ΝΙΚΟΣ Ι. ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ – ΔΙΚΗΓΟΡΟΣ ΑΘΗΝΩΝ
Πιπεροπούλου & Ματρώζου 2 – 14575 Σταμάτα Δήμου Διονύσου
Τηλ.-Fax: 210 6210248 - Κιν.: 6971540626 – E-mail: nikant2@yahoo.gr

ΕΝΩΠΙΟΝ

ΠΑΝΤΟΣ ΑΡΜΟΔΙΟΥ ΔΙΚΑΣΤΗΡΙΟΥ

ΚΑΙ ΠΑΣΗΣ ΑΡΧΗΣ

ΕΞΩΔΙΚΗ

ΑΝΑΦΟΡΑ /

ΚΑΤΑΓΓΕΛΙΑ /

ΑΙΤΗΜΑ /

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ /

ΔΗΛΩΣΗ

Με επιφύλαξη δικαιωμάτων

ΤΩΝ ΚΑΤΩΘΙ :

ΟΜΑΔΑ Α:

1. Δρ. Αθανασίου Καλογερίδη, Μοριακού Βιολόγου - Γενετιστή B. Sc M. Sc. Ph. D - D. Sc Τμήμα Βιολογίας, Τομέας Γενετικής, Ανάπτυξης και Μοριακής Βιολογίας- Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.

2.Δρ Ιωάννη Γιαννιού, Καθηγητή Γονιδιακής Ιατρικής και Υγείας, Προέδρου της Ελληνικής και Διεθνούς Εταιρείας Γονιδιωματικής και Μοριακής Ιατρικής και Έρευνας, Προέδρου του Μεταπτυχιακού Τμήματος γονιδιακής Ιατρικής- Πανεπιστήμιο Νότιας Ουαλίας.

3.Μαριάνθης Ευαγγέλου, Βιοχημικού M. Sc Βιοχημείας.

4.Ελένης Κοροξενίδου, B.Sc., M. Phil Μοριακής Τοξικολόγου, Ινστιτούτο Καρολίνσκα, Σουηδία.

5.Αικατερίνης Ρούπτσιου, Βιολόγου MSc Βιοχημείας Ph.D Υποψήφιας Ερευνήτριας, Τμήμα Χημικών Μηχανικών - Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.

ΟΜΑΔΑ Β:

1. Παναγιώτη Παπαγιαννάκη, Ιατρού – Γαστρεντερολόγου.

2. Μαρίας Τραχανά, Ιατρού - Καθηγήτριας Παιδιατρικής.

3. Γεωργίου Αηδονίδη, Ιατρού – Καρδιολόγου.

4. Γεωργίου Σύρπη, Ιατρού – Ψυχίατρου.

5. Αικατερίνης Τσακμάκη, Γενικού Ιατρού.

6. Παναγιώτη Παπαπρεπώνη, Τεχνολόγου Ιατρικών Εργαστηρίων.

Γ:

Δημητρίου Ποντίκα, Ιδιοκτήτη Βιοτεχνολογικού Εργαστηρίου.

ΑΠΕΥΘΥΝΟΜΕΝΗ ΣΤΟΥΣ ΚΑΤΩΘΙ :

1. Κυριάκο Μητσοτάκη, Πρωθυπουργό, κάτοικο Αθηνών, οδός Ηρώδου Αττικού αρ. 19 – Μέγαρο Μαξίμου.

2. Βασίλειο Κικίλια, Υπουργό Υγείας, ατομικώς και για λογαριασμό της **Επιτροπής Αντιμετώπισης Εκτάκτων Συμβάντων Δημόσιας Υγείας από Λοιμογόνους Παράγοντες,** κάτοικο Αθηνών, οδός Αριστοτέλους αρ. 17 – Υπουργείο Υγείας.

3. Μαρία Θεοδωρίδου, Πρόεδρο Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών, κάτοικο Αθηνών, οδός Αριστοτέλους αρ. 17 – Υπουργείο Υγείας.

4. Παναγιώτη Πρεζεράκο, Πρόεδρο της **Εθνικής Επιτροπής Προστασίας της Δημόσιας Υγείας έναντι του κορωνοϊού COVID-19,**κάτοικο Αθηνών, οδός Αριστοτέλους αρ. 17 – Υπουργείο Υγείας.

5. Έφη Βαγενά, Πρόεδρο Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής και Τεχνοηθικής, κάτοικο Αθηνών, οδός Νεοφύτου Βάμβα αρ. 6.

<u>ΚΑΙ</u>

ΚΟΙΝΟΠΟΙΟΥΜΕΝΗ ΣΤΟΥΣ ΚΑΤΩΘΙ :

1. Παναγιώτη Στάθη, Διοικητή 1ης Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής, κάτοικο Αμπελοκήπων Αττικής, οδός Ζαχάρωφ αρ. 3.

2. Χρήστο Ροϊλό, Διοικητή 2ης Υγειονομικής Περιφέρειας Πειραιώς και Αιγαίου, κάτοικο Αγίου Ρέντη Αττικής, Λεωφόρος Θηβών αρ. 198.

3. Παναγιώτη Μπογιατζίδη, Διοικητή 3ης Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας, κάτοικο Θεσσαλονίκης, οδός Αριστοτέλους αρ. 16.

4.Δημήτριο Τσαλικάκη, Διοικητή 4ης Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας και Θράκης, κάτοικο Θεσσαλονίκης, οδός Αριστοτέλους αρ. 16.

5.Φώτιο Σερέτη, Διοικητή 5ης Υγειονομικής Περιφέρειας Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας, κάτοικο Μεζούρλου Λάρισας.

6.Ιωάννη Καρβέλη, Διοικητή 6ης Υγειονομικής Περιφέρειας Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας, κάτοικο Πατρών, Υπάτης 1 & Ν.Ε.Ο Πατρών-Αθηνών.

7. Ελένη Μπορμπουδάκη, Διοικήτρια 7ης Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης, κάτοικο Κρήτης, 3ο χιλ. Εθνικής Οδού Ηρακλείου-Μοιρών.

8.Αθανάσιο Εξαδάκτυλο, Πρόεδρο Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, κάτοικο Αθηνών, οδός Πλουτάρχου αρ. 3.

Η παρούσα θέτει **απόλυτα και αδιαμφισβήτητα επιστημονικά δεδομένα, στοιχεία και μελέτες, με πληθώρα σχετικών παραπομπών,** τα οποία **<u>αποδεικνύουν</u>,*αφενός ότι*** τα τέσσερα εμβόλια τα οποία χρησιμοποιούνται έναντι του αναπνευστικού ιού SARS-CoV-2 και

της ασθένειας Covid-19, **δεν** εξυπηρετούν τον σκοπό για τον οποίο υποτίθεται ότι κατασκευάστηκαν και χρησιμοποιούνται από τον πληθυσμό, ***αφετέρου ότι*** εκθέτουν τους πολίτες σε **πολύ σοβαρό κίνδυνο για την υγεία και τη ζωή τους,** όπως άλλωστε έχει **ήδη εκ του αποτελέσματος αποδειχθεί** σε πλείστες περιπτώσεις, παρά την **προφανή προσπάθεια** που γίνεται από πλευράς της κυβέρνησης και των συνεργαζομένων με αυτήν ειδικών επιστημόνων, **απόκρυψης των σοβαρών παρενεργειών και των θανάτων που προκλήθηκαν μετά τον εμβολιασμό πολύ μεγάλου αριθμού πολιτών.**

Παρατηρούμε μία πραγματικά **αφύσικη εμμονή** της κυβέρνησης και των συνεργαζομένων με αυτήν ειδικών επιστημόνων, συνεπικουρουμένων από τα συστημικά Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε.)., και με την κάλυψη της Δικαιοσύνης, **να εμβολιαστεί ο πληθυσμός,** ενώ, ***αφενός*** το σύνολο των εμβολίων που κυκλοφορούν αυτή τη στιγμή στη χώρα μας είναι ουσιαστικά σε πειραματικό στάδιο, με σοβαρότατες ελλείψεις σε επίπεδο κλινικών μελετών, ***αφετέρου,*** δε, αποκρύπτονται οι σοβαρές παρενέργειες και οι θάνατοι ακόμη και νέων ανθρώπων, μετά τον εμβολιασμό τους, την ίδια ώρα που **συστηματικά αποφεύγεται η εκ των ουκ άνευ αναγκαία και επιβεβλημένη νεκροτομή στις περιπτώσεις θανάτου μετά από εμβολιασμό.**

Ήταν από την πρώτη στιγμή, και πριν καν την κήρυξη της πανδημίας από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), εμφανής η προσπάθεια της κυβέρνησης, να εμβολιάσει τον πληθυσμό, παραλείποντας την ίδια ώρα να ενεργήσει προς την κατεύθυνση της προμήθειας φαρμακευτικών αγωγών για την αντιμετώπιση της νόσου στα πρώτα στάδια της εμφάνισης συμπτωμάτων. Αρχικά, υπήρξε **καθησυχασμός του πληθυσμού,** δια της διαβεβαίωσης των πολιτών ότι ο εμβολιασμός δεν θα ήταν υποχρεωτικός, καίτοι η ίδια η κυβέρνηση είχε εκδώσει την Πράξη Νομοθετικού Περιεχομένου της 25ης Φεβρουαρίου 2020, πριν την κήρυξη της πανδημίας από τον Π.Ο.Υ. την 11η Μαρτίου 2020, δια της οποίας προβλέφθηκε, μεταξύ άλλων υποχρεωτικοτήτων, και αυτή του εμβολιασμού. Εν συνεχεία, υπήρξε γιγαντιαία «**πλύση εγκεφάλου**» των πολιτών από τα συστημικά Μ.Μ.Ε., για τον εμβολιασμό τους, εν μέσω μάλιστα έξαρσης του ιού, όπερ επιστημονικά απαράδεκτο, ενώ όταν προφανώς δεν λειτούργησε η πειθώ, προστέθηκε μία ευρύτατη, σε όλους τους εργασιακούς χώρους, **εκβιαστική κατ' ουσίαν, πρακτική έναντι των εργαζομένων,** ακολούθως εφαρμόστηκε μία **έμμεση εκβιαστική πρακτική,** δια του διαχωρισμού της κοινωνίας σε πολίτες δύο κατηγοριών, πατρικίων εμβολιασμένων και πληβείων ανεμβολίαστων, με την πρόβλεψη

πλήθους «προνομίων» στους πρώτους, και τέλος, όλες τις ανωτέρω προσπάθειες και πρακτικές, διαδέχθηκε η εφαρμογή της «τελικής λύσης», ήτοι της **εφαρμογής της υποχρεωτικότηταςτου εμβολιασμού,** την οποία μετ' επιτάσεως αποκήρυτταν μέχρι πρότινος οι εκπρόσωποι της κυβέρνησης, μηδέ του αρμοδίου Υπουργού Υγείας και του ιδίου του Πρωθυπουργού εξαιρουμένων.

Δια της παρούσης **εξωδίκου αναφοράς-καταγγελίας-αιτήματος-προσκλήσεως-δηλώσεως,** ζητάμε πολύ απλά **την ανατροπή των επιστημονικών αναλύσεων, δεδομένων, στοιχείων, μελετών και συμπερασμάτων που εκτίθενται σε αυτή,εφόσον αυτό είναι δυνατόν,** ώστε να προσθέσετε και …εμάς σε αυτούς που θα συμβάλουν στην εκστρατεία εμβολιασμού.

Άλλως, όμως, και **εφόσον δεν υπάρχει ουσιαστικός επιστημονικός αντίλογος στα κάτωθι εκτιθέμενα,απαιτούμε** την **άμεση διακοπή του εμβολιαστικού προγράμματος,** δεδομένου ότι η μη αντίκρουση της παρούσης, θα συνιστά από τους αποδέκτες της **σιωπηρή αποδοχή του περιεχομένου της** και **ομολογία ότι τα συμπεράσματά της είναι απολύτως ορθά.**

Προς τον σκοπό αυτό, άλλωστε, **θέτουμε διορία στους αποδέκτες της παρούσης, δύο εργασίμων ημερών, προκειμένου να απαντήσετε και να ανατρέψετε κατά τα άνω το περιεχόμενο της παρούσης.**Είναι **αυτονόητο,** ότι η ανατροπή αυτή **δεν νοείται να είναι αφοριστική και γενικόλογη,** αλλά **επιβάλλεται να συνοδεύεται από επιστημονικά τεκμηριωμένη αντίκρουση των εκτιθέμενων επιστημονικών αναλύσεων, δεδομένων, στοιχείων, μελετών και συμπερασμάτων, με αντίστοιχαεπιστημονικά δεδομένα και στοιχεία, μελέτες και συμπεράσματα.**

Πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη το γεγονός ότι, μετά την επίδοση της παρούσης, **θα συνταχθούν με το «δια ταύτα» αυτής,χιλιάδες πολίτες από όλους τους εργασιακούς χώρους.** Είναι ίσως από τις ελάχιστες περιπτώσεις στην ιστορία της χώρας, αν όχι η μοναδική, όπου **η μαζικότητα της αντίδρασης συνδυάζεται με την ΟΥΣΙΑ,** δεδομένου ότι εν προκειμένω η αντίδραση του κόσμου που θα συνταχθεί με το «δια ταύτα» της παρούσης, **δεν θα περιορίζεται απλά και μόνο στην υποχρεωτικότητα του εμβολιασμού, αλλάθα στοχεύει**

στην καρδιά του προβλήματος, που δεν είναι άλλη από τα ίδια τα εμβόλια και τη δράση τους.

Το κείμενο της παρούσης **περιλαμβάνει τιςεπιστημονικές αναλύσεις, δεδομένα, στοιχεία, μελέτες, συμπεράσματα και παραπομπές, των τριών κατά τα άνω ομάδων.**

Μετά την επίδοσή της, **το μεταφρασμένο στην αγγλική γλώσσα κείμενό της, με τα σχετικά αποδεικτικά επιδόσεως, θα σταλεί στο εξωτερικό στις αρμόδιες για το περιεχόμενό της διευθύνσεις στην Ευρώπη και στις Η.Π.Α.**

ΥΠΟΜΝΗΜΑ ΟΜΑΔΑΣ Α - ΒΙΟΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ

«Η επιστήμη πάντοτε κάνει λάθη. Ποτέ δεν έλυσε ένα πρόβλημα, χωρίς να θέσει ένα άλλο»

Τζορτζ Μπερναρντ Σο

«Η επιστημονική ειλικρίνεια δεν γνωρίζει τα συνετά ψέματα»

Ερνέστ Ρενάν

Το παρόν υπόμνημα συντάχτηκε από ομάδα Επιστημόνων της υγείας και συγκεκριμένα Ιατρούς, Μοριακούς Βιολόγους, Γενετιστές, Βιοτεχνολόγους και Βιοχημικούς. Βασικό σκοπό έχει να μεταφέρει την επιστημονική αλήθεια και να θέσει για πρώτη φορά, έστω και αυτή την ύστατη ώρα,**τη βάση για να δούμε τα εμβόλια για τη νόσο Covid-19 στην πραγματική τους διάσταση.**

Ο επιστημονικός διχασμός, στην πράξη ο αποκλεισμός της αντίθετης επιστημονικής θέσης και γνώσης, είναι καιρός να λήξει, καθώς ο βασικός σκοπός της επιστήμης είναι, υποτίθεται, το συμφέρον και **μόνο** το συμφέρον των συνανθρώπων μας. Καμία επιστημονική ομάδα δεν μπορεί να ισχυριστεί ότι κατέχει **μόνο αυτή** την επιστημονική αλήθεια, εάν αυτή δεν περάσει από το φίλτρο αξιολόγησης πολλών επιστημονικών ομάδων. Η **διαστρέβλωση της αλήθειας** από μερίδα επιστημόνων, με σκοπούς **διαφορετικούς** από αυτούς που πραγματικά πρέπει να υπηρετούμε, και ιδιαίτερα όταν αγγίζει ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα, όπως είναι η ακεραιότητα της μοριακής ταυτότητας του κάθε ατόμου,**μπορεί να οδηγήσει στην ίδια την απειλή της υπόστασης του ανθρώπου ως είδος !!**

Όταν η επιστημονική αλήθεια μετατρέπεται σε **επιστημονική παραπληροφόρηση**, **αγνοώντας, απαξιώνοντας και αποκλείοντας την έρευνα της αντίθετης επιστημονικής γνώσης** (και όχι άποψης), τότε δυστυχώς ριζώνει και βλαστάνει **ο καρπός της ύβρεως.**

Διαπράττεται **ύβρις** και προς τους ανθρώπους και προς την φύση.

Μια ύβρις <u>τεραστίου</u> μεγέθους με <u>πρωτόγνωρα και αλλόκοτα χαρακτηριστικά</u>.

Η μοριακή Βιολογία και η Γενετική αποτελούν επιστήμες με ζωή 50 χρόνων περίπου ίσως και λιγότερο. Μέσα σε αυτά τα χρόνια κάναμε πολλά άλματα εξέλιξης με γεωμετρική πρόοδο και μάθαμε πολλά, αλλά όχι δυστυχώς τα περισσότερα. Η μοριακή Βιολογία είναι μια επιστήμη που συνεχώς εξελίσσεται και μας εκπλήσσει καθώς μας έχει αποδείξει ότι ένα και ένα δεν κάνει πάντα δύο.

Θα πρέπει λοιπόν οι εφαρμογές των νέων επιτευγμάτων της Μοριακής Βιολογίας και της Γενετικής, ιδιαίτερα όταν αφορούν νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις στον τομέα της Υγείας, να είναι πάρα **πολύ καλά σχεδιασμένες** και, βεβαίως,**να ακολουθούνται αυστηρά όλα τα πρωτόκολλα προστασίας,** καθώς ο τελικός αποδέκτης αυτών των εφαρμογών είναι**ο άνθρωπος.** Σε **διαφορετική περίπτωση,** την ύβρι από την παραβίαση των νόμων και των κανόνων του σχεδιαγράμματος της ζωής, όπως αυτό ορίζεται από το γενετικό μας υλικό (DNA), και των επιμέρους μοριακών μηχανισμών που ορίζουν και ελέγχουν την φυσιολογική λειτουργία όλων των τρισεκατομμυρίων κυττάρων που μας αποτελούν,**θα την ακολουθήσει η Νέμεσις.**

Όλοι οι γενετικοί κώδικες είναι βασισμένοι και θεμελιωμένοι **με γνώμονα το μέτρο και την αναλογία της φύσης.** Οι νόμοι αυτοί, από τις απαρχές της ανθρώπινης ύπαρξης, καθορίζουν την ομοιοστασία, δηλαδή την **φυσιολογική ανάπτυξη και λειτουργία ολόκληρου του οργανισμού μας.** Οποιαδήποτε **διαταραχήτης ισορροπίας των νόμων αυτών,** όπως αυτοί εκφράζονται μέσα από βασικούς μοριακούς μηχανισμούς, οι οποίοι είναι εξειδικευμένοι ανάμεσα στα άτομα ενός πληθυσμού,**μπορεί να ανοίξει το κουτί της Πανδώρας, με <u>ανυπολόγιστες επιπτώσεις</u>.**

Κάποιος Καθηγητής Γενετικής είπε κάποτε σε ένα αμφιθέατρο, ότι η γραμμή μεταξύ της ηθικής και της ανηθικότητας στην επιστήμη της Γενετικής είναι **τόσο λεπτή όσο μια κλωστή,** και ότι εμείς σαν επιστήμονες έχουμε **χρέος** να την κρατάμε **πάντα ορατή** και να μην την περνάμε για κανένα λόγο,**γιατί μπορεί η ζημιά που θα κάνουμε να είναι <u>μεγαλύτερη από το υποτιθέμενο όφελος</u>.**

Σήμερα ακροβατούμε επάνω σε αυτή την κλωστή και αισθανόμαστε το χρέος σαν επιστήμονες, που καταθέτουμε και υπογράφουμε αυτό το υπόμνημα, να αποκαλύψουμε την επιστημονική αλήθεια με κάθε τρόπο, έχοντας σαν βάση ότι η ανθρώπινη αξιοπρέπεια, ο σεβασμός και η ελευθερία αποτελούν όχι μόνο ακρογωνιαίους λίθους της ανθρώπινης υπόστασης αλλά και των δικαιωμάτων της που οικοδομούν την ευημερία του ανθρώπινου είδους.

Σε αυτή την προσπάθεια, εμείς οι επιστήμονες και λειτουργοί της Υγείας, ζητάμε την συμπαράσταση των ανακλαστικών μηχανισμών της κοινωνίας, που είναι η Δικαιοσύνη και αυτοί που την εκπροσωπούν.

Για αυτό τον σκοπό άλλωστε, σαν ένας ακόμα ανακλαστικός μηχανισμός, δημιουργήθηκε η **Βιοηθική,** δηλαδή **οι ηθικοί κανόνες που διέπουν όχι μόνο την Ιατρική σαν επιστήμη, αλλά και όλες τις επιστήμες που εφαρμόζουν ή σκοπεύουν να εφαρμόσουν τα επιστημονικά επιτεύγματα τους, για την βελτίωση ή την προστασία της υγείας των συνανθρώπων μας.** Οι ηθικοί αυτοί κανόνες σκοπό έχουν **να αποτρέψουν αρρωστημένες λογικές κάθε μορφής επέμβασης στο ανθρώπινο σώμα χωρίς την ρητή συναίνεση του κάθε ανθρώπου.** Με αυτόν τον τρόπο η βιοηθική εξασφαλίζει ότι **δεν θα χρησιμοποιηθούν επιστημονικές θεραπευτικές ή προληπτικές προσεγγίσεις σε ανθρώπους, κάτω από πίεση, εκβιασμό, απάτη ή χωρίς επαρκή ενημέρωση.**Και για να υπάρχει αυτή η ενημέρωση, θα πρέπει **να υπάρχει γνώση όλων των παραμέτρων μιας τέτοιας προσέγγισης.** Εάν υπάρχουν σημεία σε μια τέτοια προσέγγιση, που δεν είναι είτε καλά διευκρινισμένα είτε δεν έχουν επαρκώς ερευνηθεί, τότε οι κανόνες της βιοηθικής, με όλες τις προεκτάσεις τους, απαγορεύουν ρητώς την χρήση της.

Για αυτό το σκοπό λοιπόν οι σύγχρονοι κανόνες της βιοηθικής που καταγράφονται ευκρινώς και χωρίς περιθώρια παρερμηνείας στο Ελληνικό Σύνταγμα, και σε πληθώρα διεθνών κανονισμών όπως αυτοί διαμορφώθηκαν μετά την λήξη του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου (Διακήρυξη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων του Ο.Η.Ε. 1949, Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την προάσπιση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και των Θεμελιωδών Ελευθεριών, 1950, Οικουμενική Διακήρυξη για την Βιοηθική και τα Ανθρώπινα Δικαιώματα της UNESCO, 1950 κ.α.) συνιστούν την **έκφραση του αποτροπιασμού της κοινωνίας απέναντι σε οποιαδήποτε**

επέμβαση, άμεση ή έμμεση, που θα επιχειρηθεί στο ανθρώπινο είδος σαν πείραμα, με οποιοδήποτε πρόσχημα και χωρίς πλήρη επιστημονική τεκμηρίωση.

Σήμερα, ολόκληρη η ανθρωπότητα σε όλο τον πλανήτη βρίσκεται κάτω από μια πρωτόγνωρη και ασύμμετρη απειλή που χαρακτηρίζεται ως «πανδημία COVID-19», και οφείλεται σε ένα RNA-ιό, τον SARS-CoV-2, η οποία όμως εξελίσσεται **αντιστρόφως ανάλογα με τις <u>πραγματικές</u> της διαστάσεις με απρόβλεπτες επιστημονικές, κοινωνικές και ηθικές συνέπειες.** Παρατηρούμε με αγωνία και σκεπτικισμό, ότι χρησιμοποιείται ολοένα και περισσότερο,**<u>όχι</u> δικαιολογημένα επιστημονικά,** μια διαφορετική εικόνα εξέλιξης του συγκεκριμένου ιού, με σκοπό την **κατάργηση,** με συντονισμένη προσπάθεια, όλου του νομικού πλαισίου που η ίδια η ανθρωπότητα έστησε,**για να αποφύγει μονομερείς και ατελώς επιστημονικά τεκμηριωμένες ενέργειες, που ως σκοπό θα είχαν την <u>επιβολή πειραματικών θεραπευτικών ή προληπτικών προσεγγίσεων στο ανθρώπινο είδος</u>.**

Με έκπληξη παρατηρούμε επίσης,να υποστηρίζονται οι συγκεκριμένες ενέργειες σθεναρά από μερίδα συναδέλφων οι οποίοι αναφέρονται συνεχώς σε μελέτες, τις οποίες όμως **αρνούνται να καταθέσουν όταν διεπιστημονικά τους ζητούνται.**

Αντιθέτως, μάλιστα,**<u>απορρίπτουν</u> οποιοδήποτε διάλογο** με όσους επιστήμονες διαφωνούν πάνω σε βασικά επιστημονικά θέματα, τα οποία αφορούν στην συγκεκριμένη λοίμωξη από τον SARSCoV-2 και **στερούνται τεκμηρίωσης,** με σκοπό να γίνει ακόμα πιο ασφαλής η οποιαδήποτε θεραπευτική προσέγγιση.

Ο επιστημονικός **αποκλεισμός** και ο **διαχωρισμός** σε «καλούς» και «κακούς» (ή και ακόμη απαξιωτικότερους χαρακτηρισμούς) επιστήμονες, με **μοναδικό κριτήριο** το εάν επικροτούν ή όχι κάποιες συγκεκριμένες προσεγγίσεις, παραπέμπει σε άλλες σκοτεινές εποχές του «αποφασίζω και διατάσσω» και μόνο σωστά μηνύματα δεν στέλνει στην κοινωνία, ενώ λογικά δημιουργεί αμφιβολίες σχετικά με την νηφάλια και ορθή αντιμετώπιση της νόσου, και **διχάζει,** καθώς αναπόφευκτα καλείται να πάρει θέση υπέρ της μιας ή της άλλης επιστημονικής ομάδας.

Εμείς, λοιπόν, οι επιστήμονες πολλών διαφορετικών ειδικοτήτων, ως κομμάτι της ευρύτερης επιστημονικής κοινότητας, οι οποίοι εργαζόμαστε στην πρώτη γραμμή του τομέα της υγείας, είτε στον τομέα της έρευνας είτε σε αυτόν της διάγνωσης, με την εμπειρία που

διαθέτουμε, και έχοντας **πλήρη αντίληψη του βάρους και της ευθύνης που φέρει για τον καθένα η επιστημονική του ιδιότητα,**καλούμεθα **να τοποθετηθούμε <u>άμεσα</u>,** θέτοντας **<u>συγκεκριμένα</u> επιστημονικά <u>μείζονος σημασίας ερωτήματα</u>,** τα οποία προκύπτουν μέσα από **πραγματικές** μελέτες σε όλα τα επίπεδα (μοριακό, ανοσολογικό, βιοχημικό και κλινικό), σχετικά με την διαχείριση της πανδημίας,σε**<u>όλες</u> της τις προεκτάσεις** (φάρμακα, εμβόλια, παρενέργειες, υποχρεωτικότητα κ.λ.π).

Κατ' αρχάς, και αυτό αποτελεί την**κύρια βάση** των ανησυχιών μας,**θα πρέπει να γίνει κατανοητή <u>η δυναμική και η πολυπλοκότητα των αλληλεπιδράσεων του γενετικού μας υλικού</u>,** η οποία **θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη κατά την εφαρμογή οποιασδήποτε θεραπευτικής η προληπτικής προσέγγισης,**η οποία προβλέπει την **εισαγωγή οποιουδήποτε τεχνητού τροποποιητικού ή διεγερτικού παράγοντα,** ο οποίος **επηρεάζει την λειτουργικότητα της κυτταρικής μηχανής** (βιολογικοί παράγοντες, φάρμακα μοριακής στόχευσης, εμβόλια DNA ή RNA), σε **κάθε ένα από τους 220 διαφορετικούς τύπους κυττάρων που αποτελούν τον ανθρώπινο οργανισμό.**

Σε αυτή την κατεύθυνση αναφέρουμε ότι η αφετηρία των ολοένα και πιο εξελιγμένων γνώσεων μας επάνω στην Μοριακή Βιολογία και Γενετική, είναι η αυγή της 3^{ης} χιλιετίας, η οποία ξεκίνησε με **ένα τεράστιο επίτευγμα,** μεγαλύτερο ίσως και από την ανακάλυψη του τροχού, το οποίο έδωσε ένα **απίστευτο όγκο γενετικών πληροφοριών**,χάρις πάντα στην συντονισμένη προσπάθεια, και αυτό είναι το σημαντικότερο όλων για χιλιάδες επιστήμονες σε όλο τον πλανήτη.

