLITIFACT* , 21. dubna 2020.

"Pro Medicare je standardem platit nemocnici zhruba třikrát tolik za pacienta, který chodí na ventilátor, než za toho, kdo nechodí. Medicare platí 20% příplatek ke svým pravidelným nemocničním platbám za léčbu COVID -19 obětí. To je výsledek federálního zákona o stimulech."

„CDC: 80 000 lidí zemřelo na chřipku minulou zimu v USA, nejvyšší počet obětí za 40 let“, od Associated Press, *STAT News* , 26. září 2018.

"Odhaduje se, že loni v zimě zemřelo na chřipku a její komplikace 80 000 Američanů - nejvyšší počet úmrtí na tuto nemoc za nejméně čtyři desetiletí. Ředitel Centra pro kontrolu a prevenci nemocí, Dr. Robert Redfield, prozradil celkový počet v rozhovoru v úterý večer s Associated Press."

Poznámky pod čarou

1. „Imunitní systém: Buňky, tkáně, funkce a onemocnění“, lékařsky zkontrolováno Danielem Murrellem, MD dne 11. ledna 2018 – Napsal Tim Newman, na [medicalnewstoday.com](http://medicalnewstoday.com), přístup z 1. června 2020 .
2. Úvodní slovo generálního ředitele WHO na brífinku pro média o COVID-19 – 11. března 2020

## Vědecké odkazy

Alimpiev, Egor (2019) „Rethinking the Virus Species Concept“, ze dne 15. března 2019, zveřejněno na [stanford.edu](http://stanford.edu)

Baccam, P. et al. (2006) "Kinetics of Influenza A Virus Infection in Humans", *Journal of Virology*, červenec 2006, 80 (15) 7590-7599; DOI: 10.1128/JVI.01623-05

Bajgar a kol. (2015) "Extracelulární adenosin zprostředkovává systémový metabolický přepínač během imunitní odpovědi", *PLoS Biol* 13(4): e1002135.

Bendavid a kol. (2020) "Séroprevalence protilátek COVID-19 v okrese Santa Clara, Kalifornie", *medRxiv* 2020.04.14.20062463

Brooke, CB et al. (2013) "Většina virů chřipky A nedokáže vyjádřit alespoň jeden esenciální virový protein", února 2013, 87 (6) 3155-3162; DOI: 10.1128/JVI.02284-12

Dowell, SF (2001) "Sezónní variace v citlivosti hostitele a cykly určitých infekčních onemocnění", *Emerg Infect Dis.* 2001;7(3):369-374. doi:10.3201/eid0703.010301

Haas, CN a kol. (1993) "Risk Assessment of Virus in Drinking Water", *Risk Analysis* , 13: 545-552. doi:10.1111/j.1539-6924.1993.tb00013.x

Harper, G J. (1961) "Vzdušné mikroorganismy: testy přežití se čtyřmi viry", *The Journal of Hygiene* , sv. 59,4: 479-86.  
doi:10.1017/S0022172400039176

Hawryluck, L. a kol. (2004) "Kontrola SARS a psychologické účinky karantény, Toronto, Kanada", *Emerging Infect Dis.*, sv. 10,7: 1206-12. doi:10.3201/eid1007.030703

HealthKnowledge-UK (2020) "Charta 1a - Epidemiologie: Teorie epidemií (účinná a základní reprodukční čísla, epidemické prahy) a techniky pro analýzu údajů o infekčních onemocněních (konstrukce a použití epidemických křivek, čísla generací, výjimečné hlášení a identifikace významných shluků), [HealthKnowledge.org.uk](https://www.healthknowledge.org.uk) , přístup k 2020-04-10.

Hsieh, YC a kol. (2006) "Pandemie chřipky: minulost, přítomnost a budoucnost", *J Formos Med Assoc.* 105(1):1-6. doi:10.1016/S0929-6646(09)60102-9

Langmuir, AD (1976) "William Farr: Founder of Modern Concepts of Surveillance", *International Journal of Epidemiology* , svazek 5, vydání 1, březen 1976,

Locey a Lennon (2016) „Scaling law předpokládají globální mikrobiální diverzitu“, *Proceedings of the National Academy of Sciences* , květen 2016, 113 (21) 5970-5975; DOI: 10.1073/pnas.1521291113

Lowen, AC et al. (2007) "Přenos viru chřipky je závislý na relativní vlhkosti a teplotě", *PLoS Pathog* 3(10): e151.