Η πρόκληση της **αποκρυπτογράφησης του ανθρώπινου γονιδιώματος** (HUMANGENOMEPROJECT), έδωσε τη **μεγαλύτερη ώθηση στην μετεξέλιξη της Γενετικής στην σύγχρονη Μοριακή Γενετική**, η οποίαως **<u>σκοπό</u> είχε και έχει την <u>αποκωδικοποίηση όλων εκείνων των μοριακών μηχανισμών που ελέγχουν το ανθρώπινο γονιδίωμα</u>, με σκοπό την <u>πρόληψη την διάγνωση και την θεραπεία αρκετών ασθενειών που μαστίζουν την ανθρωπότητα</u>, όπως ο καρκίνος τα αυτοάνοσα νοσήματα κ.λπ.** [1]

Η αποκωδικοποίηση του ανθρώπινου γονιδιώματος (HUMANGENOMEPROJECT) το 2003, μας αποκάλυψε ότι αν και το 99% του ανθρώπινου γονιδιώματός μας είναι παρόμοιο σε όλους τους ανθρώπους, εντούτοις **το 1% που μεταφράζεται σε περίπου 32X10^{6} γράμματα,**

μας κάνει <u>μοναδικούς και αναντικατάστατους</u>. Αυτή τη στιγμή γνωρίζουμε λειτουργικά **μόλις το 2% του ανθρώπινου γονιδιώματος** (δηλ μόλις μερικά εκατοστά). Το υπόλοιπο είναι το 97% με 98% του DNA, το οποίο μέχρι πριν από 15 χρόνια θεωρείτο ως JunkDNA, κοινώς απομεινάρι της εξέλιξης του ανθρώπινου είδους.

Εντούτοις, μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος **ENCODE** (EncyclopediaofDNAElements) τον Σεπτέμβριο του 2012, που ως σκοπό είχε την ταυτοποίηση και μελέτη όλων των λειτουργικών στοιχείων επάνω στο ανθρώπινο γονιδίωμα, μας αποκαλύφτηκαν πολύ σημαντικές πληροφορίες [2].

Πιο συγκεκριμένα αποκαλύφτηκε ότι ο ρόλος του junkDNA σε όλους τους κυτταρικούς τύπους είναι όχι απλά σημαντικός αλλά καθοριστικός καθώς συμμετέχει ενεργά στον έλεγχο αλλά και την ρύθμιση σημαντικών μοριακών μηχανισμών που έχουν σχέση με την ανάπτυξη την εξέλιξη και την διαφοροποίηση της αντίδρασης του ανθρώπινου γονιδιώματος απέναντι σε διάφορα ερεθίσματα του εξωτερικού περιβάλλοντος όπως είναι οι μικροβιακές ή οι ιογενείς λοιμώξεις.

Προς αυτή τη κατεύθυνση έγιναν και γίνονται πολλές μελέτες, προκειμένου να κατανοηθεί ο τρόπος λειτουργίας **συγκεκριμένων μοριακών μηχανισμών,** μερικοί εκ των οποίων είναι **α)**η γονιδιακή ρύθμιση η δράση των μεταγραφικών παραγόντων και άλλων στοιχείων που παίρνουν μέρος στον μηχανισμό αυτό,**β)**οι επιγενετικές αλλαγές,**γ)** η επιδιόρθωση του DNA,**δ)** οι μεταλλάξεις,**ε)** η ρύθμιση της μετάφρασης,**στ)** η ρύθμιση της αποικοδόμησης του πλεονάζοντος mRNA,**ζ)** η ρύθμιση της αποικοδόμησης των διαφόρων πρωτεϊνών, αλλά και η χρονική περίοδος ενεργοποίησης της αποικοδόμησης αυτής,**η)** οι μετα-μεταφραστικές τροποποιήσεις, στις οποίες υπόκεινται οι περισσότερες πρωτεΐνες, κ.λπ.

Τα αποτελέσματα των μελετών αυτών, όπως δείχνει η διεθνής βιβλιογραφία, φαίνεται να **περιπλέκονται ακόμα περισσότερο,**όμως, και **από τα αποτελέσματα του ENCODE,** τα οποία έδειξαν ότι το μεγαλύτερο μέρος (περίπου το 80,4%) του ανθρώπινου γονιδιώματος παίζει έναν επιπρόσθετο και**<u>βασικό</u> ρυθμιστικό ρόλο,***τόσο* επάνω στην αλληλεπίδραση των γνωστών γονιδίων, που ανήκουν στο 2% του γονιδιώματος,*όσο* και στην εύρυθμη λειτουργία των παραπάνω μοριακών μηχανισμών, σε όλους τους 220 τύπους κυττάρων, και κατ' επέκταση και στα κύτταρα που λαμβάνουν μέρος στην διαδικασία της ανοσιακής απάντησης [3].

Πιο συγκεκριμένα, μέσω του προγράμματος ENCODE καταγράφηκαν περίπου 4X10^6 διακόπτες σε ολόκληρο το γονιδίωμα, που περιελάμβαναν μεταγραφικούς παράγοντες, ενισχυτές, θέσεις σύνδεσης, τροποποιητές ιστονών, μικρά μόρια mRNAs, με **άγνωστη μέχρι σήμερα λειτουργία.** Από αυτούς του διακόπτες, 4 X 10^5 μόρια φαίνεται να ενισχύουν ή να αναστέλλουν την δράση άλλων γονιδίων μεταβάλλοντας ανάλογα την κυτταρική λειτουργία.Από αυτά, 7X10^4 μόρια δρουν ως ενεργοποιητές άλλων γονιδίων. Επίσης από το 80,4% του αφανούς γονιδιώματος που μελετήθηκε, βρέθηκε ότι το 50% του DNA αποτελείται από επαναλαμβανόμενες ακολουθίες, από τις οποίες κάποιες έχουν την ικανότητα να μεταπηδούν σε διάφορα σημεία του γονιδιώματος (μεταθετά στοιχεία) jumpinggenes, και να παίρνουν ενεργά μέρος στην γονιδιακή ρύθμιση. Τα μεταθετά αυτά στοιχεία βρέθηκε ότι, σε ένα ποσοστό 40%, αποτελούν απομεινάρια αρχαίων ιών που μόλυναν και ενσωματώθηκαν στο γενετικό μας υλικό. Οι ακολουθίες αυτές, με την σειρά τους, ελέγχονται από άλλα γονίδια, τα οποία ελέγχουν κατασταλτικά, μέσω της κωδικοποίησης συγκεκριμένων πρωτεϊνών, την κινητικότητα τον χρόνο και τον τόπο που θα προσγειωθούν μέσα στο γονιδίωμα, με συνέπειες άλλοτε ωφέλιμες και άλλοτε δυσάρεστες.

Καθώς τα «έκτατα γονίδια» επιτρέπουν τη δημιουργία της απαραίτητης γενετικής ποικιλομορφίας, όπως φάνηκε σε αντίστοιχες μελέτες που έγιναν στους διάφορους ξενιστές, μετά την έναρξη της ανοσιακής απόκρισης σε κάποια μικρόβια, όπως οι *Haemophilusinfluenzae και Neisseriameningitides,***το ίδιο μπορεί να συμβαίνει και με τα αντίστοιχα έκτακτα γονίδια που υπάρχουν στο ανθρώπινο αφανές γονιδίωμα.** Έτσι συντίθενται σε ορισμένο χρόνο **συγκεκριμένα μόρια-κλειδιά,** τα οποία δρουν,***είτε έμμεσα*** μέσω μονοπατιών που οδηγούν στην έκκριση πρωτεϊνών (κυτταροκίνες χημειοκίνες κ.λ.π),***είτε άμεσα*** στην εφαρμογή ενός μονοπατιού ανταπόκρισης στην διέγερση κάποιου υποδοχέα από κάποιο αντιγόνο,ως ανταπόκριση στην διέγερση ενός υποδοχέα <u>να επιλέγεται</u> η κατάλληλη βιολογική ανοσιακή απόκριση απέναντι σε ένα μεταβαλλόμενο αντιγονικό περιβάλλον, όπως είναι οι λοιμογόνοι παράγοντες.

Το πιο **εντυπωσιακό** εύρημα,όμως, σε όλη αυτή την νέα ολιστική προσέγγιση του ανθρώπινου γονιδιώματος, αποτελεί η πολυμορφικότητα του γενετικού υλικού, που φαίνεται ότι επηρεάζει αυτή την ενδογενή ικανότητα του DNA να αλληλεπιδρά,*τόσο* σε γονιδιακό επίπεδο *όσο* και σε άλλα επίπεδα, όπως του μεταγραφώματος (mRNAs) και του πρωτεώματος

(δομή και δράση πρωτεϊνών σε κάθε φάση της κυτταρικής διαφοροποίησης), κ.α., κατά την διάρκεια της κυτταρικής ανταπόκρισης απέναντι σε κάθε εξωτερικό ερέθισμα [4].

Αρχίζει,πιστεύουμε, να γίνεται ορατό πλέον, μέσα από την περιγραφή όλων αυτών των αλληλεπιδράσεων, ότι η μελέτη όλων αυτών των τόσο σημαντικών πληροφοριών που συλλέχθηκαν και συνεχίζουν να συλλέγονται, έθεσαν ένα νέο πεδίο έρευνας ιδιαίτερα στην Ανοσογενετική,**σχετικά με <u>τον τρόπο με τον οποίο διαφοροποιούνται οι μοριακοί μηχανισμοί στην ανοσιακή απάντηση απέναντι ιδιαίτερα στις λοιμώξεις</u>, αλλά και στον <u>τρόπο δράσης συγκεκριμένων προληπτικών ή θεραπευτικών προσεγγίσεων</u> όπως είναι η διεισδυτικότητα των εμβολίων ιδιαίτερα ανάμεσα στα άτομα ενός πληθυσμού [5][6].**

Με το πρόγραμμα **(HumanImmunologyProjectConsortium),** το οποίο δημιουργήθηκε το 2010 και ανανεώθηκε ως προς τις προσεγγίσεις του το 2015,μέχρι σήμερα γνωρίζουμε ότι πάνω από 5000 γονίδια, που έχουν καταχωρηθεί στην ειδική βάση δεδομένων (ImmunologyDatabase), έχουν σχέση με την λειτουργία του ανοσιακού συστήματος, αντιπροσωπεύοντας το 7% του ανθρώπινου γονιδιώματος. Σε αυτά τα γονίδια συμπεριλαμβάνονται γονίδια που έχουν σχέση με τους υποδοχείς των Β και Τ λεμφοκυττάρων, μόρια σηματοδότησης, κυτταροκίνες κ.λπ.

Είναι πλέον αποδεδειγμένο ότι το ανοσιακό προφίλ που παρατηρείται ανάμεσα στα άτομα ενός πληθυσμού, είναι **διαφορετικό.** Και αυτό συμβαίνει, γιατί αποτελεί **συνισταμένη μιας σειράς λειτουργικών αλληλεπιδράσεων μεταξύ των γονιδίων ή των πρωτεϊνών.** Μια σειρά πολύπλοκων και όχι πλήρως κατανοητών δικτύων ορίζουν την **<u>ανοσιακή απόκριση</u>,** ανάλογα με το ερέθισμα (εξωτερικό ή εσωτερικό). Τα δίκτυα αυτά, έχει γίνει σχετικά πρόσφατα προσπάθεια να χαρτογραφηθούν [7][8][9], προκειμένου να αποτυπωθεί ο τρόπος με τον οποίο οι διάφοροι μοριακοί μηχανισμοί, με όλες τις επιμέρους μεταβλητές τους, συνδέουν την γενετική πληροφορία στα κέντρα αποφάσεων του πυρήνα με τα κέντρα αποφάσεων (hotspots),τα οποία βρίσκονται διάσπαρτα μέσα στα μονοπάτια της ενδοκυτταρικής σηματοδότησης (ImmuNET), στο κυτταρόπλασμα, σε κάθε διαφορετικό τύπο κυττάρου που συμμετέχει στην ανοσιακή απόκριση [10].

Καθώς οι περισσότερες μορφές λειτουργικών αλληλεπιδράσεων μεταξύ γονιδίων – πρωτεϊνών στα μονοπάτια, που εμπλέκονται και εξελίσσονται στην ανοσιακή απάντησήμας,

είναι, στο μεγαλύτερο μέρος, είτε εντελώς άγνωστα είτε κάτω από διερεύνηση, είναι ευνόητο ότι δημιουργούν μια σημαντική δεξαμενή βασικών ερωτημάτων. Αυτά τα επιστημονικά ερωτήματα απαιτείται να απαντηθούν σε βάθος, καθώς,*αφενός* αποκρυπτογραφούν την ικανότητα του ανοσιακού συστήματος να αναγνωρίζει και να επιτίθεται εναντίον ξένων εισβολέων όπως μικρόβια, ιοί, μύκητες καρκινικών κυττάρων κ.λπ, αλλά και διαφόρων εξωτερικών μέσων όπως βιολογικά ενεργές ουσίες, τοξικές ουσίες κ.λπ,*αφετέρου* **αποτελούν την πύλη για την ασφαλή ανάπτυξη νέων θεραπευτικών προσεγγίσεων και πρωτοκόλλων,<u>όπως τα εμβόλια DNA και RNA</u>.**

Το ερώτημα όμως που προκύπτει άμεσα, μέσα από την ατελή τεκμηριωμένη γνώση σχετικά με την πολυπλοκότητα των αλληλεπιδράσεων σε μοριακό επίπεδο, τόσο του ανοσιακού συστήματος όσο και εν γένει του ανθρώπινου γονιδιώματος, είναι ***εάν μας επιτρέπεται να κατασκευάζουμε ό,τι μπορούμε !!***

Η συνεχιζόμενη όπως χαρακτηρίστηκε «πανδημία» COVID-19, ίσως για πρώτη φορά έφερε τις βιοεπιστήμες, και ιδιαίτερα την μοριακή Βιολογία και την μοριακή επιδημιολογία, αντιμέτωπες με τους ίδιους τους δαίμονες της, καθώς δίχασε την επιστημονική κοινότητα σε πολύ μεγάλο βαθμό. Παρόλα αυτά, η βιολογία του ιού, αλλά και ο φαινότυπος της λοίμωξης, μας αποκάλυψε **πόσο λίγες γνώσεις κατέχουμε,όχι μόνο επάνω στην εξελικτική μοριακή ιολογία, αλλά και στη <u>σωστή λήψη επιστημονικών αποφάσεων σχετικά με την πρόληψη και την θεραπεία</u>.**

Ταυτόχρονα, παρατηρήθηκε για **πρώτη φορά** μια προσπάθεια, από μερίδα επιστημόνων,**<u>αλόγιστης χρήσης</u> συγκεκριμένων μοριακών τεχνολογιών, <u>όπως τα εμβόλια mRNA</u>,σχεδιασμένων για διαφορετικές εφαρμογές, αφήνοντας στην άκρη άλλες προσεγγίσεις, όπως φαρμακευτικές, μονοκλωνικά αντισώματα, κυτταρικές θεραπείες, όπως αυτή που αναπτύχτηκε στο Νοσοκομείο Παπανικολάου από τον κ. Αναγνωστόπουλο και την ερευνητική του ομάδα, οι οποίες <u>σαφέστατα υπόσχονταν πιο άμεσα αποτελέσματα, όσον αφορά στην θεραπεία ιδιαίτερα των βαριά πασχόντων ασθενών</u> !!**

Και όλα αυτά, τη στιγμή που γνωρίζουμε ότι η χρήση νέων τεχνολογιών θεραπείας, και **<u>ιδιαίτερα</u> εμβολίων,** σε ένα **τόσο μεγάλο μέρος υγιών φαινομενικά ατόμων,** προσκρούει πάνω στην έλλειψη γνώσεων σχετικά με την εξειδίκευση που παρουσιάζουν συγκεκριμένες

ομάδες του γενικού πληθυσμού, με συγκεκριμένο ανοσιακό προφίλ, όσον αφορά στην δομή,στην οργάνωση, αλλά και στην αντίδραση του ανοσιακού συστήματος απέναντι σε οποιοδήποτε εξωτερικό γεγονός, και **ιδιαίτερα όταν αυτό είναι η μεταφορά συγκεκριμένων μορίων (mRNAs) μέσα στην κυτταρική μηχανή.** Η χρήση λοιπόν μαζικών εμβολιασμών κάτω από αυτό το επιστημονικό πρίσμα είναι ένα **απαράδεκτη**και ένα **επιστημονικό ατόπημα με άγνωστες προεκτάσεις.**

Πώς όμως ξετυλίγεται το κουβάρι αυτού του επιστημονικού ατοπήματος, που είναι **συνέπεια της υποτίμησης αυτής της πολυπλοκότητας των αλληλεπιδράσεων των μοριακών μηχανισμών, που ελέγχονται από το γονιδίωμά μας, με οποιοδήποτε εξωτερικό γεγονός,** που στην προκειμένη περίπτωση είναι η**εισβολή ενός ιού ή η** εφαρμογή ενός εμβολίου**, και *πώς* διαχωρίζονται αυτά τα δύο γεγονότα*, τόσο* μεταξύ τους *όσο* και μεταξύ των ατόμων ενός πληθυσμού ;;**

Η λοίμωξη COVID-19 οφείλεται στον κορωνοϊό SARS-CoV-2,ο οποίος είναι ο **έβδομος κορωνοϊός,** μετά τους SARS-CoV (νόσος SARS), MERSCoV (νόσος MERS), HKU1, NL63, OC43 και 229E, **που μπορεί να μολύνει ανθρώπους.** Εμφανίστηκε, ως γνωστό, στα τέλη του 2019 στην Κίνα, στην πόλη Wuhan. Πρόκειται για έναν RNA ιό, ο οποίος αποτελείται από 29,811 νουκλεοτίδια (GenBank Accession MG772933, RefSeq Accession NC045512), και του οποίου η προέλευση φαίνεται να αποτελεί ακόμα ένα πεδίο αντιπαράθεσης μεταξύ των επιστημόνων [11].

Καθώς η προέλευση του ιού **δεν έχει ακόμα αποσαφηνιστεί,** και ένας δυνητικός ξενιστής ακόμη αναζητείται, ορισμένα ιδιαίτερα γενετικά χαρακτηριστικά που εντοπίζονται στο RNA του ιού SARS-CoV-2,**δεν αποκλείουν την πιθανότητα ο συγκεκριμένος ιός να προήλθε από πειράματα τύπου «Gainoffunctionresearch»,** που περιλαμβάνει τροποποίηση φυσικών ιών με σκοπό να γίνουν **πιο μολυσματικοί,** ώστε να μελετηθούν οι πιθανές επιπτώσεις τους στον άνθρωπο,και να γίνει καλύτερη προετοιμασία για κάποια πανδημία.

Ανεξάρτητα όμως από την προέλευσή του,ο συγκεκριμένος ιός φαίνεται να προσβάλλει τα κύτταρα όχι μόνο της αναπνευστικής οδού αλλά και μια σειρά από άλλα όργανα [12]. Η βιολογία του ιού SARS-CoV-2,όμως, αποτελεί μια σημαντική πρόκληση, καθώς φαίνεται ότι κάθε μια από τις πρωτεΐνες που κωδικοποιούνται από τα γονίδια (περισσότερα από 15),και

βρίσκονται πάνω στο RNA, μάλλον παίζουν ένα ξεχωριστό μοριακό ρόλο, ιδιαίτερα στην πρόκληση του μηχανισμού της ανοσιακής απόκρισης.

Εντούτοις, η **κύρια αιτία της μολυσματικότητας του ιού** με απλά λόγια, εντοπίζεται σε μια **συγκεκριμένη εξωτερική γλυκοπρωτεΐνη,η οποία καλείται πρωτεΐνη S (Spike).** Η συγκεκριμένη πρωτεΐνη είναι υπεύθυνη για την πρόσδεση του ιού στα κύτταρα, μέσω ενός ειδικού υποδοχέα του **μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης ACE2,**έτσι ώστε να γίνει η είσοδος του RNA του ιού μέσα στα συγκεκριμένα κύτταρα [13] [14]. Από κει και πέρα επιπρόσθετοι ιικοί παράγοντες, όπως αναφέραμε, αποτελούν οι μη δομικές πρωτεΐνες Nsp1, Nsp3 και ORF7a, οι οποίες φαίνεται να αλληλεπιδρούν με συγκεκριμένους μοριακούς μηχανισμούς με το ανοσιακό σύστημα, προκειμένω να βρούνε τρόπο να για την λεγόμενη **ανοσιακή διαφυγή του ιού** [15].

Από την άλλη πλευρά, ο υποδοχέας ACE2 είναι ένας διαμεμβρανικός υποδοχέας γλυκοπρωτεινικής φύσης τύπου 1, ο οποίος υποβαθμίζει την αγγειοτενσίνη 1-7 αντιρροπιστικά απέναντι στην δράση της αγγειοτενσίνης II, διατηρώντας έτσι την ισορροπία του συστήματος ρενίνης – αγγειοτενσίνης, ώστε να εξασφαλιστεί η ομοιόσταση της αγγειακής λειτουργίας. Ο ρόλος του ACE2 στην αθεροσκλήρωση, στην καρδιακή ανεπάρκεια, στην χρόνια νεφρική βλάβη και την δυσλειτουργία των πνευμόνων, έχει τεκμηριωθεί πάρα πολύ καλά [16].

Συγκεκριμένα, στους πνεύμονες το ACE2 ρυθμίζει την ισορροπία των κυκλοφορούντων επιπέδων αγγειοτενσίνης II / αγγειοτενσίνης 1-7. Έτσι αυξημένα, επίπεδα αγγειοτενσίνης II προκαλούν πνευμονική αγγειοσυστολή και ενίσχυση της αγγειακής διαπερατότητας, διευκολύνοντας το οίδημα [17]. Πρόσφατα σχετικά, έχει δειχθεί ότι ο SARS-CoV-2 επιμολύνει μια σειρά διαφορετικών τύπων κυττάρων όπως τα ενδοθηλιακά κύτταρα και τα μακροφάγα, μέσω των υποδοχέων του ACE2 [18]. Ο ACE2 εκφράζεται σαν υποδοχέας σε πάρα πολλά όργανα. Ο ρυθμός έκφρασης του ACE2 φαίνεται να είναι υψηλός στα επιθηλιακά κύτταρα του πνεύμονα, στα εντεροκύτταρα του λεπτού εντέρου, ενώ σε χαμηλότερες ποσότητες έχει βρεθεί στα ενδοθηλιακά κύτταρα των αρτηριών και των φλεβών, στα μυϊκά κύτταρα στα κύτταρα της ρινοφαρυγγικής κοιλότητας, στο στομάχι, το έντερο, στο δέρμα, στους λεμφαδένες, στον θύμο, στον μυελό των οστών, στο σπλήνα, στο ήπαρ, στους νεφρούς και στον εγκέφαλο [16].

Η είσοδος του ιού μέσα στο σώμα σηματοδοτεί και την έναρξη της μόλυνσης. Τότε το άτομο αυτό καταγράφεται ως **«κρούσμα».** Όπως αναφέρουν συγκεκριμένοι ερευνητές, ο SARS-CoV-2, εισερχόμενος, ενεργοποιεί απευθείας τους μοριακούς μηχανισμούς της φλεγμονής, μέσα από μια σειρά μονοπατιών της ενδοκυττάριας σηματοδότησης, που ενεργοποιούνται εξαιτίας της σύνδεσης της πρωτεΐνης Spike στον υποδοχέα ACE2. Έτσι, έχουμε από τα κύτταρα απελευθέρωση συγκεκριμένων κυτταροκινών – χυμοκινών, έκφραση συγκεκριμένων αντιικών παραγόντων, λεμφοπενία, δυσλειτουργία του συστήματος ρενίνης - αγγειοτενσίνης με αποτέλεσμα την δυσλειτουργία του υποδοχέα ACE2 και την απόπτωση, δηλαδή τον προγραμματισμένο κυτταρικό θάνατο στην εστία της μόλυνσης. Αμέσως μετά ενεργοποιείται το δεύτερο μέρος της αντίδρασης από την μόλυνση, που είναι ένα δεύτερο κύμα φλεγμονώδους αντίδρασης, το οποίο συντονίζεται με την έναρξη της επίκτητης ανοσιακής απάντησης. Το τελικό αποτέλεσμα είναι παραγωγή αντισωμάτων και οι εξαρτώμενες από το αντίσωμα κυτταρικές αντιδράσεις κυτταροτοξικότητας [19]. Εάν η αρχική έμφυτη ανοσία πετύχει να εξαλείψει την μόλυνση μέσα σε 6 με 96 ώρες μετά την εισβολή, τότε ο άνθρωπος αυτός ίσως παρουσιάσει κάποια πολύ ήπια συμπτώματα και επανέρχεται στην υγιή κατάσταση. Επομένως υπό αυτή την έννοια **ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ, εκτός εάν υπάρχει κάποιος άλλος μηχανισμός που δεν γνωρίζουμε, και θα θέλαμε να μας τον αναφέρετε !!**

Εάν η έμφυτη ανοσία αποτύχει, τότε τα ηνία παίρνει η επίκτητη ανοσία, η οποία δρα μέσα <u>από την χυμική</u> και την <u>κυτταρομεσολαβούμενη</u> ανοσιακή απόκριση.

Και στις δύο περιπτώσεις, η διαδικασία της αναγνώρισης οδηγεί ***τόσο*** στην σύνδεση των υποδοχέων MHCII των μακροφάγων με το αντιγόνο και την παρουσίαση του συμπλόκου για αναγνώριση μέσω του υποδοχέα των Τ κυτταρικών υποδοχέων (TCR)αβ των CD4+ T_H κυττάρων, ***όσο*** και στην δημιουργία ακόμα ενός συμπλόκου του MHCI, με το αντίγονο και πάλι, και την παρουσίασή του για αναγνώριση από τα CD8+ T_C κύτταρα. Καθώς η παραγωγή των ειδικών επί του ιού T_Hκυττάρων απαιτεί την αναγνώριση του συμπλόκου MHCII/αντιγόνου, είναι κατανοητό ότι εάν αυτή η αναγνώριση δεν καταστεί εφικτή, τότε δεν μπορούν να ενεργοποιηθούν όλοι εκείνοι οι μοριακοί μηχανισμοί της ανοσιακής απόκρισης εναντίον του ιού [20]. Η ενεργοποίηση και δημιουργία των CD4+ T_H κυττάρων θα οδηγήσει στην διέγερση των Β λεμφοκυττάρων και την διαφοροποίηση τους σε πλασματοκύτταρα, τα οποία και θα παράξουν τα ειδικά αντισώματα

Παρά ταύτα, στην περίπτωση του SARS-CoV-2 φάνηκε, σύμφωνα με κάποιες μελέτες, ότι η παραγωγή των αντισωμάτων δεν ήταν πάντα προστατευτική, καθώς τα αντί-S αντισώματα, σε ανταπόκριση με την λοίμωξη του SARS-CoV-2, φάνηκε να προκαλούν βαριές βλάβες στους πνεύμονες. Επίσης, μια άλλη παρατήρηση ήταν **ότι τα άτομα τα οποία παρήγαγαν πιο γρήγορα υψηλό τίτλο αντισωμάτων είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να πεθάνουν** [21].

Εντούτοις, όλοι οι επιθετικοαμυντικοί μηχανισμοί που χρησιμοποιεί ο ιός εναντίον των μοριακών μηχανισμών της ανοσιακής απάντησης του ξενιστή, υπόκεινται με την σειρά τους στο φίλτρο της εξέλιξης και της φυσικής επιλογής. Γνωρίζουμε σήμερα ότι όλοι οι RNA ιοί μεταλλάσσονται κατά την διάρκεια της μόλυνσης των ανθρώπων καθώς τότε **ενεργοποιούνται οι μηχανισμοί της ανοσιακής απόκρισης, οι οποίοι επιδρούν γενετικά πιεστικά επάνω στην προσπάθεια του ιού να επιβιώσει.**

Μέχρι σήμερα έχουν καταγραφεί πάνω από 12.000 μεταλλάξεις. Ο αριθμός αυτός είναι μικρός, και αυτό συμβαίνει επειδή ο συγκεκριμένος κορωνοϊός έχει **σύστημα επιδιόρθωσης των λαθών κατά τον πολλαπλασιασμό του, και ως εκ τούτου δημιουργεί λιγότερες μεταλλάξεις από τον ιό της γρίπης.** Έτσι, η μεταλλαξιγένεση είναι μια φυσιολογική εξελικτική διαδικασία για όλους τους ιούς, η οποία, τις περισσότερες φορές, καθώς ο ιός περνά προς την ενδημικότητα, είναι **επιβλαβείς,*όχι* για τον ξενιστή που είναι ο άνθρωπος, *αλλά* για τον <u>ίδιο τον ιό</u>.**

Κάποιες λοιπόν μεταλλάξεις χαρακτηρίζονται ως **ουδέτερες,** δηλαδή δεν έχουν αποτελέσματα στον τρόπο που γίνεται η κωδικοποίηση των πρωτεϊνών, ενώ τελικά ελάχιστες είναι επωφελείς για τον ιό, και μάλιστα, αν όχι όλες, οι περισσότερες από αυτές αυξάνουν απλά και μόνο την μολυσματικότητα του ιού,με δυο λόγια**δημιουργεί περισσότερα κρούσματα, αλλά <u>όχι</u> την θνησιμότητα, η οποία μάλιστα εξελικτικά μπορεί και να μειώνεται.**

Αντιθέτως, οι μεταλλάξεις σε ένα ιό **αυξάνονται στατιστικά, όταν αυτός δεχτεί μια <u>έντονη πίεση</u>.** Για παράδειγμα,**ένα ατελές σύστημα εξόντωσης του (π.χ. ένα <u>μη αυστηρά ειδικό εμβόλιο</u>, το οποίο έχει χαμηλή διεισδυτικότητα), μπορεί να οδηγήσει στη <u>δημιουργία μεταλλάξεων</u> !!**

Το ίδιο συμβαίνει εξελικτικά και όταν εφαρμόζουμε εμβολιασμούς σε καιρό <u>έξαρσης της νόσου</u> !!

Στη συνεχή λοιπόν διαδικασία μελέτης του SARS-CoV-2,συγκεντρώθηκαν πάρα πολλά δεδομένα σχετικά με την επιδημιολογία και τον κλινικό φαινότυπό του, ενώ χάρις στην τεχνολογία αλληλούχισης, δόθηκε η ευκαιρία να αναλυθούν πάρα πολλές ακολουθίες του συγκεκριμένου RNA ιού.

Όλες αυτές οι πληροφορίες βέβαια **θα έπρεπε να έχουν σαν κοινή συνισταμένη,** κατά πρώτον να κατανοήσουν την επιδημιολογική πορεία του ιού και **να καθησυχάσουν τον κόσμο,** καθώς φάνηκε ότι ο συγκεκριμένος ιός **αδυνατίζει ως προς την επιθετικότητα του απέναντι στο ξενιστή,** και κατά δεύτερον, να ξεκινήσει η διαδικασία ανάπτυξης φαρμάκων για την αντιμετώπιση των βαριών περιστατικών που οδηγούνταν στις ΜΕΘ, και *πιθανόν* εμβολίων, τα οποία με βάση τα **διεθνή κριτήρια παρασκευής των εμβολίων,** θα πρέπει, αφενός να προσφέρουν για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα προστασία στον εμβολιαζόμενο,αφετέρου και ταυτόχρονα,**να αποτρέπουν την <u>οριζόντια μεταφορά του ιού από τον εμβολιασμένο στον ανεμβολίαστο</u>,** που **<u>δεν</u> είναι πάντα ένας, που για τους δικούς του λόγους δεν θέλει να κάνει το εμβόλιο,** αλλά **μπορεί να είναι ασθενείς που δεν επιτρέπεται λόγω παρενεργειών να κάνουν το συγκεκριμένο εμβόλιο !!**

Ώστε **αναγκαία και εκ των ουκ άνευ προϋπόθεση είναι <u>να είναι γνωστές αυτές οι παρενέργειες</u> !!**

Τα παραπάνω κριτήρια ισχύουν για τα λεγόμενα **<u>κλασικά</u> εμβόλια,** τα οποία παρασκευάζονται,***είτε*** από αδρανοποιημένους παθογόνους οργανισμούς ή τις τοξίνες τους, ***είτε*** από ζώντες εξασθενημένους ιούς, ***είτε*** από τμήματα παθογόνων συζευγμένα με πολυσακχαρίτες. Όλα αυτά δρουν απευθείας στον οργανισμό σαν αντιγόνα, και προκαλούν την παραγωγή αντισωμάτων βάση του μοριακού μηχανισμού που ήδη περιγράφηκε παραπάνω.

Έτσι, με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται η λεγόμενη «τεχνητή ανοσία». Πρόκειται για εμβόλια τα οποία **έχουν ολοκληρώσει εδώ και χρόνια τις απαιτούμενες,** για να μπορούν να διατεθούν στον κοινό πληθυσμό,**κλινικές μελέτες φάσης Ι, ΙΙ και ΙΙΙ,** και είναι **γνωστές οι**

τυχόν παρενέργειες (sideeffects), καθώς και οι ομάδες του γενικού πληθυσμού που εξαιτίας του κλινικού ιστορικού τους **αποκλείονται από αυτά τα εμβόλια** [22].

Γενικά η διαδικασία παρασκευής ενός εμβολίου είναι μια **διαδικασία αρκετά χρονοβόρα, η οποία κρατά τουλάχιστον δέκα (10) χρόνια μέχρι την τελική έγκριση κυκλοφορίας από τον FDA.** Ο λόγος αυτής της καθυστέρησης είναι ότι **χρειάζονται πολλές μελέτες σχετικά με τα συστατικά του εμβολίου, ώστε να οδηγούν με ασφάλεια στην πρόκληση μιας ικανοποιητικής, από απόψεως τίτλου αντισωμάτων, ανοσιακής απάντησης.** Επίσης πρέπει να ληφθούν υπόψη όλες εκείνες οι μεταβλητές που μέσα σε ένα οργανισμό δεν είναι πάντοτε εμφανείς, καθώς, όπως ήδη περιγράψαμε πιο πάνω,**οι αλληλεπιδράσεις των μοριακών μηχανισμών μέσα σε κάθε κύτταρο είναι διαφορετικές σε κάθε ομάδα του γενικού πληθυσμού βάση ηλικίας, φύλου αλλά και γενετικού προφίλ.** Το πρωτόκολλο που ακολουθείται κατά κύριο λόγο, με ελάχιστες εξαιρέσεις (και αυτές σε τεχνικό και όχι ουσιαστικό επίπεδο), είναι το εξής:

1) **<u>Εργαστηριακές μελέτες (2-4 χρόνια)</u>**
   - **a.** Διερευνητικό στάδιο, όπου πραγματοποιείται βασική έρευνα.
   - **b.** Εντόπιση φυσικών ή συνθετικών αντιγόνων, π.χ. σωματίδια που μοιάζουν με ιούς (αλλά είναι εξασθενημένοι).

2) **<u>Προ-κλινικό στάδιο (1-2 χρόνια)</u>**
   - **a.** Μελέτες σε ιστοκαλλιέργειες/κυτταροκαλλιέργειες
   - **b.** Δοκιμές σε ζώα (ποντίκια, πιθήκους), για την εκτίμηση της ασφάλειας του εμβολίου, αλλά και την ικανότητα ανοσοαπόκρισης.
   - **c.** Εμβολιάζουν τα ζώα και μετά τα μολύνουν με το παθογόνο.
   - **d.** Πολλά υποψήφια εμβόλια ΔΕΝ περνάνε στο επόμενο στάδιο, διότι ΔΕΝ παράγουν την επιθυμητή ανοσοαπόκριση.

3) **<u>Κλινικές μελέτες σε ανθρώπους</u>**
   - **a. Φάση 1**
     - **i.** Μικρή ομάδα των 20-80 ατόμων.
     - **ii.** Στόχος είναι η αξιολόγηση της ασφάλειας του εμβολίου αλλά και η έκταση ανοσοαπόκρισης.

iii. Πρόκληση. Μολύνουν τους συμμετέχοντες με το παθογόνο (εξασθενημένο/τροποποιημένο) μετά τον εμβολιασμό, και παρακολουθούνται προσεκτικά υπό ελεγχόμενες συνθήκες.

b. Φάση 2

i. Μεγαλύτερη ομάδα, 50-300 άτομα, όπου κάποια ανήκουν σε ομάδες που κινδυνεύουν να προσβληθούν από την ασθένεια.

ii. Οι δοκιμές είναι τυχαιοποιημένες και καλά ελεγχόμενες (περιλαμβάνουν εικονικό φάρμακο).

iii. Στόχος είναι να μελετήσουν την ασφάλεια, την ανοσογονικότητα του υποψήφιου εμβολίου, τις προτεινόμενες δόσεις, το πρόγραμμα εμβολιασμών και τη μέθοδο παράδοσης.

c. Φάση 3

i. Επιτυχημένα υποψήφια εμβόλια Φάσης 2 προχωρούν σε μεγαλύτερες δοκιμές, με συμμετοχή χιλιάδων (έως 10.000) ατόμων.

ii. Οι δοκιμές είναι τυχαίες και διπλά τυφλές, και περιλαμβάνουν το πειραματικό εμβόλιο που δοκιμάζεται έναντι εικονικού φαρμάκου (αλατούχο διάλυμα, εμβόλιο για άλλη ασθένεια ή κάποια άλλη ουσία).

iii. Στόχος είναι η αξιολόγηση της ασφάλειας του εμβολίου σε μια μεγάλη ομάδα ανθρώπων, διότι ορισμένες σπάνιες ανεπιθύμητες ενέργειες ενδέχεται να εμφανίζονται σε 1 στα 10.000 άτομα. Για να ανιχνευθεί συμβάν χαμηλής συχνότητας, η δοκιμή θα πρέπει να περιλαμβάνει 60.000 άτομα, τα δε μισά από αυτά με μάρτυρα ή χωρίς εμβόλιο(PlotkinSAetal. Vaccines, 5η έκδοση, Philadelphia: Saunders, 2008).

iv. Δοκιμάζεται η αποτελεσματικότητα του εμβολίου:

1. Μήπως το υποψήφιο εμβόλιο προλαμβάνει την ασθένεια;
2. Αποτρέπει τη μόλυνση με το παθογόνο;
3. Οδηγεί στην παραγωγή αντισωμάτων ή άλλων τύπων ανοσοαποκρίσεων που σχετίζονται με το παθογόνο;

4) **<u>Έγκριση και άδεια</u>**

   a. Μετά από μια επιτυχημένη δοκιμή Φάσης 3 ο προγραμματιστής εμβολίων θα υποβάλει αίτηση άδειας στο FDA. Στη συνέχεια το FDA θα επιθεωρήσει το εργοστάσιο όπου θα γίνει το εμβόλιο και θα εγκρίνει την επισήμανση του εμβολίου.

   b. Μετά την άδεια, το FDA θα συνεχίσει να παρακολουθεί την παραγωγή του εμβολίου, συμπεριλαμβανομένης της επιθεώρησης εγκαταστάσεων και της εξέτασης των δοκιμών του κατασκευαστή για πολλά εμβόλια, για δραστικότητα, ασφάλεια και καθαρότητα.

5) **<u>Παρακολούθηση των εμβολίων μετά την άδεια.</u>**

   a. Μια ποικιλία συστημάτων παρακολουθούν τα εμβόλια μετά την έγκρισή τους. Περιλαμβάνουν δοκιμές Φάσης 4, το σύστημα αναφοράς ανεπιθύμητων ενεργειών εμβολίου, και το Datalink ασφάλειας εμβολίων.

   b. Δοκιμές Φάσης 4 είναι οι προαιρετικές μελέτες που μπορούν να πραγματοποιήσουν οι φαρμακευτικές εταιρείες μετά την απελευθέρωση ενός εμβολίου.

Ο κατασκευαστής μπορεί να συνεχίσει να δοκιμάζει το εμβόλιο για ασφάλεια, αποτελεσματικότητα και άλλες πιθανές χρήσεις https://www.ifpma.org/wp-content/uploads/2019/07/IFPMA-ComplexJourney-2019_FINAL.pdf [22]

Στα κλασικά εμβόλια ανήκουν δύο (2) τύποι:

Α) Ζωντανά εξασθενημένα εμβόλια: Πρόκειται για εμβόλια τα οποία χρησιμοποιούν ζωντανό εξασθενημένο ιό, ο οποίος συνεχίζει να μεγαλώνει και να πολλαπλασιάζεται, αλλά δεν προκαλεί ασθένεια. Τέτοια εμβόλια έχουν παρασκευαστεί για τον κίτρινο πυρετό και βακτηριακά εξασθενημένα στελέχη, όπως το BCG (turbeculosis).

Β) Αδρανοποιημένα εμβόλια: Αυτά είναι τα πιο διαδεδομένα και τα πιο ασφαλή στην κατηγορία τους, καθώς περιέχουν ιούς των οποίων το γενετικό υλικό έχει καταστραφεί με θέρμανση, χημικά ή ακτινοβολία, και έτσι έχουν χάσει την λοιμογόνο δύναμη τους,τη

δυνατότητα δηλαδή να προκαλούν ασθένεια, και διατηρούν μόνο την ικανότητα να διεγείρουν την ανοσιακή απόκριση. Τέτοια εμβόλια είναι αυτό για την γρίπη (Influenza) και το **Sinovac**(Chinese) για τον SARS-CoV-2.

Και ενώ οι συγκεκριμένες μεθοδολογίες και επιλογές για τη δημιουργία ασφαλών εμβολίων για τον SARS-CoV-2,**θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα,**λόγω, υποτίθεται, της επείγουσας κατάστασης που επέφερε η πανδημία, ξαφνικά, ομάδα επιστημόνων και συγκεκριμένες φαρμακευτικές εταιρείες προώθησαν μια διαφορετική τεχνολογία παρασκευής εμβολίων τα λεγόμενα **εμβόλια mRNAκαιcDNA αντίστοιχα.**

Τα συγκεκριμένα εμβόλια,όμως, στηρίζονται σε μια **εντελώς διαφορετική φιλοσοφία από αυτή των κλασικών εμβολίων,** καθώς ο σκοπός τους ήταν να χρησιμοποιηθούν σε συγκεκριμένες εφαρμογές, όπως για παράδειγμα τη μεταφορά φαρμάκων σε συγκεκριμένους μοριακούς στόχους, είτε με την βοήθεια αδρανοποιημένων ιών είτε με την βοήθεια ειδικών νανοκαψιδίων. Επιπλέον, θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για την μεταφορά mRNAs συγκεκριμένων ανθρώπινων γονιδίων, τροποποιημένων έτσι ώστε να επεμβαίνουν μεταφραζόμενα σε συγκεκριμένες πρωτεΐνες, σε συγκεκριμένα hotspots μονοπατιών κυτταρικής σηματοδότησης, ώστε είτε να διορθώνεται το συγκεκριμένο μονοπάτι και να αποκαθίσταται η φυσιολογική λειτουργία του κυττάρου,ή, αντίθετα, το κύτταρο να οδηγείται σε απόπτωση,ήτοι σε θάνατο.

Αυτές οι τεχνολογίες **δοκιμάζονται εδώ και πολλά χρόνια για την θεραπεία συγκεκριμένων πολυπαραγοντικών παθήσεων,** όπως είναι οι κακοήθειες (το μελάνωμα ο καρκίνος του πνεύμονα, του παχέως εντέρου, του μαστού των ωοθηκών και άλλων συμπαγών οργάνων) [23][24][25][26] αλλά και σοβαρών νευρολογικών παθήσεων, όπως η νόσος του Πάρκινσον, η νόσος Alzheimer, η σκλήρυνση κατά πλάκας κ.α.

Με άλλα λόγια, οι συγκεκριμένες τεχνολογίες αποτελούν **εφαρμογές της Γενετικής Μηχανικής και βιοτεχνολογίας,** και **εξελιγμένη συνέχεια των προσπαθειών γονιδιακής θεραπείας που ξεκίνησαν να δοκιμάζονται προς το τέλος της δεκαετίας του 1990.**Σαφέστατα θα πρέπει να τονίσουμε ότι οι συγκεκριμένες προσεγγίσεις αποτελούν την αιχμή του δόρατος της Μοριακής Βιολογίας και της Γενετικής για την αντιμετώπιση των

παραπάνω παθήσεων που μαστίζουν την ανθρωπότητα σε συνδυασμό με την ανοσοθεραπεία, αλλά **ποτέ μέχρι σήμερα δεν δοκιμάστηκαν επιτυχώς για την αντιμετώπιση και θεραπεία λοιμωδών νοσημάτων,πόσο μάλλον σε τέτοια ευρεία κλίμακα σε ανθρώπους !!**

Επιπλέον,**δοκιμές που έγιναν σε πειραματόζωα για τον ιό της γρίπης, τον ιό RSV και τον ιό ZIKA δεν ήταν επιτυχείς !!**

Είναι ευνόητο λοιπόν σαν επιστήμονες **να διερωτώμεθα,**

για ποιο σκοπό δεν προτιμήθηκαν οι κλασσικές προσεγγίσεις εμβολίων για την προστασία του πληθυσμού από τον ιο SARS-CoV-2, οι οποίες **εγγυώνται τα βασικά κριτήρια που πρέπει να τηρούνται από τα εμβόλια, ώστε να είναι διαθέσιμα με ασφάλεια στον κοινό πληθυσμό,**

και **επιλέχθηκε σε μια τέτοια δύσκολη κατάσταση πανδημίας, κατά τις παραδοχές της κυβέρνησης και μερίδας επιστημόνων, η χρήση μιας διαφορετικής προσέγγισης,**

η οποία ,

***αφενός*αποδεδειγμένα*ΔΕΝ* υποστηρίζει τα βασικά κριτήρια ενός κλασικού εμβολίου, αφού οι εμβολιασμένοι συνεχίζουν να μολύνονται από τον ιό(!!), αλλά να και τον μεταδίδουν εάν μολυνθούν (!!) ,**

***αφετέρου*ΔΕΝ υπάρχουν πολύχρονες κλινικές μελέτες,ώστε να μελετηθούν σε διάφορες ομάδες του γενικού πληθυσμού τυχόν βραχυπρόθεσμες, μεσοπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες παρενέργειες από την χρήση τους !!**

Δεν είναι άλλωστε τυχαίο,και μας προβληματίζειδιαίτερα,

ότι και τα τέσσερα εμβόλια τα οποία αυτή τη στιγμή κυκλοφορούν στην Ευρώπη και τα οποία χρησιμοποιούν (όπως θα δούμε πιο αναλυτικά)δύο διαφορετικές προσεγγίσεις ,

ήτοι ,

α) εμβόλιαmRNA**COVID-19 MRNAVACCINEMODERNA (CX-024414)** και**COVID-19 MRNAVACCINEPFIZER-BIONTECH** ,

β) εμβόλιαDNAμεχρήσηικώνφορέων**COVID-19 VACCINEJANSSEN (AD26.COV2.S)**και**COVID-19 VACCINEASTRAZENECA (CHADOX1 NCOV-19)**,

έχουνάδειακυκλοφορίας**υπόόρους,** “CMA” (“ConditionalMarketingAuthorization”) ,

ήτοι**άδεια****προσωρινής χρήσης ΜΗ ΕΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟΥ εμβολίου από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή,** κατόπινθετικήςσύστασηςτουΕΜΑ (EuropeanMedicineAgency - ΕυρωπαϊκόςΟργανισμόςΦαρμάκων) [28].

Σημειωτέον ότιστιςΗΠΑοFDAέχειεγκρίνειτηνχρήσηστατρίαπρώταεμβόλια,όπωςταβλέπουμεπαρακάτω, ως«EUA» («EmergencyUseAuthorization»), δηλαδή**χρήση για επείγουσα ανάγκη.**

Το ότι οι προβληματισμοί μας είναι ΑΠΟΛΥΤΩΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΜΕΝΟΙ,φαίνεται και από τον **διστακτικό και μουδιασμένο τρόπο που αντιμετωπίζεται η διάθεση των προϊόντων αυτών, τόσο από τον FDA όσο και από τον ΕΜΑ.**Πιο συγκεκριμένα,**και οι τέσσερις προσωρινές Άδειες Κυκλοφορίας που εκδίδονται, είναι οι λεγόμενες «υπό όρους» άδειες κυκλοφορίας.**

Είναι προσωρινές.

Ισχύουν για όχι περισσότερο από ένα έτος, επειδή αποκτήθηκαν με βάση «ελλιπή δεδομένα» !!

Ναι, ΕΛΛΙΠΗ ΔΕΔΟΜΕΝΑ !!

Για να αποκτήσουν μια τυπική 5ετή άδεια κυκλοφορίας, τα εν λόγω εργαστήρια πρέπει να παρέχουν φακέλους που συμπληρώνονται με μελέτες «σε εξέλιξη» και μελέτες «που έχουν προγραμματιστεί για τα επόμενα χρόνια» !!

Η «υπό όρους» Άδεια Κυκλοφορίας **«επανεκτιμάται κάθε χρόνο»,**με τη**συμβολή και με βάση την κριτική ανάλυση των πρόσθετων δεδομένων, τα οποία παρέχονται και συλλέγονται κατά τη διάρκεια ενός πλήρους έτους.**

Εντούτοις όμως, όπως ήδη αναφέρθηκε,**οι προγραμματισμένες κλινικές μελέτες <u>βρίσκονται ακόμη σε εξέλιξη και κατανέμονται σε μια περίοδο που κυμαίνεται από το 2021 έως τουλάχιστον το 2024</u> !!**

Πιο συγκεκριμένα, το εμβόλιο BioNTech / Pfizer έλαβε αυτή την ευρωπαϊκή προσωρινή Άδεια Κυκλοφορίας υπό όρους στις 21 Δεκεμβρίου 2020. Και η προθεσμία για την υποβολή «επιβεβαίωσης» της αποτελεσματικότητας, της ασφάλειας και της ανεκτικότητας αυτού του εμβολίου, είναι ο**Δεκέμβριος του 2023. !!**

Το εμβόλιο Moderna έλαβε προσωρινή άδεια κυκλοφορίας υπό όρους στις 6 Ιανουαρίου 2021. Η προθεσμία για την υποβολή «επιβεβαίωσης» της αποτελεσματικότητας, της ασφάλειας και της ανεκτικότητας του εμβολίου είναι το νωρίτερο ο**Δεκέμβριος 2022 !!**

Το εμβόλιο της Astra Zeneca έλαβε προσωρινή άδεια κυκλοφορίας υπό όρους στις 29 Ιανουαρίου 2021. Η προθεσμία για την υποβολή «επιβεβαίωση» της αποτελεσματικότητας, της ασφάλειας και της ανεκτικότητας του εμβολίου είναι ο**Μάρτιος του 2024 !!**

Το εμβόλιο Janssen έλαβε προσωρινή υπό όρους ευρωπαϊκή άδεια κυκλοφορίας στις 11 Μαρτίου 2021. Η προθεσμία για την υποβολή «επιβεβαίωσης» της αποτελεσματικότητας, της ασφάλειας και της ανοχής του εμβολίου είναι ο**Δεκέμβριος του2023 !!**

Τι σημαίνει αυτό ;;

Πρακτικά, αυτό σημαίνει ότι <u>τουλάχιστον έως και τα μέσα του 2024 δεν μπορούμε να έχουμε επιστημονικά τεκμηριωμένα συμπεράσματα για την διάρκεια και την ασφάλεια της παρεχόμενης προστασίας στους ήδη εμβολιασθέντες</u> !!!

Τι θα γίνει στην περίπτωση που αυτά τα συγκεκριμένα εμβόλια όμως δημιουργήσουν πολύ σοβαρές και εκτεταμένες παρενέργειες, όχι μόνο βραχυπρόθεσμες αλλά και μεσοπρόθεσμες, καθώς ο εμβολιασμός επεκτείνεται σε ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού, που όσο μεγαλώνει κάνει την κατάσταση ΜΗ ΔΑΧΕΙΡΙΣΙΜΗ ;;

Ποιος θα είναι υπεύθυνος για μια τέτοια απόκλιση σε κλινικό επίπεδο ενός μέρους του κατά άλλα γενικού πληθυσμού ;;

Ήδη βρισκόμαστε ενώπιων σημαντικών εξελίξεων,οι οποίες, σαν επιστήμονες, μας θορυβούν ιδιαίτερα, όσον αφορά τις παρενέργειες των παραπάνω εμβολίων,οι οποίες καταγράφονται στο EudraVigilance. Πρόκειταιγια την Ευρωπαϊκή βάση δεδομένων [29], στην οποία δηλώνονται οι επιπλοκές των φαρμάκων, όπως επίσης και οι επιπλοκές από τις ενέσεις των πειραματικών εμβολίων κατά της COVID-19. Στο EudraVigilance, έως την**5.6.2021** καταγράφηκαν επίσημα, από τις ενέσεις των 4 πειραματικών εμβολίων στα κράτη μέλη της Ε.Ε.,**13.867 θάνατοι και 1.354.336 επιπλοκές, εκ των οποίων οι 683.688 (ήτοι,περίπου το 50%) χαρακτηρίζονται ως σοβαρές** [29].

Στους σχετικούς πίνακες υπάρχει ασυμφωνία ανάμεσα στον συνολικό αριθμό των παρενεργειών και στον αριθμό τους που προκύπτει από την παράθεση των παρενεργειών και των θανάτων με βάση τα ανθρώπινα όργανα (καρδιά, πνεύμονες κ.λπ) ή τα ανθρώπινα συστήματα (κυκλοφορικό, νευρολογικό κ,λπ). Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι πολλοί εμβολιασθέντες παρουσίασαν πλέον της μίας παρενέργειες, που καταγράφονται στα αντίστοιχα όργανα ή συστήματα για λόγους μελέτης των παρενεργειών, αλλά δεν προσμετρώνται στο συνολικό αριθμό των παρενεργειών (πχ αν κάποιος εμφανίσει 3 παρενέργειες, αυτές καταγράφονται σε τρία διαφορετικά πεδία του πίνακα παρενεργειών, αλλά δεν προσμετρώνται 3 φορές στο συνολικό αριθμό των παρενεργειών). Το ίδιο και με τον αριθμό των θανάτων, που οφείλονται σε συνέργεια πολλών αιτιών που θίγουν διάφορα όργανα (πολυοργανικά), δεν προσμετρώνται στο συνολικό αριθμό των θανάτων [30].

Το <u>ερώτημα</u> που τίθεται πλέον όμως ανοικτά είναι ***αν αυτά τα εμβόλια μπορούν να γίνουν τόσο επικίνδυνα, και αν είναι ικανά να προκαλέσουν σε κάποιες περιπτώσεις μη αναστρέψιμες οργανικές βλάβες, σε σημείο που να απειλούνται ακόμα και ανθρώπινες ζωές εξαιτίας του εμβολιασμού.***

Η <u>απάντηση</u> βρίσκεται στο <u>μοριακό επίπεδο του μηχανισμού δράσης τους</u>, του οποίου η φιλοσοφία είναι <u>εντελώς διαφορετική από την αντίστοιχη που ακολουθείται στα κλασικά εμβόλια που χρησιμοποιούνταν μέχρι σήμερα για την προστασία από τις διάφορες λοιμώξεις</u>.

Συγκεκριμένα:

<u>A) COVID-19 MRNAVACCINEPFIZER-BIONTECH Άδεια στις 21-12-2020</u>

<u>και</u>

<u>B) COVID-19 MRNAVACCINEMODERNA (CX-024414) Άδειαστις 6-1-2021</u>

Και στα δύο εμβόλια, BNT162b2 (Pfizer-Biontech) / mRNA-1273 (Moderna), η σύνθεση του mRNA γίνεται με χημικό τρόπο και με κάποιες **ειδικές τροποποιήσεις,** για να ενισχύσουν την σταθερότητά του, και ταυτόχρονα να μειώσουν την ικανότητα του οργανισμού να το αντιληφθεί σαν κάτι ξένο.