Lui, KJ, Kendal, AP (1987) "Dopad chřipkových epidemií na úmrtnost ve Spojených státech od října 1972 do května 1985", *Am J Public Health* , 77(6):712-716. doi:10.2105/ajph.77.6.712

Marti-Soler, H. a kol. (2014) "Sezónní variace celkové a kardiovaskulární úmrtnosti: Studie v 19 zemích z různých geografických lokalit", PLoS ONE , 9(11): e113500.

Rancourt, DG (2020), „Masky nefungují: Přehled vědy relevantní pro sociální politiku COVID-19“, Technická zpráva, Research Gate , 10. dubna 2020, DOI: 10.13140/RG.2.2.14320.40967/1

Richardson, S. a kol. (2020) „Prezentace charakteristik, komorbidit a výsledků mezi 5700 pacienty hospitalizovanými s COVID-19 v oblasti New York City“, JAMA . 323(20):2052-2059.  
doi:10.1001/jama.2020.6775

Sapolsky (2005) "Vliv sociální hierarchie na zdraví primátů", Science , 29. dubna 2005, sv. 308, strany 648-652. DOI: 10.1126/science.1106477

Sapolsky (2015), "Stres a mozek: individuální variabilita a obrácené U", Nature Neuroscience, říjen 2015, roč. 18, č. 10, strany 1344-1346.  
doi: 10.1038/nn.4109.

Shaman, J. a kol. (2010) "Absolutní vlhkost a sezónní nástup chřipky v kontinentálních Spojených státech", PLoS Biol 8(2): e1000316.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pbio.1000316>

Simonsen, L. a kol. (1997) "Dopad chřipkových epidemií na úmrtnost: zavedení indexu závažnosti", Am J Public Health . 87(12):1944-1950. doi:10.2105/ajph.87.12.1944

Straub RH. (2017) "Mozek a imunitní systém vyvolává nedostatek energie při chronickém zánětu a stárnutí", Nat Rev Rheumatol . 13(12):743-751. doi:10.1038/nrrheum.2017.172

Viboud, C. a kol. (2010) „Předběžné odhady úmrtnosti a ztracených let života v souvislosti s pandemií A/H1N1 v USA v roce 2009 a srovnání s minulými sezónami chřipky“, PLoS currents, sv . 2

RRN1153. 20. března 2010, doi:10.1371/currents.rrn1153

Viboud C. et al. (2006) "Dopad na přenosnost a úmrtnost epidemie a pandemické chřipky, s důrazem na neobvykle smrtelnou epidemii z roku 1951", Vaccine . 24(44-46):6701-6707.

doi:10.1016/j.vaccine.2006.05.067

[handelgroup.publichealth.uga.edu](http://handelgroup.publichealth.uga.edu)

Viboud, C. et al. (2005) „Mnohonárodní dopad pandemie hongkongské chřipky z roku 1968: důkazy pro doutnající pandemii“, The Journal of Infectious Diseases , svazek 192, číslo 2, 15. července 2005, strany 233-248,

Yang, W. a kol. (2011) "Koncentrace a distribuce velikosti virů vzdušné chřipky A měřené uvnitř ve zdravotním středisku, denním stacionáři a v letadlech", Journal of the Royal Society , Interface. 2011 Aug;8(61):1176-1184. DOI: 10.1098/rsif.2010.0686.

Yezli, S., Otter, JA (2011) "Minimální infekční dávka hlavních lidských respiračních a střevních virů přenášených potravou a životním prostředím", Food Environ Virol 3, 1-30.