Πρόκειται για τροποποιήσεις οι οποίες <u>δεν έχουν γίνει γνωστές στην επιστημονική κοινότητα</u> !!

Στην ουσία έχουμε τη δημιουργία συνθετικών τεχνητών αντιγράφων τμήματος του mRNAτου ιού SARS-CoV -2, που κωδικοποιεί την πρωτεΐνη S (Spike), τα οποία ενθυλακώνονται μέσα σε νανοσωματίδια λιπιδίων (συγκεκριμένα τεσσάρων), τα οποία έχουν την ικανότητα της αυτοσυναρμολόγησης με τα συνθετικά mRNA.

Η συγκεκριμένη τεχνολογία χρησιμοποιήθηκε στην βιοτεχνολογία για την μεταφορά φαρμακευτικών ουσιών σε κύτταρα.

Όταν εισέλθει μέσα στα κύτταρα (δενδριτικά μυικά ή ινοβλάστες), τότε μεταφράζεται πολλαπλά από τα ριβοσώματα σε ενεργή πρωτεΐνη S, η οποία, σύμφωνα με το πρωτόκολλο των εταιρειών, στη συνέχεια διασπάται σε μικρότερα κομμάτια στο πρωτεάσωμα, και τα μικρά

αυτά τμήματα της πρωτεΐνης S μεταφέρονται στην κυτταρική μεμβράνη, όπου εκεί πλέον ξεκινά η αντιγονοπαρουσίαση, και ενεργοποιείται η ανοσιακή απάντηση, όπως γίνεται και στην κανονική εισβολή του ιού [31][32].

Γ) COVID-19 VACCINEJANSSEN (AD26.COV2.S) Άδειαστις 11-3-2021

και

Δ) COVID-19 VACCINEASTRAZENECA (CHADOX1 NCOV-19) Άδειαστις 1-2-2021 (δενέλαβεποτέάδειαστιςΗΠΑ)

Στο εμβόλιο της εταιρείας AstrazenecaAZD1222 χρησιμοποιείται ένας τροποποιημένος αδενοϊός, ο οποίος δεν πολλαπλασιάζεται και προκαλεί φυσιολογικά τη γρίπη στον χιμπαντζή [33].

Στο εμβόλιο της Jansen/Johnson & Johnson Ad26.COV2 χρησιμοποιείται επίσης ένας αδρανοποιημένος αδενοϊός [34].

Και στις δύο περιπτώσεις, στο γενετικό υλικό του ιού αυτού που είναι δίκλωνο DNA, προκαλούν ένα έλλειμμα, ώστε να ενσωματώσουν το γονίδιο του SARS-CoV-2 που είναι υπεύθυνο για την κωδικοποίηση της πρωτεΐνης S (ακίδας). Μετά τον εμβολιασμό ο αδενοϊός αγκιστρώνεται σε συγκριμένους υποδοχείς, πάνω στα μυϊκά κύτταρα κατά κύριο λόγο, και το τροποποιημένο DNA εισέρχεται μέσα στα κύτταρα, και συγκεκριμένα στο κυτταρόπλασμα, και μετά στον πυρήνα όπου θα συναντήσει το ανθρώπινο DNA.

Το πρώτο και βασικό ερώτημα, το οποίο προκύπτει εδώ, είναι *ποια η μορφή της αλληλεπίδρασης του συγκεκριμένου DNA με το αντίστοιχο ανθρώπινο.*

Το ιικό γονίδιο της πρωτεΐνης S μεταγράφεται σε mRNA, βγαίνει στο κυτταρόπλασμα, όπου μεταφράζεται από τα ριβοσώματα του κάθε κυττάρου που είναι μολυσμένο, και στη συνέχεια ακολουθείται η ίδια διαδικασία που περιγράφηκε και για την κατηγορία των mRNA εμβολίων.

Και από εδώ και πέρα **ξεκινούν <u>συγκεκριμένα προβλήματα σε κλινικό επίπεδο</u>, τα οποία φαίνεται να <u>πληθαίνουν</u>, ξεπερνώντας την απλή ανησυχία, καθώς αφορούν,<u>όχι απλά συμπτώματα</u>, αλλά <u>απειλούν ακόμα και την ζωή των συνανθρώπων μας, όχι μόνο στο εγγύς αλλά και στο απώτερο μέλλον</u> !!!**

Η παραπάνω αναμενόμενη περιγραφή της δράσης των συγκεκριμένων εμβολίων **φαίνεται *αθώα.***

Πλην όμως ,

εξαιτίας των **ελλιπών γνώσεών μας ,**

αφενός επάνω στο επίπεδο των αλληλεπιδράσεων εν γένει του γονιδιώματός μας με τους βασικούς μοριακούς μηχανισμούς, που διέπουν τη φυσιολογική λειτουργία των κυττάρων ,

αφετέρου πάνω στις παράπλευρες αντιδράσεις άλλων πιο εξειδικευμένων μοριακών μηχανισμών, που έχουν σχέση με την ανοσιακή απόκριση απέναντι, είτε σε συγκεκριμένα μη ελεγμένα συστατικά που υπάρχουν μέσα στα εμβόλια, είτε στις ξένες ιικές πρωτεΐνες,**οι οποίες βιοσυντίθενται <u>εκβιαστικά</u> μέσα σε κύτταρα υγειών ατόμων ,**

φαίνεται να εξελίσσεται μια κατά άλλα επιστημονική επανάσταση και θρίαμβο <u>σε επιστημονικό ΟΛΕΘΡΟ</u> !!!

Η <u>απαίτηση</u> για την <u>επιστημονική αλήθεια</u> είναι πλέον σε τέτοιο βαθμό ΕΠΙΤΑΚΤΙΚΗ, ώστε η χρήση των συγκεκριμένων σκευασμάτων<u>πρέπει και επιβάλλεται να σταματήσει άμεσα</u> !!!

Αυτή είναι μια προειδοποίηση που **πρέπει να ληφθεί <u>άμεσα υπόψη</u>,*τουλάχιστον*<u>μέχρι να μελετηθούν συγκεκριμένες παράμετροι και να δοθούν συγκεκριμένες επιστημονικές απαντήσεις</u>, διότι <u>σε διαφορετική περίπτωση,</u> και αυτό ΤΟ ΚΑΤΑΓΓΕΛΛΟΥΜΕ ΣΕ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΤΟΝΟΥΣ, οι συνέπειες θα είναι ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΕΣ για την υγειονομική κατάσταση των πληθυσμών !!!**

Ήδη,**κορυφαίοι επιστήμονες από όλο τον πλανήτη** (μεταξύ των οποίων ο νυνσυνταξιούχος και πρώην Καθηγητής στο Πανεπιστήμιο του Mainz, Διευθυντής του Ινστιτούτου Ιατρικής Μικροβιολογίας και Υγιεινής Sucharit Bhakdi, ο Michael Yeadon, πρώην υπεύθυνος του επιστημονικού ερευνητικού τομέα της Pfizer στο τμήμα των εμβολίων), υπογράφοντες ως Doctors for Covid Ethics, έχουν απευθύνει τρεις ανοιχτές επιστολές στον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων (EMA) σχετικά με τους κινδύνους των εμβολίων για την COVID-19. **Σ' αυτές παραθέτουν αποδεικτικά στοιχεία, σύμφωνα με τα οποία οι κίνδυνοι των θρομβώσεων (πήξη του αίματος), των αιμορραγιών και των ανωμαλιών των αιμοπεταλίων αποκλείστηκαν σκοπίμως από τις νόμιμες κλινικές δοκιμές των εμβολίων πριν από την χρήση τους στους ανθρώπους**[35][36]

Συνεχώς έρχονται στο φως νέα επιστημονικά δεδομένα, που καταδεικνύουν ότι η επιστημονική κοινότητα **ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΕΙ** τις μελλοντικές επιπτώσεις που θα έχουν τα εμβόλια αυτά στους ανθρώπους [37]. Η επιβεβαίωση ήρθε**άμεσα,** καθώς λίγο καιρό μετά τον εμβολιασμό του μεγαλύτερου μέρους του Ισραηλινού πληθυσμού, υπάρχει μια αύξηση, στατιστικά σημαντική, καρδιακών παθήσεων (μυοκαρδίτιδες και περικαρδίτιδες ιδιαίτερα σε νέους [38][39].

Εκείνο που έχει αρχίσει να γίνεται κατανοητό είναι ότι όλοι αυτοί οι κλινικοί φαινότυποι, που αφορούν ολοένα και περισσότερα όργανα, αλλά και περισσότερους εμβολιασμένους ανθρώπους, οφείλεται σε μια σειρά από **ΤΡΑΓΙΚΑ ΑΝΟΡΘΟΔΟΞΑ,** τα οποία ήταν λογικό να μην γίνουν αντιληπτά,**καθώς η νέα αυτή τεχνολογία και των τεσσάρων εμβολίων χρησιμοποιήθηκε παρακάμπτοντας ουσιαστικά την κλινική φάση ΙΙΙ.**

Κανονικά, οι κλινικές μελέτες στα εμβόλια για τα side effects (παρενέργειες) θα έπρεπε να έχουν διάρκεια από τρία μέχρι και δέκα χρόνια (βλ. πρωτόκολλο παρασκευής και διάθεσης εμβολίων στον γενικό πληθυσμό),ανεξάρτητα από το αριθμό των ατόμων που χρησιμοποιούνται στη μελέτη, καθώς μελετώνται όχι μόνο οι βραχυπρόθεσμες παρενέργειες αλλά και οι μεσοπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες,**και όχι όπως οι κλινικές μελέτες των εμβολίων για την COVID-19, οι οποίες έχουν διάρκεια μόλις μερικούς μήνες !!**

Η διαδικασία αυτή είναι ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για χρήση μιας <u>νέας τεχνολογίας</u> για την παρασκευή ενός εμβολίου, καθώς η απαίτηση για ασφάλεια στα εμβόλιαείναι πολύ υψηλότερη, από ό,τι είναι στην παρασκευή φαρμάκων, καθώς απευθύνονται σε <u>μεγάλους πληθυσμούς υγειών ατόμων με ετερογενές ανοσιακό σύστημα</u>.

Επειδή λοιπόν θα πρέπει να ακολουθούνται αυτές οι οδηγίες ΑΥΣΤΗΡΑ, η πρόκληση βλάβης από παρενέργειες <u>δεν πρέπει να γίνεται αποδεκτή</u>,*κατά πρώτον* διότι αφορά μεγάλο αριθμό ανθρώπων, και *κατά δεύτερον* διότι αυτός που θα την υποστεί θα έχει μόνο κόστος και κανένα όφελος.

Έτσι λοιπόν, στην προκειμένη περίπτωση, χωρίς εκτεταμένες χρονικά μελέτες, γίνεται αντιληπτό ότι **δεν υπάρχει δυνατότητα να γίνει καμιά έγκαιρη και σχολαστική ενημέρωση προς τους επαγγελματίες της Υγείας αλλά και σε όσους μπαίνουν στην διαδικασία να κάνουν το εμβόλιο.**

Ακόμα και το σύστημα των κίτρινων καρτών να εφαρμοζόταν σωστά, που δυστυχώς μας προβληματίζει ιδιαίτερα ότι δεν εφαρμόζεται με την υπευθυνότητα που αρμόζει στην εφαρμογή ενός τέτοιου εμβολίου,**<u>θα μπορούσαν να καταγραφούν μόνο οι βραχυπρόθεσμες παρενέργειες και ΟΧΙ οι μεσοπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες</u>** δηλαδή αυτές που πιθανόν να εμφανιστούν στο αμέσως επόμενο διάστημα ή στο απώτερο μέλλον.

Πώς θα γίνει η συσχέτιση αυτών των παρενεργειών του εμβολίου, και πώς θα αξιολογηθούν,<u>χωρίς την ύπαρξη ομάδας ελέγχου</u> ;;

Οι **<u>συνέπειες</u>** αυτών των τραγικών συμπεριφορών, οι οποίες άρχισαν δυστυχώς ήδη να κάνουν την εμφάνιση τους, και **κανονικά θα έπρεπε να θέσουν σε συναγερμό ολόκληρη την επιστημονική κοινότητα,** φαίνεται αντιθέτως να περνούν **απαρατήρητε**ςή να **μην τους δίνεται η απαιτούμενη σοβαρή προσοχή,**ενώ**θα έπρεπε άμεσα να ληφθούν υγειονομικά μέτρα αναστολής της χρήσης των συγκεκριμένων εμβολίων, όπως ορίζεται από τα σχετικά πρωτόκολλα ασφαλείας μέχρι να διερευνηθούν τα αίτια !!!**

ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΓΙΝΕΙ !!!

Όπως φαίνεται μέσα από δηλώσεις επιφανών επιστημόνων και από τις εργασίες που έχουν δημοσιευτεί [40], αυτά τα τραγικά «σφάλματα», αν και άρχισαν ήδη να επισημαίνονται, εντούτοις ένα μέρος της επιστημονικής κοινότητας **δεν φαίνεται να αντιδρά.**

Ένα από αυτά τα μεγάλα «λάθη», τα οποία συνδέονται με αρκετές παρενέργειες, ήταν ότι **δεν ελήφθησαν υπόψη οι μοριακές ιδιότητες της πρωτεΐνης S του ιού SARS-CoV-2.** Η πρωτεΐνη S, την οποία χρησιμοποιεί ο ιός σαν ανοικτήρι του υποδοχέα ACE2 για να εισέρθει και να μολύνει τα ανθρώπινα κύτταρα,**αντιμετωπίστηκε απλά σαν ένα μεγάλο αντιγόνο - στόχος.**

Εντούτοις, η συγκεκριμένη πρωτεΐνη που παράγεται από αυτά τα mRNA εμβόλια **δεν είναι αδρανοποιημένη** με κάποιους τρόπους,**ώστε να διαθέτει μόνο την αντιγονική της δύναμη ΚΑΙ ΟΧΙ ΤΗ ΛΟΙΜΟΓΟΝΟ**, όπως γίνεται π.χ. με την αντίστοιχη πρωτεΐνη αντιγόνου επιφανείας στο ιό της γρίπης στα κλασικά εμβόλια.

Έτσι φάνηκε ότι η συγκεκριμένη πρωτεΐνη, σαν άμεσο προϊόν του mRNA εμβολίου, από την στιγμή της βιοσύνθεσης της έχει μια ανεξάρτητη από τον SARS-CoV-2 παθογόνο δράση. **Αυτό σημαίνει ότι εμβολιάζοντας τους ανθρώπους ουσιαστικά τους χορηγούμε την γενετική εντολή (mRNA) για να κωδικοποιηθεί μια τοξίνη** [40] **!!**

Ήδη, πειράματα και εργασίες που έχουν γίνει, επιβεβαιώνουν την συγκεκριμένη δράση !!

Πιο συγκεκριμένα, ερευνητές κατασκεύασαν ένα ψευδοϊό, ο οποίος αποτελείτο από το νουκλεοκαψίδιο, που περιείχε όλες τις πρωτεΐνες του ιού, συμπεριλαμβανόμενης της πρωτεΐνης S, αλλά μη μολυσματικό, καθώς δεν είχε μέσα το mRNA του κανονικού ιού SARS-CoV-2 [41][42]. Το αγγειακό ενδοθήλιο αποτελεί τον κύριο ιστό στόχο μόλυνσης και καταστροφής του ιού SAR-CoV-2 [43]. Με βάση αυτά τα δεδομένα η έκθεση ενός συγκεκριμένου ζωικού μοντέλου (ποντίκια hamster) in vivo στον κατασκευασμένο ψευδοιό,**είχε ως αποτέλεσμα σοβαρές βλάβες τόσο στα ενδοθηλιακά κύτταρα των αρτηριών όσο και στους πνεύμονες, γεγονός το οποίο έγινε εμφανές από την πάχυνση των κυψελιδικών διαφραγμάτων και αυξημένη διήθηση μονοπύρηνων κυττάρων.**

Η φλεγμονώδης αυτής εξεργασία ήταν **αποτέλεσμα της υπορύθμισης του υποδοχέα ACE2 και της ταυτόχρονης μείωσης της έκφρασης του** [42].

Και εδώ όμως η έκφραση του υποδοχέα είναι **αποτέλεσμα μονοπατιών κυτταρικής σηματοδότησης.**

Επιπλέον,**οι ίδιες παθολογικές αλλαγές παρατηρήθηκαν και in vitro,μετά από καλλιέργεια πνευμονικών αρτηριακών ενδοθηλιακών κυττάρων, αφού μολύνθηκαν με τον ψευδοιό που έφερε την πρωτεΐνη S.**

Τα παραπάνω ευρήματα **δείχνουν, σε μοριακό επίπεδο, ότι η πρωτεΐνη S όχι μόνο ευθύνεται εξ' ολοκλήρου για τις εκτεταμένες βλάβες που δημιουργούνται στο καρδιαγγειακό σύστημα, αλλά ότι μπορεί να προκαλέσει τον ίδιο παθολογικό κλινικό φαινότυπο. ακόμα και όταν είναι μόνη της χωρίς τον SARS-CoV-2**[42]**!!!**

Η ανακάλυψη αυτή σημαίνει ότι η τοξίνη, εφόσον αυτή κυκλοφορεί ελεύθερη μέσω των υγρών του σώματος σε διάφορα όργανα, μπορεί να προκαλέσει σοβαρές φλεγμονές όπου υπάρχουν υποδοχείς ACE2 !!!

Μια ακόμα αρνητική επίδραση της πρωτεΐνης S, σε μοριακό επίπεδο, που δικαιολογεί επιπλέον τις παραπάνω βλάβες, αφορά στη **φυσιολογική λειτουργία των μιτοχονδρίων, τα οποία αποτελούν τα «ενεργειακά εργοστάσια» των κυττάρων μας.**

Προέκυψε, λοιπόν, από τα σχετικά πειράματα,**ότι η δέσμευση και μόνο της πρωτεΐνης S επάνω στους υποδοχείς ACE2 των ενδοθηλιακών κυττάρων, είχε σαν αποτέλεσμα την δημιουργία μοριακής αστάθειας του υποδοχέα, με συνέπεια την απορρύθμιση της ενδοκυτταρικής σηματοδότησης και τη μείωση της βασικής μιτοχονδριακής αναπνοής και της παραγωγής του ATP, οδηγώντας σε μεταβολή του δυναμικού των μιτοχονδρίων και σε αυξημένο ρυθμό κατακερματισμού τους ,**

που έχει σαν τελικό αποτέλεσμα τον κυτταρικό θάνατο των ενδοθηλιακών κυττάρων,

και την δημιουργία εκτεταμένων βλαβών !!!!!!

Το παράδοξο σε όλες αυτές τις έρευνες είναι ότι, όταν η πρωτεΐνη S εισέρχεται με τον κανονικό ιό SARS-CoV-2 και συνδεθεί με τους υποδοχείς ACE2 των ενδοθηλιακών κυττάρων,προκαλεί μοριακή αστάθεια αυτών και μείωση του ρυθμού έκφρασης τους με αποτέλεσμα ουσιαστικά την μείωση της μολυσματικότητας του SARS-CoV-2, προστατεύοντας το ενδοθήλιο.

Αντιθέτως, όταν η πρωτεΐνη S είναι μόνη της τότε η τοξική της δράση διπλασιάζεται(!!!), αφού δεν υπάρχει ιός, και προκαλεί δυσλειτουργία του συστήματος ρενίνης αγγειοτενσίνης, εξαιτίας της μείωσης των υποδοχέων ACE2,οδηγώντας σε ενδοθηλίτιδα και εκτεταμένες βλάβες !!!

Ο μόνος τρόπος για να υπάρχει σε καθαρή μορφή η πρωτεΐνη S μέσα στον οργανισμό, είναι μέσω των συγκεκριμένων εμβολίων, καθώς ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΑΔΡΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ, και μάλιστα σε ΠΟΛΥ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΕΣ ΠΟΣΟΤΗΤΕΣ από όσο μέσω επιμόλυνσης του ξενιστή από κάποιο ιό !!!

Γιατί λοιπόν, ενώ γνωρίζουμε την παθογόνο δράση της συγκεκριμένης πρωτεΐνης S ακόμα και χωρίς τον ιό,ΣΥΝΕΧΙΖΟΥΜΕ ΝΑ ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΖΟΥΜΕ ΕΜΒΟΛΙΑ,χρησιμοποιώντας την πρωτεΐνη αυτή σαν αντιγόνο στόχο ;;;;;;

Επιπλέον άλλες εργασίες φαίνεται επίσης να στηρίζουν το ότι, όταν η πρωτεΐνη S συνδεθεί με τον υποδοχέα ACE2, ιδιαίτερα χωρίς την ύπαρξη του ιού SARS-CoV-2,**παρεμβαίνει με ένα ιδιαίτερο τρόπο στην κυτταρική σηματοδότηση, η οποία οδηγεί σε ενεργοποίηση μιας σειρά διαφορετικών βιολογικών γεγονότων με κλινικές συνέπειες.**

Πιο συγκεκριμένα, πειράματα με επίδραση ανασυνδυασμένης πλήρους πρωτεΐνης S ή της υπομονάδας S1 αυτής του SARS-CoV-2, σε καλλιέργειες ανθρωπίνων λείων μυικών κυττάρων ή ανθρώπινων ενδοθηλιακών κύτταρων από πνευμονικές αρτηρίες, έδειξαν ότι **ήταν ικανή η επίδραση αυτή να ενεργοποιήσει το ενδοκυττάριο σύστημα μεταγωγής σημάτων, χωρίς να χρειάζεται η ταυτόχρονη ύπαρξη των υπολοίπων συστατικών του ιού**[44].

Με βάση τα παραπάνω ευρήματα, οι συγγραφείς του άρθρου προτείνουν ότι **πολύ πιθανόν η διαταραχή συγκεκριμένων μοριακών μηχανισμών, που δημιουργείται εξαιτίας της ενεργοποίησης συγκεκριμένων μονοπατιών της κυτταρικής σηματοδότησης στα κύτταρα των λείων μυϊκών ινών και τα ενδοθηλιακά κύτταρα, να έχει ως αποτέλεσμα τη <u>δημιουργία παθολογικών καταστάσεων όπως το remodeling των πνευμονικών αγγείων, η πνευμονική αρτηριακή υπέρταση και άλλες καρδιαγγειακές επιπλοκές</u>** [44][45].

Τα μονοπάτια της κυτταρικής σηματοδότησης τα οποία φαίνεται ότι ενεργοποιούνται είναι τα μονοπάτια MEK, ERK και ένας πολύ καλά γνωστός μηχανισμός μεταγωγής σημάτων για κυτταρική ανάπτυξη [46].

Το μονοπάτι κυτταρικής σηματοδότησης ERK,όμως, μαζί με όλες τις πρωτεΐνες που ενεργοποιούνται σαν ένα χείμαρρος, με σκοπό την μεταφορά του μηνύματος από την κυτταρική μεμβράνη στον πυρήνα,**είναι μέρος του κεντρικού μονοπατιού MAPK, το οποίο παίζει ρόλο στην ρύθμιση διαφόρων κυτταρικών λειτουργιών, όπως ο πολλαπλασιασμός, η διαφοροποίηση, η επιβίωση, ενώ, <u>σε κάποιες καταστάσεις, ανάλογα με το ερέθισμα, παίζει ρόλο και στην απόπτωση, δηλαδή τον προγραμματισμένο θάνατο των κυττάρων</u> !!!**

Το γεγονός ότι και μόνο ένα μονοπάτι ορίζει **τόσες πολλές και διαφορετικές κυτταρικές λειτουργίες,αποδεικνύει την <u>πολυπλοκότητα της αλληλεπίδρασης των μοριακών μηχανισμών</u>.** Καθώς σε κάποιους ανθρώπους υπάρχουν συγκεκριμένες μεταλλάξεις στα γονίδια, τα οποία κωδικοποιούν τις πρωτεΐνες που παίρνουν μέρος στον χείμαρρο αντιδράσεων αυτών των μονοπατιών,**η μη σωστή εκτέλεση του μονοπατιού <u>μπορεί να οδηγήσει στην καρκινογένεση</u>** [47] **!!!**

Παρά ταύτα, εδώ συμβαίνει ένα **ΑΠΙΣΤΕΥΤΟ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΓΕΓΟΝΟΣ,το οποίο φαίνεται να πυροδοτείται με την σύνδεση της πρωτεΐνης S στον υποδοχέα ACE2:**

Φυσιολογικά, ο ACE2 είναι ένας υποδοχέας που έχει ρόλο καρβοξυπεπτιδάσης, με λειτουργία να ρυθμίζει την πίεση του αίματος [48], και όχι ένας μεμβρανικός υποδοχέας, ο οποίος παίρνει μέρος στην μεταγωγή ενδοκυττάριων σημάτων. **Τι γίνεται λοιπόν και ξαφνικά αποκτά ένα ρόλο που δεν τον έχει,<u>μεταβάλλοντας την λειτουργία του</u> ;;;**

Μελέτες που έχουν γίνει,τόσο με τον SARS-CoV, όσο και με τον SARS-CoV-2, δείχνουν ότι **η πρωτεΐνη S έχει την ικανότητα να <u>τροποποιεί</u> σημαντικά την φυσιολογική λειτουργία του ACE2, από ένα ένζυμο με δράση πεπτιδάσης, σε ένα μεμβρανικό υποδοχέα μεταγωγής σημάτων, με ligand (προσδέτη) την πρωτεΐνη S, η οποία και δίνει το ερέθισμα.**

Έτσι, η ενεργοποίηση των παραπάνω μονοπατιών,**εκτός από την πιθανότητα της καρκινογένεσηςμετά τη σύνδεση της πρωτεΐνης S,οδηγεί σήματα στον πυρήνα των κυττάρων, όπου εκεί συγκεκριμένοι μεταγραφικοί παράγοντες, όπως οι NF-κB και AP1, μεταγράφουν συγκεκριμένα γονίδια που παράγουν μιτογόνες πρωτεϊνικές κινάσες, και άλλεςκυτταροκίνες φλεγμονής,** όπως η ιντερλευκίνη -6 [47]**!!!**

Αυτά τα πειράματα θέτουν πολύ έντονα τον προβληματισμό της **πιθανής ακόμα και ενδοκυττάριας δράσης της πρωτεΐνης S,** η οποία μπορεί να ενεργοποιηθεί μέσω των mRNA ή των DNA εμβολίων.

Κάτι τέτοιο βέβαια δεν έχει μελετηθεί και αυτό αποτελεί **σημαντικό πρόβλημα,** καθώς οι παθολογικές καταστάσεις, οι οποίες μπορούν να ενεργοποιηθούν εξαιτίας της διαταραχής της κυτταρικής σηματοδότησης, είναι **πολλές** και **ήδη γίνονται ορατές σαν βραχυπρόθεσμες καταστάσεις καρδιαγγειακών νόσων, όπως στεφανιαία νόσος, συστηματική υπέρταση, και έμφραγμα του μυοκαρδίου, περικαρδίτιδες, μυοκαρδίτιδες,** ενώ οι **μακροπρόθεσμες παρενέργειες**<u>δεν είναι δυνατό να προβλεφθούν</u>, καθώς **κανείς δεν γνωρίζει με βάση το γενετικό προφίλ του καθενός πως θα συμπεριφερθούν οι τυχόν διαταραχές των μονοπατιών της κυτταρικής σηματοδότησης** [47]**!!!**

Καθώς, λοιπόν, ενισχύεται η άποψη της <u>παθογόνου δράσης</u> της πρωτεΐνης S, <u>νέες μελέτες έρχονται να επιβεβαιώσουν τους ΧΕΙΡΟΤΕΡΟΥΣ ΕΦΙΑΛΤΕΣ ΜΑΣ</u>.

Μέχρι τώρα, με βάση την περιγραφή του μηχανισμού δράσης και των τεσσάρων εμβολίων, οι εταιρείες **μας <u>διαβεβαίωναν</u>** ότι η πρωτεΐνη S, η οποία κωδικοποιείται από το mRNA η το DNA που υπάρχει μέσα στα εμβόλια, ΔΕΝ βγαίνει έξω από τα κύτταρα και απλά η ίδια η πρωτεΐνη,ή κομμάτια αυτής, φτάνουν στην κυτταρική μεμβράνη των κυττάρων που μολύνουν, και αποτελούν στόχο των κυττάρων που παίρνουν μέρος στην ανοσιακή απόκριση. Βέβαια,

εμείς είδαμε παραπάνω, ότι ακόμα και η ενδοκυτταρική πρωτεΐνη S **<u>είναι</u>** σε θέση να ενεργοποιήσει μονοπάτια της κυτταρικής σηματοδότησης.

Δυστυχώς, ανεξάρτητες μελέτες σχετικά με την βιοκατανομή των mRNA εμβολίων, έχουν αρχίσει να δείχνουν **ότι ο σπλήνας αποτελεί το κύριο κέντρο δράσης για την ανοσιακή απάντηση.** Καθώς **<u>δεν</u> υπάρχουν σαφείς μελέτες για την βιοκατανομή των συγκεκριμένων εμβολίων για τον SARS-CoV-2,**στηριζόμαστε σε μελέτες που έγιναν από άλλα παρόμοια mRNA πειραματικά εμβόλια για τον ιό της Influenzas.

Έτσι, καθώς και το εμβόλιο SARS-CoV-2 έχει σχεδιαστεί ούτως ώστε το τροποποιημένο, όπως είδαμε, mRNA να περιέχεται μέσα σε ένα σύστημα λιπιδικών νανοσωματιδίων, έχει μια αναμενόμενη κατανομή με συγκέντρωση, αρχικά υψηλή στο σημείο της ένεσης,**ενώ αμέσως (μετά από κάποιες ώρες) πέφτει στο σημείο της ένεσης, <u>δείχνει να ανεβαίνει στους λεμφαδένες</u> !!**

Ανάμεσα στα όργανα,**τα υψηλότερα επίπεδα φαίνεται να εμφανίζονται στον σπλήνα, όπως αναφέρθηκε αρχικά, και στο ήπαρ, και σε άλλους αδένες, όπως τα επινεφρίδια και οι ωοθήκες**.

Από ό,τι γίνεται κατανοητό, τελικά **τα «αόρατα» από το ανοσιακό σύστημα, λόγω των νανοσωματιδίων, mRNAs, φτάνουν στα πιο απομακρυσμένα όργανα μέσω του λεμφικού συστήματος, φτάνοντας σχεδόν να μπουν στη γενική κυκλοφορία** [49]**!!!**

Μάλιστα, είναι σαφές ότι **το περιεχόμενο των εμβολίων δύναται να περάσει τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό και να φτάσει στο εγκέφαλο, αφού έχει απομονωθεί mRNA του ιού SARS-CoV-2 από εγκεφαλονωτιαίο υγρό** [51]**!!!**

Συμπτώματα εγκεφαλίτιδας έχουν επίσης αναφερθεί σε ασθενείς με COVID-19 και με βάση τα παραπάνω, θα μπορούσε να είναι είτε αποτέλεσμα του ιού **είτε της πρωτεΐνης S του ιού SARS-CoV-2.**

Όλες οι παραπάνω μελέτες δείχνουν ακριβώς ότι, αφού το περιεχόμενο του mRNA εμβολίου <u>δεν παραμένει μόνο στην περιοχή της ένεσης</u>, αλλά<u>διαχέεται σε όλα τα όργανα</u>

αρχίζει, επομένως, να γίνεται κατανοητό ότι, τόσο οι ενδοκυτταρικές όσο και οι εξωκυτταρικές μοριακές επιδράσεις της πρωτεΐνης S, μπορούν εν δυνάμει <u>να τροποποιήσουν την δράση των υποδοχέων ACE2 σε κύτταρα και ιστούς πολλών οργάνων</u>, οδηγώντας σε <u>πολυοργανικές παθολογικές καταστάσεις</u> !!!

Μία άλλη επίσης παράμετρος, είναι η **ελλιπείς μελέτες πάνω στη δημιουργία και χρήση των λιπιδικών νανοσωματιδίων για την ασφαλή μεταφορά των mRNAs** [52]. Τα νανοσωματίδια αυτά γνωστά και ως λιποσώματα, αποτελούνται από κατιονικά λιπίδια, φωσφολιπίδια, χοληστερόλη και πολυεθυλενική γλυκόλη (PEG). **Η φλεγμονώδης εξεργασία, εξαιτίας αυτών των νανοσωματιδίων, καθώς <u>και</u> αυτά μεταφέρονται σε διάφορα μέρη του σώματος, αποτελούν μια σημαντική παράμετρο και ατία για την <u>δημιουργία σημαντικών βλαβών</u>** [53].

Η κατανόηση της πολυπλοκότητας της ζωής είναι μια από τις βασικότερες αξίες της Μοριακής Βιολογίας και της Γενετικής. Και αυτή η πολυπλοκότητα η οποία ξεκινά από το γονιδίωμα και φτάνει μέχρι την οργάνωση ενός πολυκύτταρου οργανισμού, θα πρέπει να λαμβάνεται πολύ σοβαρά υπόψη, κάθε φορά που ο άνθρωπος θα προσπαθεί να κάνει χρήση των γνώσεών του με σκοπό την θεραπευτική η προληπτική προσέγγιση απέναντι σε κάθε εξωτερικό ή εσωτερικό γεγονός.

Τα ερωτήματα και η ανεύρεση της επιστημονικής αλήθειας αποτελεί τον κύριο σκοπό κάθε επιστήμονα. **Η απόκρυψη της επιστημονικής αλήθειας ιδιαίτερα στα θέματα της μοριακής βιολογίας <u>μόνο στον όλεθρο μπορεί να οδηγήσει</u>.**

Ο ίδιος ο μικρόκοσμος, από τον οποίο είμαστε φτιαγμένοι, μας διδάσκει. Σε κάθε ένα από τρισεκατομμύρια κύτταρα, που αποτελούν τον ανθρώπινο οργανισμό, λειτουργεί, εξαιτίας της διαφοροποίησης των κυττάρων, μόνο το 20% των γονιδίων που μας είναι σήμερα γνωστά. Εντούτοις, η επιβίωση ενός οργανισμού στο κυριολεκτικά εχθρικό περιβάλλον που μας περιβάλλει, στηρίζεται στην ικανότητα κάθε κυττάρου χωριστά, και όλων μαζί, να μπορούν όχι μόνο να ανιχνεύσουν τις διάφορες αλλαγές που συμβαίνουν στο εξωτερικό και στο εσωτερικό περιβάλλον τους, αλλά και να αντιδρούν σε αυτές. Για αυτό το λόγο χιλιάδες «ραντάρ», τα οποία είναι διάσπαρτα, είτε στην κυτταρική μεμβράνη είτε στο κυτταρόπλασμα, με την μορφή διαφορετικών ειδών υποδοχέων ανιχνεύουν,και βρίσκονται σε ένα συνεχή

μοριακό διάλογο με τα ερεθίσματα που δέχονται τόσο από το εξωτερικό όσο και από το εσωτερικό περιβάλλον.

Τα ερεθίσματα μπορεί να είναι είτε χημικά είτε διάφορα μόρια (ligands), τα οποία ενεργοποιούν, ταυτόχρονα τις περισσότερες φορές, πολλά διαφορετικά μονοπάτια, από και προς τον πυρήνα, δημιουργώντας ένα πολύπλοκο αλλά ταυτόχρονα απίθανα συντονισμένο δίκτυο επικοινωνίας, το οποίο, με τη σειρά του, ελέγχει μία σειρά από σημαντικές κυτταρικές λειτουργίες, όπως είναι η αύξηση, η διαφοροποίηση, η κίνηση, η προσκόλληση, ο μεταβολισμός και ο κυτταρικός θάνατος (απόπτωση) όταν κριθεί αναγκαίο.

Χάρις σε αυτό το πολύπλοκο δίκτυο, όταν αλλάξει κάτι στο μίκρο ή μάκρο περιβάλλον ενός κυττάρου, τότε αυτό έχει την ικανότητα να αντιδράσει άμεσα μεταβάλλοντας την μορφή του, την συμπεριφορά του κ.λπ. Η ενεργοποίηση και η αλληλεπίδραση των διαφόρων μονοπατιών οδηγεί σε μια σειρά γεγονότων, που μπορεί να οδηγήσουν με την σειρά τους στην ενεργοποίηση ή αναστολή σημαντικών μοριακών μηχανισμών, με αποτέλεσμα την αντίστοιχη ενεργοποίηση ή αναστολή της δράσης κάποιων γονιδίων η την υπερέκφραση τους.

Η ορθότητα της επικοινωνίας μέσα σε όλο αυτό το πολύπλοκο δίκτυο, επιτυγχάνεται μέσα από ένα συνεχή έλεγχο, τόσο του μεταφερόμενου μηνύματος όσο και του τρόπου μεταφοράς του. Ο έλεγχος αυτός πραγματοποιείται σε συγκεκριμένους ενδιάμεσους σταθμούς, που είναι διάσπαρτοι σε όλο το μήκος του δικτύου και καλούνται «checkpoints». Ο ρόλος αυτών των σταθμών είναι καθοριστικός, αφού από αυτά τα σημεία ουσιαστικά εξαρτάται εάν ένα μήνυμα θα φτάσει σωστά στο κέντρο επεξεργασίας, και εάν η απάντηση του κυττάρου θα είναι σωστή.

Η διαδικασία της ανοσιακής αναγνώρισης και απόκρισης είναι αποτέλεσμα της αρμονικής συνεργασίας όλων των λειτουργικών μορίων (υποδοχείς, κυτταροκίνες, κ.λπ), με σκοπό την ομοιοστασία του δικτύου μεταγωγής σήματος σε όλα τα κύτταρα της ανοσίας.

Άρα η φυσική επιλογή και η εξέλιξη, μας διδάσκουν ότι η ομοιοστασία, είτε του κυττάρου είτε μιας κοινωνίας, είτε της επιστημονικής κοινότητας, στηρίζεται στην συνεργασία, αλλιώς τα μέρη εκείνα που έχουν χαλάσει ή διαφθαρεί, είναι καταδικασμένα να μπούν αργά η γρήγορα σε απόπτωση,άλλως αποβάλλονται.

Αναμένουμε, λοιπόν, σαφείς και τεκμηριωμένες επιστημονικές απαντήσεις, με σκοπό στη συνέχεια να υπάρξει πλήρης ενημέρωση όλων των κοινωνικών φορέων, οργανώσεων και γενικά όλων των πολιτών της χώρας μας.

Είναι δικαίωμα και υποχρέωση όλων μας, με τον δίκαιο επιστημονικό λόγο,να προστατεύσουμε αυτή τη λεπτή γραμμή μεταξύ ηθικής και ανηθικότητας, με σκοπό την προστασία της υγείας και της ζωής, τώρα, αλλά κυρίως της ζωής των επόμενων γενεών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Thomas D. Gelehrter FSC, David Ginsburg Απφέρ Ιασπικήρ Γενεσικήρ – Πρόγραμμα Ανθρώπινου Γονιδιώματος. In: Edition S, ed. 2003.
2. Gibbs Wayt W. Το αφανές γονιδίωμα: Πολύτιμα πετράδια ανάμεσα στα σκουπίδια. ΑΘΗΝΑ: Katoptro 2004.
3. Strachan T. RA. Human Molecular Genetics. London and New York: Garland publishing 2004.
4. Κυριακίδης Α.Δ. Λειτουργική του γονιδιώματος: Από τα γονίδια στη δομή των πρωτεϊνών και στη λειτουργία τους. In: Ημερίδα Π, ed. Η αποκρυπτογράφηση του γονιδιώματος, μετά τι; 2000
5. Trowsdale J. aPP. Defense strategies and immunity-related genes. Eur J Immunol. 2004;34:7-17
6. Conor JM. F-SM. Essential Medical Genetics. fourth ed. London: Blackwell Scientific Publications 1997
7. Ogata, H., Goto, S., Sato, K., Fujibuchi, W., Bono, H., and Kanehisa, M. (1999). KEGG: Kyoto encyclopedia of genes and genomes. Nucleic Acids Res. 27, 29–34
8. Harris, M.A., Clark, J., Ireland, A., Lomax, J., Ashburner, M., Foulger, R., Eilbeck, K., Lewis, S., Marshall, B., Mungall, C., et al.; Gene Ontology Consortium (2004). The Gene Ontology (GO) database and informatics resource. Nucleic Acids Res. 32, D258–D261
9. Croft, D., O'Kelly, G., Wu, G., Haw, R., Gillespie, M., Matthews, L., Caudy, M., Garapati, P., Gopinath, G., Jassal, B., et al. (2011). Reactome: a database of reactions, pathways and biological processes. Nucleic Acids Res. 39, D691– D697

10. Gorenshteyn D, Zaslavsky E, Fribourg M, Kleinstein SH, Troyanskaya OG, Sealfon SC. Interactive Big Data Resource to Elucidate Human Immune Pathways and Diseases. *Immunity*. 2015;43:605-614. doi:10.1016/j.immuni.2015.08.014

11. Segreto R, Deigin Y, Mccairn K, et al. *An Open Debate on SARS-CoV-2's Proximal Origin Is Long Overdue*.

12. Puelles, V.G., M. Lütgehetmann, M.T. Lindenmeyer, J.P. Sperhake, M.N. Wong, L. Allweiss, S. Chilla, A. Heinemann, N. Wanner, S. Liu, F. Braun, S. Lu, S. Pfefferle, A.S. Schröder, C. Edler, O. Gross, M. Glatzel, D. Wichmann, T. Wiech, S. Kluge, K. Pueschel, M. Aepfelbacher, and T.B. Huber. 2020. Multiorgan and Renal Tropism of SARS-CoV-2. *N Engl J Med*. 383:590-592. doi:10.1056/NEJMc2011400.

13. Zhou, P., X.L. Yang, X.G. Wang, B. Hu, L. Zhang, W. Zhang, H.R. Si, Y. Zhu, B. Li, C.L.Huang, H.D. Chen, J. Chen, Y. Luo, H. Guo, R.D. Jiang, M.Q. Liu, Y. Chen, X.R. Shen, X.Wang, X.S. Zheng, K. Zhao, Q.J. Chen, F. Deng, L.L. Liu, B. Yan, F.X. Zhan, Y.Y. Wang, G.F.Xiao, and Z.L. Shi. 2020. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature*. 579:270-273. doi:10.1038/s41586-020-2012-7

14. Yan R, Zhang Y, Li Y, Xia L, Guo Y, and Zhou Q, (2020) Structural basis for the recognition of SARS-CoV-2 by fulllength human ACE2. Science 367: 1444–1448.

15. *Wu C, Liu Y, Yang Y, Zhang P, Zhong W, Wang Y, Wnag Q, Xu Y, Li M, Li X, Zheng M, Chen L, Li H, (2020).* Analysis of therapeutic targets for SARS-CoV-2 and discovery of potential drugs by computational methods. *ActaPharmaceutica Sinica B.* doi*:*10.1016/j.apsb.2020.02.008.

16. Zhu M, (2004) SARS Immunity and Vaccination. Cell Mol Immunol, 1:193-198.

17. Imai Y, Kuba K, Rao S, Huan Y, Guo F, Guan B, Yang P, Sarao R, Wada T, Leong-Poi H, Crackower MA, Fukamizu A, Hui CC, Hein L, Uhlig S, Slutsky AS, Jiang C and Penninger JM., (2005) Angiotensinconverting enzyme 2 protects from severe acute lung failure. Nature, 436 (7047): 112–116.

18. Hamming I, Timens W, Bulthuis ML, Lely AT, Navis G, and van Goor H, (2004). Tissue distribution of ACE2 protein,the functional receptor for SARS coronavirus. A first stepin understanding SARS pathogenesis. J Pathol, 203: 631- 637.

19. Fu Y, Cheng Y and Wu Y, (2020) Understanding SARS-CoV-2- Mediated Inflammatory Responses: From Mechanisms to Potential Therapeutic Tools. Virol Sin. doi:1007/s12250-020-00207-4. [Epub ahead of print]

20. Ng MH, Cheng SH, Lau KM, Leung GM, Khoo US, Zee BC and Sung JJ, (2010) Immunogenetics in SARS: a casecontrol study. Hong Kong Med J, 16 (Suppl 4): S29-33.

21. Liu L, Wei Q, Lin Q. Fang J, Wang H, Kwok H, Tang H, Nishiura K, Peng J, Tan Z, Wu T, Cheung KW, Chan KH, Alvarez X, Qin C, Lackner A, Perlman S, Yuen KY and Chen Z, (2019) Anti-spike IgG causes severe acute lung injury by skewing macrophage responses during acute SARS-CoV infection. JCI Insight,https://doi.org/10.1172/jci.insight.12315

22. Pollard, A. J., & Bijker, E. M. (2021). A guide to vaccinology: from basic principles to new developments. *Nature Reviews Immunology*, *21*(2), 83–100. https://doi.org/10.1038/S41577-020-00479-7

23. Lei Miao, Yu Zhang & Leaf Huang *Molecular Cancer* 2021**mRNA vaccine for cancer immunotherapy** volume 20, Article number: 41 Published: 25 February

24. **,** Megan A. McNamara,[1] Smita K. Nair,[2,3] and Eda K. Hol **RNA-Based Vaccines in Cancer Immunotherapy** Review Article Volume 2015 Article ID 794528 | https://doi.org/10.1155/2015/794528

25. Yu Zhang, Shuibin Lin, Xiang-Yang Wang, Guizhi Zhu First published: 06 June 2019 (Nanoscience & Nanotechnology)https://doi.org/10.1002/wnan.1559**Nanovaccines for cancer immunotherapy**

26. **Messenger RNA Vaccines: Beckoning of a New Era in Cancer Immunotherapy Mehmet Copur**, Oncology (Williston Park) 2021 Apr 21;35(4):190-198. doi: 10.46883/ONC.2021.3504.0198

27. Pardi N., Hogan M., Porter Fr. and D. Weissman (2018) mRNA vaccines-a new era in vaccinology, Nature Reviews Volume 17 April 2018.**https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29326426/**

28. **https://www.ema.europa.eu/en/humanregulatory/marketingauthorisation/conditional-marketing-authorisation**

29. **https://www.adrreports.eu/en/search_subst.html**, https://dap.ema.europa.eu/analytics/saw.dll?PortalPages(Moderna) **https://dap.ema.europa.eu/analytics/saw.dll?PortalPages&PortalPath=%2Fshared** %2FPHV%20DAP%2F_portal%2FDAP&Action=Navigate&P0=1&P1=eq&P2= %22Line%20Listing%20Objects%22.%22Substance%20High%20Level%20Code %22&P3=1+42325700 (Pfize-Biontech, Tozinameran) **https://dap.ema.europa.eu/analytics/saw.dll?PortalPages&PortalPath=%2Fshared** %2FPHV%20DAP%2F_portal%2FDAP&Action=Navigate&P0=1&P1=eq&P2= %22Line%20Listing%20Objects%22.%22(AstraZeneca) https://dap.ema.europa.eu/analytics/saw.dll?PortalPages (Jansenn) γιαΗΠΑβλ.VAERS, **https://vaers.hhs.gov/**

30. **https://vaccineimpact.com/2021/worldwide-genocide-continues-13867-deadand-**1354336-injuries-in-european-database-of-adverse-drug-reactions-for-covid-19-shots/

και**https://mandataapoekso.blogspot.com/2021/06/blog-post_11.html**?fbclid=IwAR3pNFRv_HLIvWaduedCzZNlIFAY2CCZqQqU3EECF2r-HADIN9F_C6_a4Sc

31. Pfizer and BioNTech Announce Vaccine Candidate Against COVID-19 Achieved Success in First Interim Analysis from Phase 3 Study. Available online: https://www.businesswire.com/news/home/20201109005539/en/ (accessed on 9 November 2020).

32. Jackson, L.A.; Anderson, E.J.; Rouphael, N.G.; Roberts, P.C.; Makhene, M.; Coler, R.N.; McCullough, M.P.; Chappell, J.D.; Denison, M.R.; Stevens, L.J.; et al. An mRNA vaccine against SARS-CoV-2—Preliminary report. N. Engl. J. Med. **2020**, 383, 1920–1931.[CrossRef]

33. Folegatti, P.M.; Ewer, K.J.; Aley, P.K.; Angus, B.; Becker, S.; Belij-Rammerstorfer, S.; Bellamy, D.; Bibi, S.; Bittaye, M.; Clutterbuck, E.A.; et al. Safety and immunogenicity of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine against SARS-CoV-2: A preliminary report of a phase 1/2, single-blind, randomised controlled trial. Lancet **2020**, 396, 467–478. [CrossRef]

34. Mercado, N.B.; Zahn, R.; Wegmann, F.; Loos, C.; Chandrashekar, A.; Yu, J.; Liu, J.; Peter, L.; McMahan, K.; Tostanoski, L.H.; et al. Single-shot Ad26 vaccine protects against SARS-CoV-2 in rhesus macaques. Nature **2020**, 586, 583–588. [CrossRef]

35. **https://vaccineimpact.com/2021/doctors-for-covid-ethics-covid-19-vaccines-are-unnecessary-ineffective-and-unsafe/**

36. **https://www.ema.europa.eu/en/documents/other/reply-open-letter-doctors-covidethics- concerning-covid-19-vaccines_en.pdf**

37. **https://www.brighteon.com/3d683a15-fc3d-432d-a057-3313969eb075**

38. **https://www.euronews.com/next/2021/06/02/pfizer-covid-19-vaccine-linkedto-**myocarditis-in-young-men-says-israel-s-health-ministry

39. **https://www.newsbreak.gr/kosmos/211628/pithani-syndesi-emvolioy-pfizermyokarditidas- andres-16-30/**?fbclid=IwAR3TgdaCoHEzrRteLvL4oYXszAHb7u677Nvqc-G9Iz9bfl2qrc4RbgcV2wU

40. **https://play.acast.com/s/notjustpaleopodcast/stephanie-seneff-on-glyphosatevaccines-and-autism**

41. Kuba K, Imai Y, Rao S, et al. A crucial role of angiotensin converting enzyme 2 (ACE2) in SARS coronavirus-induced lung injury. *Nat Med*. 2005;11(8):875-879. doi:10.1038/nm1267

42. Lei Y, Zhang J, Schiavon CR, et al. SARS-CoV-2 Spike Protein Impairs Endothelial Function via Downregulation of ACE2. doi:10.1101/2020.12.04.409144

43. Teuwen L-A, Geldhof V, Pasut A and Carmeliet P. COVID-19: the vasculature unleashed. Nat Rev Immunol. 2020;20:389-391

44. Suzuki, Y.J.; Nikolaienko, S.I.; Dibrova, V.A.; Dibrova, Y.V.; Vasylyk, V.M.; Novikov, M.Y.; Shults, N.V.; Gychka, S.G. SARS-CoV-2 spike protein-mediated cell signaling in lung vascular cells. Vascul. Pharmacol. 2020, 106823, (Online ahead of Print).

45. Suzuki, Y.J. The viral protein fragment theory of COVID-19 pathogenesis. Med. Hypotheses 2020, 144, 110267.

46. Zhang, W.; Liu, H.T. MAPK signal pathways in the regulation of cell proliferation in mammalian cells. Cell Res. 2002, 12, 9–18

47. Suzuki YJ, Gychka SG. SARS-CoV-2 Spike Protein Elicits Cell Signaling in Human Host Cells: Implications for Possible Consequences of COVID-19 Vaccines. 2021. doi:10.3390/vaccines9010036

48. Gheblawi, M.; Wang, K.; Viveiros, A.; Nguyen, Q.; Zhong, J.; Turner, A.J.; Raizada, M.K.; Grant, M.B.; Oudit, G.Y. Angiotensin- converting enzyme 2: SARS-CoV-2 receptor and regulator of the renin-angiotensin system: Celebrating the 20th anniversary of the discovery of ACE. Circ. Res. 2020, 126, 1456–1474.

49. Seneff S, Nigh G. Worse Than the Disease? Reviewing Some Possible Unintended Consequences of the mRNA Vaccines against COVID-19. *Int J Vaccine Theory, Pract Res*. 2021;2(1):38-79. **https://ijvtpr.com/index.php/IJVTPR/article/view/23**.

50. Rhea EM, Logsdon AF, Hansen KM, et al. The S1 protein of SARS-CoV-2 crosses the blood–brain barrier in mice. *Nat Neurosci*. 2021;24(3):368-378. doi:10.1038/s41593-020-00771-8

51. Moriguchi, T. et al. A first case of meningitis/encephalitis associated with SARS-Coronavirus-2. Int. J. Infect. Dis. 94, 55–58 (2020).

52. Wadhwa, A., Aljabbari, A., Lokras, A., Foged, C. & Thakur, A. (2020). Opportunities and Challenges in the Delivery of mRNA-based Vaccines. Pharmaceutics 12(2): 102. **https://doi.org/10.3390/pharmaceutics12020102**

<u>ΥΠΟΜΝΗΜΑ ΟΜΑΔΑΣ Β</u>

«Κτήμα ες αεί»

«Πνευματικός θησαυρός για την αιωνιότητα»

Θουκυδίδου, Ιστορίαι

Μεταξύ του Δεκεμβρίου του 2020 και του Μαρτίου του 2021, η **Ευρωπαϊκή Επιτροπή Φαρμάκων (Ε.Μ.Α)** έδωσε έγκριση σε 4 εμβόλια ενάντια του SARS – CoV – 2

(severeacuterespiratorysyndromecoronavirus 2) συμπεριλαμβανομένου και του ChAdOx1 nCov-19 εμβολίου (Astra - Zeneca) [1].

Παρά ταύτα, προς τα τέλη του Φεβρουαρίου του 2021,**ένας <u>σημαντικός αριθμός από θρομβώσεις του φλεβικού δικτύου</u> (VenousThromboses - VTE) σε <u>σπάνια σημεία του φλεβικού δικτύου</u>, όπως οι φλεβώδεις κόλποι του εγκεφάλου (cerebralvenous-sinusthrombosis [CVST]) και οι σπλαγχνικές φλέβες (splanchnicveinthrombosis [SVT]), σε συνδυασμό με θρομβοκυτταροπενία, παρατηρήθηκε σε άτομα που έλαβαν το εμβόλιο AstraZeneca.**

Αυτό είχε ως αποτέλεσμα στις 15 Μαρτίου του 2021 η EMA**να εισηγηθεί την προσωρινή διακοπή του εμβολίου σε χώρες όπως η Αυστρία, η Γερμανία, Γαλλία, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Νορβηγία [2].**

Ειδικότερα, στο διάστημα Ιανουαρίου – Απριλίου 2021 (4 μήνες) παρατηρήθηκαν συνολικά **169 κρούσματα CVST και 53 κρούσματα SVT** σε 34 εκατομμύρια ανθρώπους που είχαν εμβολιαστεί στην Ευρωπαϊκή Ένωση [2].

Οι Greinacheretal [3], περιέγραψαν κλινικοεργαστηριακά δεδομένα από 11 ασθενείς από Γερμανία και Αυστρία,**στους οποίους αναπτύχθηκε Ιδιοπαθής Θρομβωτική Θρομβοπενική Πορφύρα μετά την χορήγηση του ChAdOx1 nCov-19.**

Συνολικά 9 στους 11 ασθενείς είχαν CVST, τρεις είχαν SVT και τέσσερις πνευμονική εμβολή.

Από αυτούς τελικά οι έξι κατέληξαν.

Όλοι οι ασθενείς ανέπτυξαν θρομβοπενία, <u>χωρίς κάποιος να έχει λάβει ηπαρίνη πριν από την έναρξη των συμπτωμάτων</u>.

Επιπλέον στην μελέτη προστέθηκαν 28 ασθενείς και **<u>άπαντες</u> βγήκαν θετικοί για τα αντισώματα έναντι του παράγοντα 4 των αιμοπεταλίων - ηπαρίνης (PF4).**

Οι ερευνητές διαπίστωσαν **ότι τα θρομβωτικά θρομβοπενικά σύνδρομα είχαν εντυπωσιακές ομοιότητες με το <u>σύνδρομο θρομβοπενίας</u> προκαλούμενο από ηπαρίνη (HIT), το οποίο ευθύνεται για προθρομβωτικά συμβάντα.**

Οι ασθενείς στην μελέτη όμως <u>δεν</u> είχαν λάβει ηπαρίνη !