Zwart, MP a kol. (2009) "Experimentální test hypotézy nezávislého působení v patosystémech virů a hmyzu", Proc. R. Soc. B. 2762233-2242

**Komentář:** Také od Dr Rancourt:

| Věda je nezvratná: roušky a respirátory NEZABRAŇUJÍ přenos virů

Jeho analýza úmrtnosti ze všech příčin minulé zimy a jeho závěry jsou v souladu s našimi:

| Vše, co si myslíte, že víte o koronaviru

A tak, abychom ještě jednou shrnuli „pandemii Covid-19“...

Po dva/tři měsíce WHO, média a jakákoliv „tajná kabala“ ovládající obojí, vrážela všem do tváře skutečnost, že staří lidé umírají, když dosáhnou konec jejich života. V procesu „přimět každého, aby si uvědomil hrůzu“ této skutečnosti, nezodpovědné (a upřímně patologické) elity svévolně nařídily obecné populaci, aby urychlila smrt desítek tisíc starých a imunitně ohrožených lidí, kteří zemřeli sami, když byli odděleni od milovaných. a opuštěni jejich běžnými zdravotníky.

Vládní politická rozhodnutí – konkrétně JEDNO „centrální“ vládní politické rozhodnutí, po kterém následovala většina západních vlád spolu s několika dalšími – vytvořilo „úzké místo úmrtí“ *dočasné zrušení běžných možností zdravotní péče pro nejzranitelnější skupiny společnosti* . Tito zranitelní lidé pak houfně umírali dříve, než by to bylo jinak, a jejich smrt poskytla médiím obrazy „přeplněných márníc“, krematorií atd. z celého světa.

Je ironií, že deklarovaný účel uzamčení – „zachránit starší lidi“ „zploštěním křivky“ – přinesl přesně opačný výsledek: starší lidé byli zabiti, čímž se uměle **a ukvapeně zvýšila jinak plošší křivka běžné zimní sezóny** .

## Názory čtenářů (10)

---

„Hromadné zabíjení vládou“. Pozor, jsme další.



radostně

To není nic nového. Často dáváme obětem nebo jejich rodinám levné medaile a vlajky.



DeliciousTears

Precedens, který covid 1984 vytvořil, je mnohem nebezpečnější než války o vlajky. Když se říše hroutí, jako je tato, největším nebezpečím pro zlo nahoře je nesouhlas zevnitř. Je docela snadné vidět, kam se Sauronovo oko dívá.



DeliciousTears Dobře řečeno.

 ReRan

[Link]

Polio vaccine causes polio. Verifiable and overt. Let's reconsider HIV now that POST POLIO SYNDROME is rampant.

 katesisco

This is unfortunately yet another example of the hubris that consumes our corporate economy.

IF you first consider that we sold nuclear energy, clean, free, non polluting to the world and then, in a classic BAIT AND SWITCH, sold nuclear weapons, appointed ourselves nuclear weapons authority determining the good guys and the bad guys, climbed to the top of that glass mountain by the oft-repeated, never attained claim of pending fusion, we have created this painted-in-corner from which we will not be able to leap.

I predict that a rash of lawsuits against states who force-mandated healthy people (who are now experiencing health issues related to prolonged wearing of masks) to spike! As well as, wrongful death suits from families who loved ones killed themselves over the restrictions.

 RULposlechnutí

RULlistening Yep.... they're going to try and mandate "masks" for my children in public schools next year in the fall. I've got \$20k put aside for an aggressive anti-mask campaign and for a lawyer to sue them as that's not going to happen. Assuming we can't escape this state by then.

 DeliciousTears

Show me the studies of children wearing masks for 7 hours straight .

DeliciousTears Dobré pro vás! Informuj nás pravidelně.

 ReRan

DeliciousTears Mohu se zeptat, v jakém státě žijete?

Bydlím ve Wackamole CO. Stát je totálně zahlcený kultem bláznů.

Žertuji, ale je to velmi vážné, tito idiotští  
fašističtí přísluhovači pomáhají kabale.

RUlistening Tak, uh, jaký je noční život v ole  
Wackamole; Vždy jsem o tom přemýšlel. . . ?



RUposlouchání ·

šílený.

· 3 years ago

 RULposlechnutí

 Dobrá optika