Η ομάδα του Greinacher πρότεινε να ονοματίσουν αυτό το σύνδρομο που προκαλείται από το εμβόλιο **«ανοσοποιητική θρομβωτική θρομβοπενία (Vaccine – inducedThrombocyticThrombopenia, VITT)».**

Οι Schultzetal [4], από το **Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Όσλο,** περιέγραψαν πέντε περιπτώσεις εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης σε σύνολο 130.000 εμβολιασμένων, οι οποίοι**εμφάνισαν CVST και Θρομβοπενία, 7-10 ημέρες μετά την λήψη του εμβολίου ChAdOx1 nCov-19.** Όλοι οι ασθενείς παρουσίασαν υψηλά επίπεδα αντισωμάτων έναντι του παράγοντα 4 των αιμοπεταλίων και της ηπαρίνης,**χωρίς όμως να υπάρχει προηγούμενη έκθεση σε ηπαρίνη.**

Η ομάδα των Νορβηγών επιστημόνων κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το VITT,παρά το γεγονός ότι το θεωρούσαν ένα σπάνιο αλλά δυνητικά σοβαρό θαμβωτικό επεισόδιο σε νεαρούς ενήλικες, **ίσως τελικά να είναι <u>πιο συχνό από το αναμενόμενο</u>** [4].

Επίσης έχουν προταθεί και άλλοι μηχανισμοί με τους οποίους τα αιμοπετάλια συσσωματώνονται δημιουργώντας θρόμβους. Ως προς την περίπτωση των εμβολίων που χρησιμοποιούν φορέα – αδενοιό, είναι αποδεδειγμένο ότι αυτοί οι αδενοιοί μπορούν να **συνδεθούν με αιμοπετάλια,** χρησιμοποιώντας τον **υποδοχέα coxsackie – adenovirus (CAR)** ο οποίος αποτελεί ένα **αρχικό βήμα εισόδου του ιού στα αιμοπετάλια** [5].
Τα εμβόλια ChAdOx1 nCov-19 είναι αποδεδειγμένο ότι<u>χρησιμοποιούν τον CAR υποδοχέα</u>[6].

Τα εμβόλια Ad26.COV2.S (Johnson&Johnson / Janssen), χρησιμοποιούν μια ανασυνδυασμένη έκδοση (με ανεπάρκεια αντιγραφής) του ανθρώπινου αδενοιού που δεν φέρει τον υποδοχέα CAR, πλην όμως, σε αυτά τα εμβόλια το **σιαλικό οξύ στα αιμοπετάλια <u>είναι ο υποδοχέας πρόσδεσης</u>.**

Τα ανθρώπινα αιμοπετάλια είναι γνωστό ότι διαφέρουν ως προς την περιεκτικότητα σε σιαλικό οξύ, το οποίο έχει εμπλακεί στη συσσωμάτωση και προσκόλλησή τους **και μπορεί να παίζει ρόλο σε διαταραχές των αιμοπεταλίων όπως η θρομβοκυτταροπενία**[7].

Επομένως, **οι αλληλεπιδράσεις των φορέων ChAdOx1 και Ad26.COV2.S με αιμοπετάλια είναι εύλογες, <u>ειδικά δεδομένου ότι κάθε ενδομυϊκά ενέσιμη δόση αυτού του εμβολίου περιέχει 5 × 1010 ιικά σωματίδια</u>**[8].

Επιπλέον, όπως αποδεικνύεται με χρήση ανθρώπινου αδενοϊού τύπου 5, και ανθρώπινου αδενοϊού τύπου 3, **η δέσμευση αδενοϊικών σωματιδίων σε κυκλοφορούντα αιμοπετάλια μπορεί να ενεργοποιήσει τα τελευταία <u>και να οδηγήσει στη συσσωμάτωσή τους</u>**[8].

Είναι επίσης **σημαντικό** να γνωρίζουμε***εάν το σύμπλοκο αδενοϊού-αιμοπεταλίων μπορεί να προκαλέσει από μόνο του την αυτοάνοση απόκριση, ιδιαίτερα παρουσία των προϋπάρχοντων αντισωμάτων κατά του PF4.***

Συγκεκριμένα, προηγούμενες μελέτες σε τρωκτικά, κουνέλια και πρωτεύοντα,**πλην** του ανθρώπου, έδειξαν **ότι η ενδοφλέβια χορήγηση αδενοϊικών φορέων μπορεί να οδηγήσει σε οξεία θρομβοκυτταροπενία και πήξη με έναρξη εντός 24 ωρών** [8].

Τα δυο εμβόλια **AZD1222** και **Ad26.COV2.S** χορηγούνται ενδομυϊκά, και σύμφωνα με τη μελέτη βιοκατανομής σε ποντίκια BALB / c, ο υψηλότερος αριθμός ιογενών αντιγράφων παρατηρείται στον σκελετικό μυ στη θέση χορήγησης, **με χαμηλά επίπεδα σποραδικά σε άλλους ιστούς - καρδιά, ήπαρ, λεμφαδένες, ωοθήκες και όρχεις** (μελέτη 0841MV38.001) [8].

Επιπλέον πιθανολογείται **ότι υπάρχει <u>διασταυρούμενη αντιδραστικότητα των αντισωμάτων έναντι της πρωτεϊνικής ακίδας με τον παράγοντα 4 των αιμοπεταλίων</u>** (PF4). Η διασταυρούμενη αντιδραστικότητα εμφανίζεται,**όταν ένα αντίσωμα που στρέφεται εναντίον ενός συγκεκριμένου αντιγόνου, αναγνωρίζει επιτυχώς επιτόπους άλλων αντιγόνων.** Υπάρχει πιθανή **διασταυρούμενη αντιδραστικότητα μεταξύ των αντισωμάτων έναντι της πρωτεϊνικής ακίδας και διαφορετικών πρωτεϊνών,**όπως είναι***η βασική***

πρωτεΐνη μυελίνης, οι τρανσγλουταμινάσες 2 και 3, τα μιτοχόνδρια, το πυρηνικό αντιγόνο, η α- μυοσίνη, η υπεροξειδάση του θυρεοειδούς και το κολλαγόνο [8].

Ένας ακόμα πιθανός μηχανισμός, ο οποίος βρίσκεται υπό μελέτες, είναι **οι διασταυρούμενη αντιδραστικότητα των αντισωμάτων του ανθρώπινου ανασυνδυασμένου αδενοϊού, με τον παράγοντα 4 των αιμοπεταλίων** [8].

Υπάρχει **ξεκάθαρη αλληλεπίδραση μεταξύ της πρωτεϊνικής ακίδας και του υποδοχέα του μετατρεπτικού ένζυμου της αγγειοτενσίνης -2 (ACE2) στην επιφάνεια των αιμοπεταλίων,τόση που είναι επαρκής για να ενισχύσει την προθρομβωτική λειτουργία !**

Επομένως, αυτό το εύρημα οδηγεί στο **κρίσιμο ερώτημα,*κατά πόσο η πρωτεϊνική ακίδα που παράγεται μετά από εμβολιασμό με εμβόλια φορέα ή mRNA μπορεί (και πόσο συχνά) να εκκρίνεται σε ελεύθερη μορφή, να εμφανίζεται στο αίμα και πιθανώς να αλληλεπιδράσει με αιμοπετάλια με παρόμοιο τρόπο.***

Μετά τον εμβολιασμό (φορέα και mRNA) και την παραγωγή των ακίδων πρωτεΐνης, αυτές με την σειρά τους αποικοδομούνται περαιτέρω σε αντιγονικά πεπτίδια και παρουσιάζονται σε κυτταροτοξικά Τ λεμφοκύτταρα μέσω του κύριου μονοπατιού ιστοσυμβατότητας (MHC) I, **αλλά μπορούν επίσης να απελευθερωθούν και να ληφθούν από δενδριτικά κύτταρα και να παρουσιαστούν περαιτέρω σε βοηθητικά Τ κύτταρα και Β κύτταρα μέσω του μονοπατιού MHCII !!**

Δεν μπορεί, επομένως, να αποκλειστεί ότι μπορεί να συμβεί σποραδική διαφυγή των πρωτεϊνικών ακίδων κατά την μεταφορά τους [8]**!!**

Στις 9 Ιουνίου 2021, η ιατρός **Tess Lawrie,** από το Ηνωμένο Βασίλειο, εξέδωσε δημόσια **τα αποτελέσματα των κίτρινων καρτών για τα εμβόλια COVID-19 την περίοδο μεταξύ 8.12.2020 και 6.5.2021:**

Κατά την διάρκεια αυτής της πεντάμηνης περιόδου 24 εκατομμύρια άτομα έλαβαν και τις δυο δόσεις στο Ηνωμένο Βασίλειο. Η ιατρός Lawrie**κρούει τον κώδωνα του κινδύνου,**δεδομένου

ότι σε αυτό το διάστημα των πέντε μηνών **σημειώθηκαν 1253 θάνατοι και 888.196 ανεπιθύμητες αντιδράσεις που σχετίστηκαν με τα εμβόλια COVID-19 !!!**

Η ιατρός χωρίζει τις ανεπιθύμητες ενέργειες σε **6 κλινικές κατηγορίες** [9].

-Στην **1η κλινική κατηγορία** ανήκουν οι **αιμορραγίες**, οι **θρομβώσεις** και τα **ισχαιμικάεπεισόδια**.

Η συγκεκριμένη κατηγορία ονομάστηκε,επίσης,**και ως η ομάδα του θανάτου (!),εκ του δραματικού γεγονότος ότι υπήρξαν πολλοί ξαφνικοί θάνατοι:**

438 !!

Θεώρησαν ότι το πιθανό αίτιο (σύμφωνα με τα κλινικά ευρήματα και τις εξετάσεις που έγιναν), θα μπορούσε να είναι **τα αιμορραγικά, θρομβοεμβολικά – ισχαιμικά επεισόδια στον εγκέφαλο.** Είχαν προκύψει **ήδη**κυβερνητικές **εκθέσεις,σχετικά με την εμφάνιση εγκεφαλικών επεισοδίων σε έδαφος θρόμβωσης των φλεβωδών κόλπων του εγκεφάλου (24 θάνατοι, 226 ανεπιθύμητα επεισόδια).** Ωστόσο, η ανάλυση δεδομένων που έγινε κατέληξε στο συμπέρασμα **ότι οι θρομβοεμβολικές ανεπιθύμητες ενέργειες θα μπορούσαν να αφορούν σχεδόν όλες τις φλέβες και τις αρτηρίες, συμπεριλαμβανομένων μεγάλων αγγείων, όπως η αορτή, τα αγγεία στον εγκέφαλο, την καρδιά, τον σπλήνα, τα νεφρά, τις ωοθήκες, το ήπαρ, και θα μπορούσαν να είναι απειλητικές για την ζωή ή να καταστρέψουν την ποιότητα ζωής του εμβολιασμένου** [9]**!!!**

-Στην **2η κλινική κατηγορία** υπάρχουν οι ανεπιθύμητες αντιδράσεις που σχετίζονται με το **ανοσοποιητικό σύστημα.**
Υπήρξαν επανενεργοποιήσεις λανθανόντων ιών, όπως του έρπητα ζωστήρα και της λύσσας !!

Αυτό υποδηλώνει**ανοσοανεπάρκεια που προκαλείται από τα εμβόλια !!**

Επίσης **προέκυψε διαταραχή του ανοσοποιητικού συστήματος που συσχετιζόταν με τα εμβόλια,** με αποτέλεσμα να εμφανιστούν **αυτοάνοσες παθήσεις όπως το σύνδρομο**

Guillain-Barré (280 περιπτώσεις, 6 θάνατοι), Κολίτιδες Crohn και Ελκώδης (231 περιπτώσεις, 2 θάνατοι) και σκλήρυνση κατά πλάκας (113 περιπτώσεις) !!

Επιπλέον, υπήρξαν **πολλές αλλεργικές αντιδράσεις (25,.70) εκ των οποίων 4 ήταν θανατηφόρες και 1.001 εμβολιασμένοι υπέστησαν οξύ αναφυλακτικό σοκ** [9]**!!**

-Στην **3η κλινική κατηγορία** υπάρχουν ανεπιθύμητες αντιδράσεις που σχετίζονται με το **άλγος, όπως αρθραλγίες (24.902 περιπτώσεις), μυαλγίες (31.168 περιπτώσεις), ινομυαλγίες (270 περιπτώσεις) και κεφαλαλγίες (90.000 περιπτώσεις)** [9].

-Στην **4η κλινική κατηγορία** υπάρχουν **νευρολογικές** ανεπιθύμητες αντιδράσεις. Εδώ ανήκει το 21% των συνολικών ανεπιθύμητων αντιδράσεων **(185.474 περιπτώσεις).** Παρατηρήθηκε **μεγάλη ποικιλία νευρολογικών αντιδράσεων,** από τις πιο συχνές που ήταν **επιληπτικές κρίσεις (1,992 περιπτώσεις), κάποιας μορφής παραλύσεις (2,357 περιπτώσεις), παράλυση του Bell (626 περιπτώσεις), έως τις πιο σπάνιες όπως εγκεφαλοπάθεια, άνοια, αταξία και παρκινσονισμούς** [9]**!!**

-Στην **5η κλινική κατηγορία** υπήρξαν ανεπιθύμητες αντιδράσεις που σχετίζονται με **απώλειαόρασης, ακοής και όσφρησης καθώς και διαταραχής του λόγου** [9].

-Στην **6η κλινική κατηγορία** υπάρχουν ανεπιθύμητες αντιδράσεις στην **εγκυμοσύνη**. Οι έγκυοι αποτελούσαν ένα μικρό ποσοστό των εμβολιασμένων στο Ηνωμένο Βασίλειο. Παρ' όλα αυτά, φαίνεται να υπάρχει **μεγάλος αριθμός ανεπιθύμητων αντιδράσεων (307), συμπεριλαμβανομένου ενός θανάτου εγκύου, ένα θάνατος νεογνού μετά από πρόωρο τοκετό και 150 αυθόρμητες αμβλώσεις** [9].
Η άποψη της ιατρού είναι ότι οι **ανεπιθύμητες ενέργειες δεν περιορίζονται σε κάποια συγκεκριμένο εμβόλιο** COVID-19 [9].

*Στην άδεια κυκλοφορίας του **EMA** του εμβολίου **PfizerBiontech,** στη σελίδα 4 αναφέρεται ότι το εμβόλιο **εξαιρείται μελετών για αλληλεπίδραση με άλλα φάρμακα**.

Στην ίδια σελίδα αναφέρει ότι υπάρχουν περιορισμένα δεδομένα για χρήση του σε εγκύους, καθώς και ότι μελέτες έχουν γίνει αφορούν μόνο τα ζώα.

Επιπλέον, αναφέρεται ότι η **διάρκεια προστασίας που παρέχει το εμβόλιο είναι άγνωστη, καθώς το σκεύασμα <u>βρίσκεται ακόμα υπό κλινικές μελέτες</u> !!**

Χαρακτηριστικό είναι δε, ότι στη σελίδα 11 αναφέρεται ρητά ότι το συγκεκριμένο εμβόλιο **<u>εξαιρείται από μελέτες γονοτοξικότητας και καρκινογένεσης</u> !!!**

ΓΙΑΤΙ ;;

Τέλος, στη σελίδα 21 αναφέρεται ότι η **ημερομηνία λήξης των κλινικών μελετών** για το εμβόλιο PfizerBiontech είναι ο **12ος/2023.** Η μελέτη που πραγματοποιείται είναι τυφλή τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο (placebo) [10].

*Παρόμοια εικόνα παρατηρείται για το εμβόλιο της **Moderna**. Στη σελίδα 4 της άδειας **ΕΜΑ** κυκλοφορίαςτου εμβολίου, αναφέρεται επίσης ότι **<u>και</u>**το εμβόλιο αυτό**<u>εξαιρείται μελετών για αλληλεπίδραση με άλλα φάρμακα</u>**. Επιπλέον, αναφέρεται ότι η **διάρκεια προστασίας που παρέχει το εμβόλιο είναι <u>άγνωστη</u> (!!(,**καθώς το σκεύασμα **βρίσκεται ακόμα υπό κλινικές μελέτες.**

Στην παράγραφο 5.3, στη σελίδα 9 αναφέρεται ότι **<u>και</u>**το εμβόλιο Moderna**<u>απαλλάσσεται από μελέτες γονοτοξικότητας και καρκινογένεσης</u>**.

ΓΙΑΤΙ ;;;

Τέλος στη σελίδα 15, ενότητα Ε, αναφέρει ότι οι μελέτες του συγκεκριμένου εμβολίου θα λήξουν τον 12ο/2022.

Όπως και με το εμβόλιο της PfizerBiontech, η μελέτη που πραγματοποιείται είναι τυφλή τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο (placebo) [10].

*Στην άδεια κυκλοφορίας του **ΕΜΑ** του εμβολίου **AstraZeneca,** στη σελίδα 5, υποενότητα 4.5, αναφέρεται επίσης ρητά ότι **<u>και</u>**το εμβόλιο αυτό**<u>εξαιρείται μελέτης αλληλεπίδρασης με άλλα φάρμακα</u>.**

Στη σελίδα 4 αναφέρεται ότι η **διάρκεια προστασίας που παρέχει το εμβόλιο είναι <u>και εδώ</u>άγνωστη,** καθώς **<u>και εδώ</u>**το σκεύασμα βρίσκεται **υπό κλινικές δοκιμές.**

Στη σελίδα 10, υποενότητα 5.3, αναφέρεται **<u>και εδώ ρητά</u>** ότι για το συγκεκριμένο εμβόλιο **<u>δεν έγιναν μελέτες καρκινογένεσης και γονοτοξικότητας</u>.**

ΓΙΑΤΙ ;;;

Τέλος, στη σελίδα 17, αναφέρεται ότι καταληκτική ημερομηνία για τις κλινικές μελέτες του εμβολίου της AstraZeneca είναι η 31η Μαρτίου του 2024, με τις μελέτες να είναι τυχαιοποιημένες – ελεγχόμενες [10].

*Τέλος, για το εμβόλιο **Johnson&Johnson**, στην άδεια κυκλοφορίας του **EMA**, στη σελίδα 4 αναφέρεται ότι οι επιστήμονες υγείας πρέπει να έχουν **<u>αυξημένη εγρήγορση για συμπτώματα και σημεία θρομβοεμβολής ή/ και θρομβοπενίας</u>!!**

Στην ίδια σελίδα,**<u>παρομοίως</u>** με τα προηγούμενα εμβόλια, αναφέρεται ότι η **διάρκεια προστασίας που παρέχει το εμβόλιο είναι <u>άγνωστη</u>,** καθώς το σκεύασμα βρίσκεται **υπό κλινικές δοκιμές.**

Όπου κλινική, και για τα τέσσερα εμβόλια, η ανθρωπότητα…

Στη σελίδα 5, αναφέρει ότι **εξαιρείται από μελέτες αλληλεπίδρασης με άλλα φάρμακα.**
Στη σελίδα 11, υποενότητα 5.3, αναφέρεται ότι **<u>και</u>**το εμβόλιο Jansen**<u>δεν</u> έχει αξιολογηθεί ως προς την ενδεχόμενη καρκινογονική και γονοτοξική δράσητου.**

ΓΙΑΤΙ ;;;

Και όλα τα υπόλοιπα «γιατί»…

Τέλος, στη σελίδα 20, ενότητα Ε, αναφέρεται ότι οι μελέτες είναι τυφλές – τυχαιοποιημένες, ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο (placebo) και ολοκληρώνονται την 31η Δεκεμβρίου του 2023 [10].

Εκπληκτικό είναι επίσης το γεγονός, ότι οFDA, σχετικά με το εμβόλιο της **PfizerBiontech,** αναφέρει ότι η επιστημονική κοινότητα **δεν έχει ενδείξεις σχετικά με το κατά πόσο το εμβόλιο σταματάει ή μειώνει την μετάδοση του ιού από άνθρωπο σε άνθρωπο**[11]**!!!**

Νέα μελέτη, των καθηγητών **Harald Walach,Rainer Klement** και του Ολλανδού αναλυτή δεδομένων **Wouter Aukema,** δημοσιεύθηκε **(πλήρως αξιολογημένη)** στο MDPI στις 24 Ιουνίου 2021. Τα πραγματικά δεδομένα σχετικά με τον αριθμό των εμβολιασμών που απαιτούνται για την πρόληψη ενός θανάτου προέρχονται από μια **μεγάλη ισραηλινή μελέτη πεδίου.** Από αυτό το πεδίο, **υπολογίστηκε ο αριθμός των εμβολιασμών (NNTV – Numbers Needed To Vaccinate) που απαιτούνται για την πρόληψη ενός θανάτου.** Οι ανεπιθύμητες αντιδράσεις φαρμάκων (ADR) ελήφθησαν από τη βάση δεδομένων του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων και το ολλανδικό εθνικό μητρώο (lareb.nl) από τις 28 Μαΐου 2021,**για να εξαχθεί ο αριθμός των περιπτώσεων με σοβαρές ανεπιθύμητες παρενέργειες και ο αριθμός των θανατηφόρων περιπτώσεων.**

Το τρομακτικό αποτέλεσμα της μελέτης:

Για τρεις θανάτους που αποτρέπονται από τον εμβολιασμό, πρέπει να δεχτούμε δύο θανάτους που προκαλούνται από τον εμβολιασμό !!!

Οι συγγραφείς καταλήγουν στο **πολύ σοβαρό συμπέρασμα,ότι η προφανής έλλειψη σαφούς οφέλους θα πρέπει να ωθήσει τις κυβερνήσεις να επανεξετάσουν τις πολιτικές εμβολιασμού !!**

Χαρακτηριστική δε είναι **η αναφερόμενη ελλιπής παρουσία δεδομένων.** Ο ευρωπαϊκός μέσος όρος είναι 127 ατομικές αναφορές ασφάλειας (ICSR), δηλαδή περιπτώσεις με αναφορές ανεπιθύμητων παρενεργειών ανά 100.000 εμβολιασμούς.

Ωστόσο:

Οι ολλανδικές αρχές έχουν καταγράψει **701 αναφορές ανά 100.000 εμβολιασμούς,** ενώ η Πολωνία έχει μόνο **15 ISCR ανά 100.000 εμβολιασμούς.**

Υποθέτοντας ότι η διαφορά αυτή **δεν** οφείλεται σε διαφορετική εθνική ευαισθησία στα ανεπιθύμητα συμβάντα των εμβολίων, αλλά σε **διαφορετικά εθνικά πρότυπα αναφοράς,** οι συγγραφείς αποφάσισαν να χρησιμοποιήσουν δεδομένα από το ολλανδικό εθνικό μητρώο (https://www.lareb.nl/coronameldingen, πρόσβαση στις 29 Μαΐου 2021),**για να μετρήσουν τον αριθμό των σοβαρών και θανατηφόρων ανεπιθύμητων συμβάντων ανά 100.000 εμβολιασμούς.** Τα δεδομένα αυτά συγκρίθηκαν με το NNTV, για την πρόληψη ενός κλινικού περιστατικού και ενός θανάτου από την COVID-19 [12].

Στην τεχνική ενημερωτική έκθεση No17 που εκπόνησε ο Οργανισμός Δημόσιας Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου, με τίτλο «SARS – CoV -2 variantsofconcernandvariantsunderinvestigationinEngland», και η οποία δημοσιεύτηκε στις 25 Ιουνίου [13], γίνεται αναλυτική ενημέρωση για τις διάφορες μεταλλάξεις του SARS – CoV – 2, τα οποία προκάλεσαν μεγάλη αίσθηση στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Στον πίνακα 4 της εν λόγω έκθεσης, δίνονται **στατιστικά στοιχεία για τα κρούσματα της μετάλλαξης Δέλτα (variantDelta), τις νοσηλείες και τους θανάτους από το εν λόγω στέλεχος του ιού.**

Table 4. Attendance to emergency care and deaths by vaccination status among Delta confirmed cases (sequencing and genotyping) including all confirmed Delta cases in England, 1 February 2021 to 21 June 2021

	Age group (years)	Total	Cases with specimen date in past 28 days	Unlinked	<21 days post dose 1	≥21 days post dose 1	Received 2 doses	Unvaccinated
Delta cases	All cases	92,029	79,336	11,015	6,242	13,715	7,235	53,822
	<50	82,458	71,311	9,892	6,154	9,850	3,689	52,846
	>50	9,571	8,025	1,123	88	3,865	3,546	976
Cases with an emergency care visit§ (excluding cases with the same specimen and attendance dates)‡	All cases	2,406	N/A	33	186	426	190	1,571
	<50	2,013	N/A	25	183	259	68	1,478
	>50	393	N/A	8	3	167	122	93
Cases with an emergency care visit§ (including cases with the same specimen and attendance dates)	All cases	3,460	N/A	51	249	564	348	2,248
	<50	2,728	N/A	40	238	321	94	2,035
	>50	732	N/A	11	11	243	254	213
Cases where presentation to emergency care resulted in overnight inpatient admission§ (excluding cases with the same specimen and attendance dates)‡	All cases	745	N/A	11	55	115	80	484
	<50	564	N/A	8	52	55	17	432
	>50	181	N/A	3	3	60	63	52
Cases where presentation to emergency care resulted in overnight inpatient admission§ (including cases	All cases	1,320	N/A	22	88	189	190	831
	<50	902	N/A	16	79	85	27	695
	>50	418	N/A	6	9	104	163	136

	Age group (years)	Total	Cases with specimen date in past 28 days	Unlinked	<21 days post dose 1	≥21 days post dose 1	Received 2 doses	Unvaccinated
with the same specimen and attendance dates)						Σύνολο:		
Deaths within 28 days of positive specimen date	Total	117	N/A	3	1	19	50	44
	<50	8	N/A	-	-	2	-	6
	>50	109	N/A	3	1	17	50	38

ριθμός θανάτων ντός 28 ημερών από την μοριακή ανίχνευση

Από τα στοιχεία του πίνακα 4 προκύπτουν τα εξής:

Περιστατικά μεταξύ μη εμβολιασμένων: 53.822

Θάνατοι μεταξύ μη εμβολιασμένων: 44

Αδρός Δείκτης Θνητότητας στους μη εμβολιασμένους: 44/53.822 = 0,082%

Περιστατικά μεταξύ εμβολιασμένων: 27.192

Θάνατοι μεταξύ εμβολιασμένων: 70

Αδρός Δείκτης Θνητότητας στους εμβολιασμένους: 70/27.192 = 0,26%

Με βάση τα δεδομένα από την Αγγλία, η μετάλλαξη Δέλτα, αν και έπιασε περισσότερο τους μη εμβολιασμένους (53.822 έναντι 27.192 περιστατικών), υπήρξε **πολύ περισσότερο θανατηφόρος στους εμβολιασμένουςαπό όσο στους μη εμβολιασμένους:**

Σχεδόν **τριπλάσια θνητότητα** [13]**!!!**

Αν και από τα εν λόγω δεδομένα δεν μπορούμε να αποφανθούμε για το πού ακριβώς οφείλεται η παρατηρούμενη διαφορά στη θνητότητα μεταξύ εμβολιασμένων και μη, εντούτοις, **καθίσταται απολύτως ξεκάθαρο ότι οιός εξακολουθεί να υμεταδίδεται και μεταξύ των εμβολιασμένων:**

Και μάλιστα να τους πλήττει περισσότερο !!!

Ώστε, ο όποιος διαχωρισμός των ανθρώπων σε εμβολιασμένους και ανεμβολίαστους είναι επιστημονικά, και μετά ταύτα και νομικά, απαράδεκτος !!!

Βιβλιογραφία:
1).European Centre for Disease Prevention and Control COVID-19 Vaccine Tracker. https://qaq.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID19/vaccine-tracker.html.
2).Mateo Porres-Aguilar,Alejandro Lazo-Langner,Arturo Panduro,and Misael Uribe. COVID-19 vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia: An emerging cause of splanchnic vein thrombosis. Ann Hepatol. 2021 July-August; 23: 100356.

3). Greinacher A., Thiele T., Warkentin T.E., Weisser K., Kyrle P.A., Eichinger S. Thrombotic thrombocytopenia after ChAdOx1 nCov-19 vaccination. N Engl J Med. 2021;(April) doi: 10.1056/NEJMoa2104840.
4). Schultz N.H., Sørvoll I.H., Michelsen A.E., Munthe L.A., Lund-Johansen F., Ahlen M.T. Thrombosis and thrombocytopenia after ChAdOx1 nCoV-19 vaccination. N Engl J Med. 2021;(April) doi: 10.1056/NEJMoa2104882.
5). Gupalo E., Buriachkovskaia L., Othman M. Human platelets express CAR with localization at the sites of intercellular interaction. Virol. J. 2011;8:456. doi: 10.1186/1743-422X-8-456.
6). Dicks M.D.J., Spencer A.J., Coughlan L., Bauza K., Gilbert S.C., Hill A.V.S., Cottingham M.G. Differential immunogenicity between HAdV-5 and chimpanzee adenovirus vector ChAdOx1 is independent of fiber and penton RGD loop sequences in mice. Sci. Rep. 2015;5:16756. doi: 10.1038/srep16756.
7). Baker A.T., Mundy R.M., Davies J.A., Rizkallah P.J., Parker A.L. Human adenovirus type 26 uses sialic acid–bearing glycans as a primary cell entry receptor. Sci. Adv. 2019;5:eaax3567. doi: 10.1126/sciadv.aax3567.
8). Piotr Rzymski, Bartłomiej Perek, and Robert Flisiak. Thrombotic Thrombocytopenia after COVID-19 Vaccination: In Search of the Underlying Mechanism. Vaccines (Basel). 2021 Jun; 9(6): 559.
9). Dr. Tess Lawrie. RE: Urgent preliminary report of Yellow Card data up to 26th May 2021. Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency.
10).https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/comirnaty-epar-product-information_el.pdf. https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/covid-19-vaccine-janssen-epar-product-information_el.pdf. https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/vaxzevria-previously-covid-19-vaccine-astrazeneca-epar-product-information_el.pdf
11).https://www.fda.gov/emergency-preparedness-and-response/mcm-legal-regulatory-and-policy-framework/pfizer-biontech-covid-19-vaccine-frequently-asked-questions.
12). https://www.eyewideopen.org/?p=1490, Harald Walach1,2,3,*, Rainer J. Klement4and Wouter Aukema. The Safety of COVID-19 Vaccinations—We Should Rethinkthe Policy. Vaccines2021,9, 693. https://doi.org/10.3390/vaccines9070693.
13). Public Health England. SARS-CoV-2 variants of concern and variants under investigation in England Technical briefing 17 25 June 2021

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΗ ΓΕΡΜΑΝΙΑ

Σύμφωνα με έκθεση [1] πάνω στην επιδημιολογική εικόνα της Γερμανίας, προτάθηκε να διερευνηθεί αυτή με βάση την καταμέτρηση ανά 100.000 και ανά εβδομάδα.

Διαπιστώνεται μία θνητότητα της τάξης του 2.4% στους ανεμβολίαστους.

Στους <u>εμβολιασμένους</u>,η θνητότητα μετά από λοίμωξη καταμετρήθηκε σε ποσοστό 4,7% γενικά, 4,6% στην πρώτη δόση και 5,1% στην δεύτερη δόση.

Τα εμβόλια παρουσιάζουν ποσοστά θετικών κρουσμάτων 3,2% για τη Pfizer, 7% για τη Moderna και 12% για το Sputnik.

Αν συγκριθεί με το 10,7% των ανεμβολίαστων, οδηγούμεθα σε <u>ακύρωση των κλινικών μελετών των εμβολίων</u> !!!

Με 79000 περιστατικά ανεπιθύμητων ενεργειών και 837 θανάτους, διαπιστώνεται μία <u>αύξηση</u> σε συμβάντα, γενικά από εμβόλια κατά 171 φορές, σε επίπεδο δε σοβαρών βλαβών, κατά 25 φορές !!!

Ο εμβολιασμένος έχει τις <u>ίδιες πιθανότητες</u> να νοσήσει από κορωνοϊό και να μπει στην εντατική, με τον ανεμβολίαστο !!!

Τέλος, η πιθανότητα να πεθάνει ο εμβολιασμένος είναι 0,1/100000/w, συγκρίσιμο με τα τροχαία.

Τα ανωτέρω δεδομένα αποδεικνύουν ότι τα εμβόλια <u>δεν σταματούν την πανδημία</u> και ότι όσοι εμβολιασμένοι νοσούν, την ίδια ώρα είναι εκτεθειμένοι σε μεγάλους κατά τα άνω κινδύνους, σε ένα ούτως ή άλλως σκηνικό <u>πλήρους ασάφειας, απουσίας πολύ σοβαρών στοιχείων και μελετών</u>, και, το βασικότερο, σε ένα πεδίο <u>καθαρά πειραματικό</u>.

Σημειώνεται από τους συγγραφείς ότι **το συντριπτικό ποσοστό αυτών των οποίων απειλείται η η ζωή τους, είναι άνθρωποι <u>μεγαλύτερης ηλικίας</u> !!**
Έτσι όμως,**καταρρίπτεται το αφήγημα της προστασίας των ηλικιωμένων, εφόσον αυτοί είναι πολύ πιθανότερο να πεθάνουν**[1]**!!**

ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ
Ο **Dr. TenpennyS.** [2], από το **OhioClevelant,** συνοψίζει την παθοφυσιολογία μετά από εμβολιασμό, **στα ακόλουθα κλινικά μοντέλα με <u>βιβλιογραφική τεκμηρίωση</u>:**

1. **Αναφυλαξία, αλλεργία. Αντίδραση στο PEG.**

2. **Μακροφάγα M2 αναστέλλονται από αντί-spike αντισώματα (anti-S-Ab)**

3. **Η μετάφραση του spike δρα κατά τέσσερις τρόπους:**

   α) λειτουργεί ως αυτοάνοσο πεπτίδιο στην επιφάνεια ιστών [3]

   β) καταστρέφει όργανα όπως το πνευμονικό παρέγχυμα και διέρχεται τον ΑΕΦ.

   γ) ενσωματώνεται στοDNA [4]

   δ) Προκαλεί τη δημιουργία καταστρεπτικών αντισωμάτων

4. **Διεγείρει βλάβες στο πνευμονικό αρτηριακό ενδοθήλιο αναπτύσσοντας μη αναστρέψιμη πνευμονική υπέρταση.**

5. **Η spikeprotein ενώνεται μέσω ACE2 στενά στις ωοθήκες και στους όρχεις.**

6. **Διαπερνά τον αιμαοτεγκεφαλικό φραγμό και προκαλεί νευροπαθολογικές καταστάσεις και εγκεφαλική εκφύλιση.**

7. **Πλάγια αμυοτροφική σκλήρυνση.**

8. **Μεταλλάσσεται η πρωτεΐνη TD-43 με αποτέλεσμα ένα πλήθος νευροεκφυλιστικών παθήσεων.**

9. **Μετάλλαξη του FUS οδηγεί σε καρκινογένεση.**

10. **Οι αδενοϊοί που χρησιμοποιούνται οδηγούν σε καρκινογένεση.**

11. **Τα αντί spike αντισώματα αλληλεπιδρούν με 28τύπους ιστού και οδηγούν σε πολυοργανική**

διαταραχή και ανεπάρκεια [5].

12. **Προηγούμενη έκθεση σε κοινό κορωνοϊό ακυρώνει την έκθεση σε SARSCoV 2.**

13. **Αυξημένος κίνδυνος σε προηγούμενο εμβόλιο influenza.**

14. **Απόκριση στα αντισώματα σημαίνει βαρύτερη νόσηση**

15. **Φέρει έντονη λεμφαδενίτιδα.**

16. **Ευρύτερη χρήση εμβολιασμών όταν ειδικά υπάρχει προηγούμενη λοίμωξη οδηγεί σε δυσκολότερη μετάλλαξη με μη εξουδετερωτικά αντισώματα.**

17. **Σύνδρομο ADE με είσοδο του ιού μέσα στα μακροφάγα και πρόκληση ισχυρότερης έντασης λοίμωξης [7].**

18. **Ενσωμάτωση anti- DNA αντισώματα στο γονιδίωμα.**

19. **Τα εμβόλια AstraJeneca και J&J περιέχουν DsDNA. Τα αντισώματα αυτών των υλικών είναι διαγνωστικά μιας σειράς αυτοάνοσων νοσημάτων.**

20. **VIPIT**

Σημειώνεται ότι τα κλινικά μοντέλα **στηρίζονται σε βιβλιογραφία με <u>μεγάλο impactfactor</u>.**

Είναι πρωτοφανές το φάσμα των κλινικών οντοτήτων που μάλιστα επικαλύπτονται με στοιχεία μοριακής βιολογίας σε υπερθετικό βαθμό, **ασυνήθη για τα δεδομένα εντύπων συγκατάθεσης για έναν κλινικό γιατρό !**

ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙ ΥΠΕΡΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ - ΣΥΝΔΡΟΜΟ Ν. KOUNIS

Υπό τον όρο «σύνδρομο Κουνής Νικόλαος» αναφέρεται κάθε οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, στο οποίο η αιτία είναι μία μορφή υπερευαισθησίας με ενεργοποίηση των ηωσινόφιλων και των μαστοκυττάρων.

Η καρδιολογική ομάδα από την πανεπιστήμιο Πατρών επέκτεινε τον ορισμό του φαινομένου σε παθοφυσιολογική βάση, αποδίδοντας σε ενεργοποίηση αιμοπεταλίων και πηκτικού μηχανισμού και σε άλλα αγγειακά δίκτυα, όπως μεσεντέριο και εγκεφαλικά αγγεία [8].

Αυτό υπήρξε προφητικό μετά την έναρξη των εμβολιασμών, καθώς ερμηνεύει αναπάντεχα και ανεξήγητα, ειδικά **χωρίς νεκροτομές,** θανατηφόρα συμβάντα από αντίστοιχες ανατομικές περιοχές.

Προς τιμήν του ο Κουνής ανέπτυξε προβληματισμό για τα εμβόλια σε σχέση με το σύνδρομο, με κεντρικά ερωτήματα, όπως***αν υπάρχουν IgE αυξημένα επίπεδα μετά από συμβάν, ή αν εξακολουθεί να μεταδίδει ο εμβολιασμένος.***

Δεν ξεκαθαρίζει ποιο συστατικό ειδικά των mRNA εμβολίων θα μπορούσε να προκαλέσει το σύνδρομο, ενώ προϋποθέτει ότι η μεταθανάτια έρευνα χρειάζεται να συνδυάζεται με ανίχνευση σε επίπεδο mRNA και πρωτεϊνών [9]. Επίσης διορατικά προκρίνει ως παθοφυσιολογικό μηχανισμό έναρξης την ενεργοποίηση της συγκόλλησης των αιμοπεταλίων που ερμηνεύει τον μηχανισμό ρήξης της πλάκας στα στεφανιαία αγγεία [10]. Συνεπώς, **εμφραγματικοί θάνατοι από εμβόλιο, θα πρέπει να διερευνώνται πλήρως** [11] **<u>και</u> προς την κατεύθυνση της αντίδρασης υπερευαισθησίας και ενεργοποίησης του πηκτικού μηχανισμού.**

ΜΥΟΚΑΡΔΙΤΙΔΕΣ

Ήδη σε πρόσφατες εμπλουτισμένες οδηγίες του, ο FDA, σχετικά με τη χρήση του εμβολίου της Pfizer/ Biontech,**τονίζει τον κίνδυνο της μυοκαρδίτιδας.**

Εντούτοις, δεν θεωρεί (;;) ότι είναι λόγος αποτροπής του εμβολιασμού, καθώς δεν την συμπεριλαμβάνει στις αντενδείξεις της δεύτερης δόσης. Παραδέχεται ότι συμβαίνει λίγες

μέρες μετά την ένεση κυρίως της δεύτερης δόσης, ομολογώντας ότι πρόκειται για άμεση επίδραση στο μυοκύτταρο.

Ανάλογες οδηγίες έχουν δοθεί και στο CDC των Η.Π.Α., **ενώ δεν υπάρχει εγγύηση για την καλή μακροχρόνια φυσική ιστορία της παρενέργειας** [12].

Σε editorial των D. Shayetal στο JAMA [13], ανακεφαλαιώνουν το φαινόμενο, αναφέροντας ότι έχουν **προσωπική εμπειρία** και από τα δύο mRNA εμβόλια με 4 περιστατικά, ήτοι 3 νεαροί άνδρες και 1 γυναίκα 70 ετών, **γεγονός ασύνηθες με απουσία στεφανιαίας νόσου.Συνδέουν τα περιστατικά με τον εμβολιασμό και προτάσσουν κάποιο άνοσο μηχανισμό, ο οποίος είναι σπανιότατα παρόντας σε άλλα εμβόλια (ανεμοβλογιάς).**

Ο μεγάλοςαριθμός ενεργών Αμερικανών στρατιωτών (Montgomeryetal. [14]), κατά τους συγγραφείς **ανέδειξε με δραματικό τρόπο μία απρόσμενα υψηλή συχνότητα μυοκαρδίτιδας, 1:20000 με 23 ασθενείς, σε σχέση με τους αναμενόμενους περίπου 8:436000, που ανταποκρίνεται σε ένα υπερβαίνοντα διπλασιασμό της αναμενόμενης επίπτωσης 1:50000.**

Αντίστοιχη είναι και η εμπειρία από το Ισραήλ, με πάνω από 24 περιστατικά στο 1.000.000 πληθυσμού [15].

Η άμεση σύνδεση με τηνCOVID 19 είναι αδύναμη, δεδομένου ότι τα στοιχεία από Η.Π.Α. (CDC) σε νόσηση αφορούν σε ένα ελάχιστο <5% των αιτίων εισαγωγής κάτω από τον ακαθόριστο τίτλο καρδιαγγειακή νόσος [16].

Ακτινολογικά ενθαρρύνεται η τεκμηρίωση με μαγνητική τομογραφία καρδιάς [17].

Συμπερασματικά,**τεκμαίρεται από την βιβλιογραφία μία ασυνήθιστα αυξημένη επίπτωση μυοκαρδίτιδας με συμπτώματα άλγους και αύξηση της τροπονίνης.** Δεν διευκρινίζονται οι μηχανισμοί, αν και προέχει ο ανοσοδιεγερτικός.

Αν και δεν αποτελούν ομάδα-στόχος οι νέες ηλικίες με μικρή ως ελάχιστη επίπτωση σοβαρής νόσησης, **οι οδηγίες ενθαρρύνουν τον εμβολιασμό !!**Αν και αφορά ένα επιδημιολογικό

παράδοξο, καθότι δεν έχει αποκλειστεί η μετάδοση, που θα δικαιολογούσε το στόχο του τείχους ανοσίας, τακτικές επιμονής των νέων στον εμβολιασμό συνιστούν απαράδεκτη στρατηγική.

Η μυοκαρδίτιδα αφορά σε σοβαρή ανεπιθύμητη ενέργεια και πρόδρομη κατάσταση ακόμα και νόσου απειλούσας τη ζωή (καρδιακή ανεπάρκεια τελικού σταδίου), ανεξάρτητα τι θα δείξει η μακροχρόνια παρακολούθηση του περιστατικών, και <u>δεν γίνεται ανεκτή ως σύμβαμα σε ομάδα πληθυσμού με άριστο προσδόκιμο επιβίωσης</u>.

ΘΑΝΑΤΟΙ, ΣΟΒΑΡΕΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ – ΑΝΑΓΚΗ ΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ

Οι θάνατοι μετά από εμβολιασμούς για COVID-19 **είναι <u>ιδιαίτερα αυξημένοι</u> σε σχέση με αυτούς άλλων εμβολίων διαχρονικά,** όπως διαπιστώνεται από τα στοιχεία της ευρωπαϊκής Eudravigilance [18] και της αμερικανικής VAERS [19].

Επιπλέον παρατηρείται **ομοιομορφία παρενεργειών από τα πλείστα των συστημάτων του ανθρώπου.**

Στην ευρωπαϊκή καταγραφή **το 50% των περιστατικών είναι σοβαρά, στοιχείο <u>εντελώς αντίθετο μ' αυτό που καταγράφεται στις κλινικές μελέτες έγκρισης των εμβολίων</u> !!**

Η αμερικανική VAERS αναφέρει ότι 75% των 6985 θανάτων μέχρι 25 Ιουνίου αφορούσαν στις πρώτες 48ώρες.

Σε μελέτη που αξιοποιούσε διαθέσιμα στοιχεία τριών θεσμικών οργάνων της Γερμανίας, διαπιστώθηκαν**έως και 25πλάσια ποσοστά σοβαρών παρενεργειών σε σχέση με προ πανδημίας εποχές** [20]**!!!**

Στο συμπέρασμα ότι **<u>απαιτείται</u> η διενέργεια νεκροτομών,** καταλήγουν οι Edleretal. από την ομάδα του Eppendorf, καθότι εμπλέκονται **πολλοί παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί που πρέπει να διευκρινιστούν.**

Όπως είναι γνωστό, όμως, **στη χώρα μας αποφεύγεται η διενέργεια νεκροτομών σε σορούς ανθρώπων που κατέληξαν μετά από τον εμβολιασμό τους,** ενώ είναι εμφανής και η προσπάθεια απόκρυψης των περιστατικών με παρενέργειες και θανάτους μετά από εμβολιασμούς !!

Άλλωστε, **παρόμοια παράλειψη** παρατηρήθηκε **και** στους θανάτους ανθρώπων που νόσησαν με τον ιό SARS-CoV-2, **παρά το γεγονός ότι τη διενέργεια των νεκροτομών σε αυτές τις περιπτώσεις θα επέβαλλε κανονικά η λογική, αφού μόνο έτσι θα μπορούσε η ιατρική επιστημονική κοινότητα να γνωρίσει πραγματικά τον νέο ιό, εάν ήταν πράγματι ένας νέος ιός κατά την «κρατούσα» άποψη.**

ΓΙΑΤΙ ΑΥΤΕΣ ΟΙ ΠΑΡΑΛΕΙΨΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΡΥΨΕΙΣ ;;;

Χωρίς διαφάνεια στις νεκροτομές, και με μία περίσσεια επιμέλεια σε συμπληρωματικές εξετάσεις ενεργοποίησης μηχανισμών υπερβολικής ανοσοαπόκρισης,δεν μπορεί να εμπεδωθεί αίσθημα εμπιστοσύνης στους πολίτες[21].

Στη Νορβηγία, όπως και σε άλλες χώρες με υψηλά ποσοστά υπερηλίκων σε γηριατρικές δομές, καταμετρήθηκαν θάνατοι, οι οποίοι, αν και δεν αποδόθηκαν στο εμβόλιο κατά του κορωνοϊού, άμεσα ώθησαν στην προσθήκη των οδηγιών για περισσότερη φροντίδα, καθότι αυτό δεν προβλέφθηκε αρχικά στις μελέτες έγκρισης των εμβολίων [22].

CAPILLARYLEAKINGSYNDROME / ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΔΙΑΦΥΓΗΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΕΙΝΗΣ S ΑΠΟ ΤΑ ΤΡΙΧΟΕΙΔΗ - Παρενέργεια συναγερμού για το SARS – CoV - 2 εμβόλιο της Johnson&Johnson.

Το σύνδρομο διαφυγής τριχοειδών (capillaryleaksyndrome) αποτελεί ένα **σύνδρομο στο οποίο μετέχουν μηχανισμοί ενεργοποίησης μεμβρανών και με αυτοάνοσο τρόπο.** Είναι χαρακτηριστικό ότι η ρυθμιστική αρχή EMA [23] με τέσσερα μόνο περιστατικά και ένα θάνατο,**αποφάσισε επί τούτου διακοπή της χορήγησής του σε παρόμοια περιστατικά.**Είναι ισχυρή η συσχέτισή του με μηχανισμούς των εμβολίων, όπως η αντιγονοπαρουσίαση και η ενεργοποίηση του συμπληρώματος από οψωνοποιημένα αντισώματα. Οι εξελίξεις ήταν τόσο ραγδαίες, που πρόσφατα ανακοινώθηκε **ισχυρή σύσταση** [24] **για το εμβόλιο της J&J για**

ιστορικό αυτού του συνδρόμου ενεργοποίησης καταρράκτη κυτταροκινών και προσομοίωσης θανατηφόρων κλινικών συνδρόμων.
Γιατί μόνο ισχυρή σύσταση…;

Παθοφυσιολογική συσχέτιση με την παραγωγή spike-like αντιγόνου θα σήμαινε μεγάλα ερωτηματικά και για άλλα εμβόλια κατά του SARS-CoV2.

ΦΥΣΙΚΗ ΑΝΟΣΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΝΟΣΗΣΗ

Σε πρόσφατη ανασκόπηση του Nature [25] για την φυσική ανοσία μετά από νόσηση, αναφέρεται ο προβληματισμός για τη διάρκεια αυτής. Σαφώς αυτή τεκμαίρεται από την παρουσία αντί-spike εξουδερωτικών αντισωμάτων που μετρώνται στο χρόνο. Μείωση τους αντιμετωπίζεται κριτικά ως πτώση της αποτελεσματικής ανοσίας, που χρησιμοποιήθηκε και στα εμβολιαστικά πρωτόκολλα, για να πιστοποιηθεί η ανάγκη της επαναληπτικής δόσης.

Όμως, μία σειρά τεσσάρων μελετών, με προεξάρχουσα μία δανική, ήρθανπολύ πρόσφατα **να ανατρέψουν τα δεδομένα.**

Οι NielsenS.etal απέδειξαν σε έναν αριθμό 203 ασθενών, ότι η φυσική ανοσία είναι παρούσα ήδη σε ασθενείς με COVID-19 νόσηση, **ανεξάρτητα από το βαθμό νόσησης (ήπιος, μέτριος, σοβαρός)** [26].

Και στις τρεις ομάδες των ασθενών,**στη συντριπτική πλειοψηφία τους** βρέθηκε μετά από 12 εβδομάδες **ικανός τίτλος αντισωμάτων (>99%) και εξουδετέρωσης πλάσματος ασθενών (95%), όπως επίσης και υψηλή απόκριση στη λειτουργικότητα CD+8 T λεμφοκυττάρων (90%).** Στη συζήτηση τονίζεται ότι **το εύρημα αποδεικνύει πως το ανθρώπινο είδος είναι <u>έτοιμο για την θωράκισή του έναντι του νέου κορωνοϊού</u>.** Η ενεργοποίηση όλου του αμυντικού του μηχανισμού μετά από φυσική νόσηση **μεταθέτει τη συζήτηση, από την ανεύρεση τίτλου αντισωμάτων με εξάρτηση από το βαθμό νόσησης, <u>σε επίπεδο απόκρισης και κυτταρικής ανοσίας</u>.**

Στο ίδιο μήκος κύματος αποκαλυπτική είναι η μελέτη των SongG και συν., οι οποίοι διαπίστωσαν ότι δεν βρήκαν κυκλοφορούντα εξουδετερωτικά αντισώματα σε ασθενείς

νοσήσαντες από κορωνοϊό παλαιότερα, **αλλά ανίχνευσαν ενεργοποιημένη τη Β-λεμφοκυτταρική μνήμη έναντι του SARS-CoV-2** [27].
Τα πρωτόκολλα των εταιρειών εμβολίων κατά COVID 19 **θα έπρεπε να υιοθετήσουν τεκμήρια ολοκληρωμένης ανοσίας που είναι εμφανής ήδη στους φυσικώς νοσούντες.** Αν και εγείρεται επιστημονικό ερώτημα για τη χρησιμότητα των εμβολιασμών, **τουλάχιστον τεκμαίρεται perse ότι οι φυσικώς νοσήσαντες έχουν ενεργοποιημένη μακρόχρονη ολοκληρωμένη ανοσία.**

Εργασία που τεκμηριώνει την παρουσία Β λεμφοκυττάρων στο μυελό των οστών **πιστοποιεί την <u>ισόβια</u> ανοσία έναντι του νέου κορωνοϊού** [28].

Σε κάθε περίπτωση μαζικού εμβολιασμού πληθυσμού, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ***τόσο*** η επιδημιολογική του επιτυχία, με υποχώρηση της μετάδοσης και των νοσήσεων, ***όσο*** και η επιστημονικά ορθή τεκμηρίωση ενεργοποιημένης και ολοκληρωμένης χυμικής και κυτταρικής ανοσίας με συγκεκριμένο πρωτόκολλο.

Η αυταπόδεικτη ανοσιακή απόκριση των νοσήσαντων (>90%) σαφώς **αυξάνει την ανάγκη για διερεύνηση και καθορισμό των ομάδων πληθυσμού που δεν είναι ανοσιακά έτοιμες και χρειάζονται επίκληση επίκτητης ανοσοαπόκρισης (εμβολιασμού).**

Σε κάθε περίπτωση οι νοσήσαντες ορίζουν ομάδα του γενικού πληθυσμού με ολοκληρωμένη ανοσιακή απόκριση. Τα νεότερα δεδομένα είναι **απόλυτη ανάγκη να ληφθούν υπόψη από το εθνικό σύστημα εμβολιασμών.** Η δε χορήγηση αναμνηστικής δόσης, είναι ένα επιστημονικάκαι ηθικά, αλλά και νομικά, μετέωρη,**μετά και τα νέα συντριπτικά στοιχεία των ορθώς τεκμηριωμένων κλινικοεργαστηριακών μελετών.**

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΕΜΒΟΛΙΩΝ

Τα εμβόλια σε επίσημες αρχές [29] έχουν περιορισμούς που ανάγονται **στη βιασύνη με την οποία δίδονται τα δεδομένα.**

Επίσης, **δεν υπάρχει κατά αυτές<u>κανένα στοιχείο αποτελεσματικότητας της φυσικής ανοσίας και της ανοσίας από εμβόλιο</u> !!**

Οι μεταλλάξεις είναι δυναμικό φαινόμενο και συμπεράσματα βγαίνουν όταν συλλεχθούν στοιχεία χυμικής και κυτταρικής απόκρισης. Υπάρχει **κενό στην αποτελεσματικότητα της μη μετάδοσης σε εμβόλια.**

Τα προβλήματα αυτά και τα κενά στην αντιμετώπιση της πανδημίας **τονίζουν την αναγκαιότητα στοχευμένων μελετών σε πραγματικό χρόνο.**

Μοιάζει **να μην τους ενδιαφέρει !!**

Τα μαθηματικά μοντέλα προσομοίωσης [30] **δεν λαμβάνουν υπόψη τη συνεργική δράση των βιολογικών παραμέτρων της πανδημίας.** Τα συμπεράσματα πολλές φορές είναι παρακινδυνευμένα και παραπλανητικά. Έτσι,ως ένα παράδειγμα, πρεσβεύουν τη μείωση των εξάρσεων της πανδημίας **χωρίς μείωση της νόσησης και της μετάδοσης.**Η τελευταία λαμβάνεται με μέτρα επιδημιολογικής κυρίως επιτήρησης.

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΠΟΛΙΤΩΝ

Σε επιδημιολογική μελέτη, συμβουλευτική τακτική με διαφάνεια **δεν μείωσε τους εμβολιασμούς,** αλλά **δεν μείωσε και τη συμπεριφορά της κοινωνικής αποστασιοποίησης.** Συνεπώς, η πολιτεία δεν έχει λόγους να προπαγανδίζει, καθώς οι πολίτες πρέπει να αποφασίζουν με ελευθέρα βούληση [31].

Βιβλιογραφία:

1). Moerl F. et co. Die Häufigkeiten erneuter C19-Infektionen und Nebenwirkungen nach Impfung: empirische Daten der deutschen Feldstudie 2021, Documente, Corona Ausschuss.de.

2). Tenpenny Cleveland Ohio from www. DrTenpenny.com

3). Merchant H.Re: COVID vaccines and thrombotic events: is mRNA translation and spike protein synthesis by platelets a real possibility? BMJ 2021;372:n699.

4).Zhang L. et al. Reverse-transcribed SARS-CoV-2 RNA can integrate into the genome of cultured human cells and can be expressed in patient-derived tissues, PNAP 118 No 21.

5). Liu Y. et al. SARS-CoV-2 Spike Protein Impairs Endothelial Function via Downregulation of ACE2. *Circulation Research.* 2021;128:1323–1326.

6). Liu Y. et al. An infectivity-enhancing site on the SARS-CoV-2 spike protein targeted by antibodies. Cell 184, 1-15, June 24, 2021.

7). Liu Y. et al. An infectivity-enhancing site on the SARS-CoV-2 spike protein targeted by antibodies. Cell 184, 1-15, June 24, 2021.

8). Kounis N. Kounis Syndrome—not a Single-organ Arterial Disorder but a Multisystem and multidisciplinary Disease. Balkan Med J 2019;36:212-21.

9). Kounis N. et al., Allergic Reactions to Current Available COVID-19 Vaccinations: Pathophysiology, Causality, and Therapeutic Considerations. Vaccines 2021, 9,221.

10). Kounis N. et al.Kounis syndrome: a new twist on an old disease.Review.Future Cardiol. 2011 Nov;7(6):805-24.

11). Boivin Z. et al.Untimely Myocardial Infarction or COVID-19 Vaccine Side Effect. Cureus 13(3). B

12). Fact sheet for healthcare providers administering vaccine, The Pfizer- Biontech COVID-19 Vaccine to prevent COVID 19 Disease, FDA, p. 19.

13). D. Shay et al., Myocarditis occurring after immunization with mRNA-based COVID-19 vaccines, JAMA, Editorial, 06/29/2021.

14). Montgomery J. et al., Myocarditis following immunization with mRNA COVID-19 vaccines in members of the US army, JAMA Cardiol., 06/29/2021.

15). Surveillance of myocarditis (inflammation of the heart muscle) cases between Dec. 2020 and May 2021. News release, Israel Ministry of health June 6, 2021.
16) Havers FP et al., COVID- NET Surveillance Team. Hospitalization of adolescents aged 12-17 years with laboratory-confirmed COVID-19- COVID-NET, states. March 1, 2020-April 24, 2021. NMWR. 2021;70 (23): 851-857.
17).Stepniak M., Radiologists, CDC warn of myocarditis after COVID-19 vaccination, Radiology Business, May 2021.
18). Eudrovigilance up to June 5, 2021.
19) Vaccination Adverse Event Reporting System up to June 25, 2021.
20) Moerl F. et co. Die Häufigkeiten erneuter C19-Infektionen und Nebenwirkungen nach Impfung: empirische Daten der deutschen Feldstudie 2021, Documente, Corona Ausschuss.de
21) Edler C.et al., Deaths associated with newly launched SARS-CoV-2 vaccination (Comirnaty®), case report. Legal Medicine 51, 2021.

22). Torjensen I. Covid-19: Norway investigates 23 deaths in frail elderly patients after vaccination,BMJ 372 (p 149).

23) PRAG News, June 11, 2021

24). EMA News, Jule 9, 2021

25). Radbruch A. et al.. A long-term perspective on immunity to COVID. Nature, June, 14, 2021

26). Nielsen S. et al., SARS-CoV-2 elicits robust adaptive immune responses regardless of disease severity. EBioMedicine, The Lancet, June 04,2021.
27). Ge S. et al.,Cross-reactive serum and memory B-cell responses to spike protein in SARS-CoV-2 and endemic coronavirus, Nature Communications, 12, 2938 (2021), May 19, 2021.
28). Turner J. et al.. SARS-CoV-2 infection induces long-lived bone marrow plasma cells in humans. Nature, May 24, 2021.
29). ECDC Technical Report, March 31, 2021
30). Moghadas S. The impact of vaccination on COVID-19 outbreaks in the United States, medRxiv, January 2, 2021.
31). Kerr J. Effect of Information about COVID-19 Vaccine Effectiveness and Side Effects on Behavioural Intentions: Two Online Experiments. Vaccines 9,379.

Παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί βλάβης και ανεπιθύμητες ενέργειες των εμβολίων SARS –COV 2 στο αναπαραγωγικό σύστημα.

Το μετατρεπτικό ένζυμο της Αγγειοτενσίνης -2 (**ACE2**) είναι ένα ένζυμο - πρωτεάση, που μεσολαβεί στην παραγωγή της Αγγειοτενσίνης 1-7 (**Ag 1-7**) από την Αγγειοτενσίνη ΙΙ (**AgII**) και στην παραγωγή Αγγειοτενσίνης 1-9 (**Ag 1-9**) από την Αγγειοτενσίνη Ι (**AgI**). Οι **Ag 1-7** και **Ag 1-9** στην ουσία αποτελούν τους ρυθμιστές της έντασης δράσης του **Συστήματος Ρενίνης Αγγειοτενσίνης** (**RAS**) μέσω της αγγειοδιαστολής, της ελάττωσης παραγωγής ενεργών ριζών οξυγόνου και μέσω δομικής αναδιαμόρφωσης των ιστών (Remodelling), καθιστώντας το RAS ωφέλιμο για την ομοιόσταση του οργανισμού. Ως εκ τούτου η **ACE2** αποτελεί τον κύριο ρυθμιστή του **RAS** [1, 2].

Ένα ακόμα ένζυμο – πρωτεάση η **ADAM17** (ADisindegrinAndMetalloproteinase, ή αλλιώς Tace - TumorNecrosisFactor-aConvertingEnzyme), έχει αποδειχτεί ότι εκτός από την διάσπαση του TNF, διασπά τις κυτταροκίνες και τους υποδοχείς που σχετίζονται με την διατήρηση της φλεγμονώδους διαδικασίας [3, 4]. Όσον αφορά στη δράση της ACE**2**, η **ADAM17** αποκόπτει την **εξωκυττάρια περιοχή** (ectodomain) του ACE2 με αποτέλεσμα αυτή να απελευθερώνεται στην κυκλοφορία ως **διαλυτόACE2** [5]. Ωστόσο, η μοριακή περιοχή του

ACE2 που αναγνωρίζεται από τον υποδοχέα RBD (ReceptorBindingDomain) των S πρωτεϊνών των ιών SARS-CoV και SARS-CoV2, βρίσκεται σε αυτήν την εξωκυττάρια διαλυτή περιοχή όσο και στο κύριο ACE2 [5].

Από όλα τα παραπάνω **γίνεται αντιληπτό πως η δράση των εν λόγω εμβολίων <u>μιμείται τη δράση του ιού</u>.** Συμπερασματικά λοιπόν, η επίδραση της πρωτεΐνης S (Spike) στα διάφορα όργανα εξαρτάται από την παρουσία του ACE2 σε αυτά. Όσο περισσότερο η πρωτεΐνη S δεσμεύει η ίδια τον υποδοχέα ACE2, υπερισχύει στον οργανισμό η **AgII**με τις αρνητικές δράσεις που αυτή έχει.

Ακριβώς σε αυτή την ανισορροπία, <u>βασίζονται οι παθολογικές εκδηλώσεις σε όλα τα όργανα και εν προκειμένω στο αναπαραγωγικό σύστημα</u> !!

Εκδηλώσεις από το ανδρικό αναπαραγωγικό σύστημα:

Δύο δεκαετίες πριν, η μελέτη των Donoghueetal. [6] έδειχνε πως οι υποδοχείς ACE2 εκφραζόταν μόνο στην καρδιά, τους νεφρούς και τους όρχεις. Το 2010 όμως, ανιχνεύτηκε το παράγωγο του ACE2, η Ag1-7 και ο υποδοχέας της, ο MAS, στους όρχεις και ιδίως στο διάμεσο διαμέρισμα και στο κυτταρόπλασμα των κυττάρων Leydig. Μάλιστα, η ισχυρή σχέση ACE2 και ανδρικού αναπαραγωγικού συστήματος φάνηκε από το γεγονός ότι σε άνδρες με μειωμένη ικανότητα σπερματογένεσης, παρατηρήθηκαν χαμηλά επίπεδα του ACE2, της Ag1-7 και του υποδοχέα MAS [7].

Συγκεκριμένα, μελέτες έδειξαν **αυξημένη παρουσία του ACE2 στα σπερματογόνια κύτταρα (άωρα κύτταρα των σπερματοζωαρίων), στα μυοειδή κύτταρα, στα βλαστοκύτταρα ,στα κύτταρα Leydig και στα κύτταρα των σπερματικών σωληναρίων** [8, 9, 10].

Σε γενικές γραμμές λοιπόν, **όλες οι παραπάνω μελέτες αξιολόγησαν μόνο την έκφραση του ACE2 στο ανδρικό αναπαραγωγικό σύστημα, αλλά <u>όχι την επίδρασή του στην παθοφυσιολογία της αναπαραγωγής</u>.**

Από την μελέτη των Shenetal. [11] φάνηκε ότι το ACE2 εκφράστηκε **τόσο στα βλαστικά, όσο και στα σωματικά κύτταρα.** Επιπλέον, διαπιστώθηκε πως το θετικό ποσοστό ACE2 στους

όρχεις στείρων ανδρών ήταν υψηλότερο από αυτό των φυσιολογικών, πράγμα που υποδεικνύει πως η πρωτεΐνη S του ιού μπορεί να προκαλέσει αναπαραγωγικές διαταραχές μέσω της οδού που ενεργοποιείται από το ACE2.

Μάλιστα, **οι άνδρες που έχουν ήδη διαταραχές στο αναπαραγωγικό τους σύστημα, είναι πιθανότερο να επηρεαστούν περισσότερο.**

Επιπλέον, φάνηκε πως το επίπεδο έκφρασης του ACE2 συσχετίζεται με την ηλικία του άνδρα και η κορυφή του θετικού ρυθμού ήταν τα 30 έτη. Έτσι, **οι νεαρότεροι άνδρες είναι πιο πιθανό να επηρεαστούν από την πρωτεΐνη S** [11].

Παρατηρήθηκε ακόμη πως ο βαθμός έκφρασης του ACE2 **μειώθηκε με την αύξηση της ηλικίας.**

Η έκφραση του ACE2 γινόταν από όλους τους τύπους κυττάρων, αλλά τα **κύτταρα Sertoli** είχαν το **υψηλότερο επίπεδο έκφρασης.** Στα κύτταρα Sertoli όμως ασθενών με μη αποφρακτική αζωοσπερμία, η έκφραση του ACE2 ήταν μειωμένη σημαντικά.

Σημειώνουμε πως ο ρόλος των κυττάρων αυτών είναι να παρέχουν στήριξη και τροφή στα κύτταρα του σπερματικού επιθηλίου, να μεταφέρουν ώριμες σπερματίδες στον αυλό των σπερματικών σωληναρίων, να παράγουν ουσίες με δράση ενδοκρινική ή παρακρινική για τη ρύθμιση της σπερματογένεσης και να αλληλεπιδρούν με τα κύτταρα Leydig (παραγωγή τεστοστερόνης υπό την επίδραση της ορμόνης LH).

Κατά συνέπεια, ο **όρχις** είναι το όργανο του ανδρικού αναπαραγωγικού συστήματος, που είναι **το πιο ευάλωτο στην πρωτεΐνη S,** κυρίως λόγω της **υψηλής έκφρασης του ACE2.** Η ευαισθησία του προστάτηδεν έχει αποσαφηνιστεί ακόμα πλήρως.

Παρατηρήθηκε **στατιστικά σημαντική μείωση της ποιότητας του σπέρματος** (συγκέντρωση σπερματοζωαρίων, συνολικός αριθμός σπερματοζωαρίων ανά εκσπερμάτιση και κινητικότητα αυτών). Αυτό αποδόθηκε στο ότι το σύστημα RAAS (ρενίνης-αγγειοτενσίνης- αλδοστερόνης) είναι ένας από τους ρυθμιστές της σπερματογένεσης, [12] καθώς πολλά ένζυμα και υποδοχείς του συστήματος αυτού υπάρχουν στα ανθρώπινα

σπερματοζωάρια (ACE1 και 2, οι υποδοχείς της AgI και AgII και ο υποδοχέας της Ag 1-7, MAS) [13]. Η επίδραση της πρωτεΐνης S του ιού στον ACE2 των σπερματοζωαρίων, πιθανόν [14] να ενίσχυε τα επίπεδα της AgII, που με τη σειρά της θα οδηγούσε σε παραγωγή ριζών οξυγόνου (ROS), με αποτέλεσμα τη γήρανση και απόπτωση των κυττάρων [15].

Όμως, **μπορεί να επηρεαστεί και το DNA των σπερματοζωαρίων**, μέσω της επαγωγής οξειδωτικού stress και μεταβολής του αναπαραγωγικού ενδοκρινικού περιβάλλοντος [15].

Εκδηλώσεις από το γυναικείο αναπαραγωγικό σύστημα:

Μεταγραφές του mRNA του ACE2 ανιχνεύθηκαν στις **ωοθήκες** γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας, αλλά και των μετεμμηνοπαυσιακών [16]. Μάλιστα, οι ερευνητές αυτοί κατέδειξαν ότι η **Ag 1-7**, βρίσκεται σε πολλά ωοθηλακικά διαμερίσματα, καθώς και στο υγρό, στα κύτταρα του ωοθυλακίου [17] αλλά και στα **ωάρια** [18] (με ευρεία μάλιστα έκφραση).

Σε αυτή την τελευταία μελέτη φάνηκε πως οι ACE2 υποδοχείς υπάρχουν επίσης στη **μήτρα** και στον **κόλπο** (είναι η μόνη έρευνα που τους συσχετίζει με το κατώτερο αναπαραγωγικό σύστημα).

Και σε άλλες μελέτες όμως αναδείχθηκε η παρουσία του ACE2 mRNA στα επιθηλιακά, αλλά και στα διάμεσα κύτταρα του ενδομητρίου, με αυξημένη έκφραση κατά την εκκριτική φάση (δηλ. τη δεύτερη φάση του εμμηνορυσιακού κύκλου, μετά την ωοθυλακιορρηξία, οπότε έχουμε και την έκκριση κυρίως της προγεστερόνης) [19]. Αναφέρεται μάλιστα πως η πρωτεΐνη S θα μπορούσε να εισέλθει στα διάμεσα αυτά κύτταρα και να προκαλέσει παθολογικές εκδηλώσεις και συγκεκριμένα, **αυξημένο κίνδυνο αποβολής στα πρώιμα στάδια της κύησης** [19]**!!**

Η **AgII** έχει αναγνωριστεί ως **παράγοντας ίνωσης και καρκινικών μεταστάσεων στο ενδομήτριο** [20]. Ο άξονας **ACE2/ AgII / Ag 1-7** εμπλέκεται στη διατήρηση της αρτηριακής πίεσης και οι μεταβολές αυτής της οδού (αν δηλ. έχουμε μειωμένη έκφραση του ACE2, όπως συμβαίνει με την επίδραση της πρωτεΐνης S του SARS-Cov-2) σχετίζονται με διαταραχές όπως η **προεκλαμψία**, η **εκλαμψία** και η **αρνητική έκβαση της κύησης και του τοκετού**.

Σχετίζεται όμως και με **διαταραχές εμμήνου ρύσεως**, βάσει των στοιχείων που προαναφέρθηκαν [21].
Όσον αφορά την **κάθετη μετάδοση από τη μητέρα στο έμβρυο**, φαίνεται ότι είναι **και αυτή** πιθανή, λόγω του ότι και η πρωτεΐνη S μπορεί να φτάσει στον πλακούντα στον οποίο υπάρχει αυξημένη έκφραση του ACE2, ιδίως στα κύτταρα της τροφοβλάστης, που βρίσκονται σε άμεση επαφή με το μητρικό αίμα.

Έτσι, μπορεί να παρατηρηθούν ιστοπαθολογικές αλλοιώσεις ενδεικτικές της **φλεγμονής του πλακούντα** και διαταραχής στην **αγγειακή παροχή** [22, 23, 24,].

Φαίνεται επίσης να παρατηρείται μια **τάση θρόμβωσης στην κυκλοφορία του εμβρύου**, **με σημαντικές κλινικές επιπτώσεις τόσο σ' εκείνο, όσο και στη μητέρα** [25]**!!**

Τέλος, η αυξημένη έκφραση του ACE2 που φυσιολογικά παρατηρείται στην κύηση και ειδικά στο 2ο μισό αυτής, οδηγεί σε αυξημένη παραγωγή της Ag 1-7, που έχει αγγειοδιασταλτική δράση και εμποδίζει τις συσπάσεις της μήτρας και τον πρόωρο τοκετό [26].

Στην περίπτωση όμως που το ACE2 ενωθεί με την πρωτεΐνη S και έχουμε μειωμένη παραγωγή Ag 1-7, **μπορούν να παρατηρηθούν τα αντίθετα αποτελέσματα, όπως συσπάσεις μήτρας και πρόωρος τοκετός!!**

Τα ανωτέρω έρχονται **να επιβεβαιωθούν** σε μελέτη των Tom T Shimabukuroetal[27] που έλαβε χώρα στις ΗΠΑ και δημοσιεύτηκε πρόσφατα στο NewEnglandJournal.

Στη συγκεκριμένη μελέτη πήραν μέρος 35.691 άτομα ηλικίας 16 – 54 ετών, εκ των οποίων οι 3.958 ήταν γυναίκες σε εγκυμοσύνη.

Από τις 827 εγκυμονούσες, στις 115 (13.9%) **η εγκυμοσύνη έληξε άδοξα με απώλεια του εμβρύου !!**

Επίσης υπήρξαν **ανεπιθύμητες επιπλοκές κατά την διάρκεια της κυοφορίας**, όπως **πρόωρος τοκετός στο 9.4% των γυναικών και έμβρυα υπολειπόμενης ανάπτυξης σε σχέση με την πρόοδο της εγκυμοσύνης στο 3.2%.**

Από τις 221 γυναίκες που εμφάνισαν ανεπιθύμητες επιπλοκές, το πιο συχνά αναφερόμενο σύμβαμα ήταν οι αυτόματες αποβολές (46 συμβάματα) [27].

Συμπερασματικά, λοιπόν, καταλήγουμε ότι το σύστημα **RAS** (ρενίνης- αγγειοτενσίνης-αλδοστερόνης) **υπεισέρχεται στη λειτουργία της ανθρώπινης αναπαραγωγής.** Το ACE1 και το ACE2 αναγνωρίζονται ως σημαντικοί ρυθμιστές της φυσιολογίας και της παθολογίας του αναπαραγωγικού συστήματος. ΤοACE1 επηρεάζει έμμεσα τη μεσολάβηση της AgII, την **ανάπτυξη των ωοθυλακίων και την ωοθυλακιορρηξία**. Το ACE2 συμμετέχει στην **ωοθηκική φυσιολογία** μέσω της Ag 1-7. Τόσο η Ag 1-7, όσο και ο υποδοχέας της Mas, εκφράζονται στα ενδιάμεσα κύτταρα της ωοθήκης και είναι σε θέση να διεγείρουν τη στεροειδογένεση των ωοθηκών και να ρυθμίζουν έτσι τις ωοθηκικές λειτουργίες (ανάπτυξη ωοθυλακίων, στεροειδογένεση, ωρίμανση ωοκυττάρων, ωορρηξία, ατρησία).Μάλιστα, ο άξονας ACE2- Ag 1-7 και MasR διαπιστώθηκε πρόσφατα ότι συμβάλλει στην έναρξη της **δεύτερης μειωτικής διαίρεσης των ωαρίων**.

Στους όρχεις το ACE2 συμμετέχει παράλληλα με το ACE1 στη **ρύθμιση της σπερματογένεσης**. Ανιχνεύεται ιδιαίτερα στα σπερματογόνια κύτταρα, στα κύτταρα Leydig και Sertoli και συσχετίζεται με τη **σπερματογένεση** και τη **διατήρηση της λειτουργικής και δομικής ακεραιότητας** του αναπαραγωγικού συστήματος [28].

Σύνδεση λοιπόν της πρωτεΐνης S του SARS-COV 2 άμεσα με τον ACE2 ή έμμεσα μέσω των αυτοαντισωμάτων (έναντι του συμπλόκου Πρωτεΐνη S + ACE2), που παράγονται τοπικά στο σημείο έγχυσης (αλλά κυκλοφορούν ελεύθερα στο αίμα), **προκαλεί απορρύθμιση των ανωτέρω μηχανισμών με καταστροφικά βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα αποτελέσματα τόσο στο αναπαραγωγικό σύστημα όσο και στα υπόλοιπα όργανα που εκφράζουν το ACE2 !!**

Βιβλιογραφία:
1). M Donoghue [1] , F Hsieh, E Baronas, K Godbout, M Gosselin, N Stagliano, M Donovan, B Woolf, K Robison, R Jeyaseelan, R E Breitbart, S Acton A novel angiotensin-converting enzyme-related carboxypeptidase (ACE2) converts angiotensin I to angiotensin 1-9 Circ Res . 2000 Sep 1;87(5):E1-9. DOI: 10.1161/01.res.87.5.e1.
2). S R Tipnis [1] , N M Hooper, R Hyde, E Karran, G Christie, A J TurnerA human homolog of angiotensin-converting enzyme. Cloning and functional expression as a captopril-insensitive carboxypeptidase 2000 Oct 27;275(43):33238-43. doi: 10.1074/jbc.M002615200. PMID: 10924499.
3). Monika Gooz ADAM-17: The Enzyme That Does It All doi: 10.3109/10409231003628015PMID: 20184396.

4).Alasdair J. Scott,[‡,1]Kieran P. O'Dea,[‡,1]David O'Callaghan,[‡]Lynn Williams,[§]Justina O. Dokpesi,[‡]Louise Tatton,[‡]Jonathan M. Handy,[‡]Philip J. Hogg,[¶] and Masao Takata[‡,2] Reactive Oxygen Species and p38 Mitogen-activated Protein Kinase Mediate Tumor Necrosis Factor α-Converting Enzyme (TACE/ADAM-17) Activation in Primary Human Monocytes[*]PMID: 21865167.
5). Pinglong Xu and Rik Derynck Direct activation of TACE-mediated ectodomain shedding by p38 MAP kinase regulates EGF receptor-dependent cell proliferation PMID: 20188673doi: 10.1016/j.molcel.2010.01.034.
6).M Donoghue [1] , F Hsieh, E Baronas, K Godbout, M Gosselin, N Stagliano, M Donovan, B Woolf, K Robison, R Jeyaseelan, R E Breitbart, S Acton A novel angiotensin-converting enzyme-related carboxypeptidase (ACE2) converts angiotensin I to angiotensin 1-9 Circ Res . 2000 Sep 1;87(5):E1-9. DOI: 10.1161/01.res.87.5.e1.
7). Reis AB, Araújo FC, Pereira VM, Dos Reis AM, Santos RA, Reis FM, 2010. Angiotensin (1–7) and its receptor mas are expressed in the human testis: implications for male infertility. J Mol Histol41: 75–80. [PubMed] [Google Scholar] DOI: 10.1007/s10735-010-9264-8.
8).Wang Z, Xu X, 2020. ScRNA-seq profiling of human testes reveals the presence of the ACE2 receptor, a target for SARS-CoV-2 infection in spermatogonia, Leydig and sertoli cells. Cells9: 920–929.
9). Fu J, Zhou B, Zhang L, Balaji KS, Wei C, Liu X, Chen H, Peng J, Fu J, 2020. Expressions and significances of the angiotensin-converting enzyme 2 gene, the receptor of SARS-CoV-2 for COVID-19. Mol Biol Rep47: 4383–4392.
10). Stanley KE, Thomas E, Leaver M, Wells D, 2020. Coronavirus disease (COVID-19) and fertility: viral host entry protein expression in male and female reproductive tissues. Fert Steril114: 33–43.
11). Shen Q, Xiao X, Aierken A, Liao M, Hua J, 2020. The ACE2 expression in sertoli cells and germ cells may cause male reproductive disorder after SARS-CoV-2 infection. J Cell Mol Med24: 9472–9477.
12). Vinson GP, Mehta J, Evans S, Matthews S, Puddefoot JR, Saridogan E, Holt WV, Djahanbakhch O, 1996. Angiotensin II stimulates sperm motility. Regul Pept67: 131–135.
13). Valdivia A, Cortés L, Beitia M, Totorikaguena L, Agirregoitia N, Corcostegui B, Casis L, Matorras R, Irazusta J, Agirregoitia E, 2020. Role of angiotensin-(1–7) via MAS receptor in human sperm motility and acrosome reaction. Reprod159: 241–249.
14).Aitken RJ, 2020. COVID-19 and human spermatozoa - potential risks for infertility and sexual transmission. Andrology (Epub ahead of print). DOI: 10.1111/andr.12859.
15). Sengupta P, Dutta S, 2020. Does SARS-CoV-2 infection cause sperm DNA fragmentation? Possible link with oxidative stress. Eur J Contracept Reprod Health Care25: 405–406.
16). Reis FM, Bouissou DR, Pereira VM, Camargos AF, dos Reis AM, Santos RA, 2011. Angiotensin-(1–7), its receptor mas, and the angiotensin-converting enzyme type 2 are expressed in the human ovary. Fertil Steril95: 176–181.
17). Stanley KE, Thomas E, Leaver M, Wells D, 2020. Coronavirus disease (COVID-19) and fertility: viral host entry protein expression in male and female reproductive tissues. Fert Steril114: 33–43.
18). Jing Y, Run-Qian L, Hao-Ran W, Hao-Ran C, Ya-Bin L, Yang G, Fei C, 2020. Potential influences of COVID-19/ACE2 on female reproductive system. Mol Hum Reprod26: 367–373.
19). Chadchan SB, Maurya VK, Popli P, Kommagani R, 2020. The SARS-CoV-2 receptor, angiotensin converting enzyme 2 (ACE2) is required for human endometrial stromal cell decidualization. Biol Reprod (Epub, 2020 Nov 18). Available at: 10.1093/biolre/ioaa211.
20). Jing Y, Run-Qian L, Hao-Ran W, Hao-Ran C, Ya-Bin L, Yang G, et al. Potential influence of COVID-19/ACE2 on the female reproductive system. *Mol Hum Reprod*. (2020) 26:367–73. doi: 10.1093/molehr/gaaa030.
21). Kotlyar AM, Grechukhina O, Chen A, Popkhadze S, Grimshaw A, Tal O, et al. Vertical transmission of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. (2020) 31:e00087320. doi: 10.1016/j.ajog.2020.07.049.
22). Patanè L, Morotti D, Giunta MR, Sigismondi C, Piccoli MG, Frigerio L, et al. Vertical transmission of coronavirus disease 2019: severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 RNA on the fetal side of the placenta in pregnancies with coronavirus disease 2019-positive mothers and neonates at birth. *Am J Obstet Gynecol MFM*. (2020) 2:100145. doi: 10.1016/j.ajogmf.2020.100145.
23). Baergen RN, Heller DS. Placental pathology in Covid-19 positive mothers: preliminary findings. *Pediatr Dev Pathol*. (2020) 23:177–80. doi: 10.1177/1093526620925569.
24). C, Dubruc E, Favre G, Greub G, de Leval L, Baud D. SARS-CoV-2 ACE-Receptor detection in the placenta throughout pregnancy. *Clin Microbiol Infect*. (2020). doi: 10.1016/j.cmi.2020.09.049.
25). Rebecca N Baergen[1] and Debra S Heller[2] Placental Pathology in Covid-19 Positive Mothers: Preliminary Findings Pediatr Dev Pathol. 2020 Jun; 23(3): 177–180.
26). Ankit Dhaundiyal,[a,1]Puja Kumari,[b]Snehal Sainath Jawalekar,[c]Gaurav Chauhan,[d]Sourav Kalra,[e,*,1] and Umashanker Navik[f,**,1] Is highly expressed ACE 2 in pregnant women "a curse" in times of COVID-19 pandemic? Life Sci. 2021 Jan 1; 264: 118676.
27). Tom T Shimabukuro [1] , Shin Y Kim [1] , Tanya R Myers [1] , Pedro L Moro [1] , Titilope Oduyebo [1] , Lakshmi Panagiotakopoulos [1] , Paige L Marquez [1] , Christine K Olson [1] , Ruiling Liu [1] , Karen T Chang [1] , Sascha R Ellington [1] , Veronica K Burkel [1] , Ashley N Smoots [1] , Caitlin J Green [1] , Charles Licata [1] , Bicheng C Zhang [1] , Meghna Alimchandani [1] , Adamma Mba-Jonas [1] , Stacey W Martin [1] , Julianne M Gee [1] , Dana M Meaney-Delman [1] , CDC v-safe COVID-19 Pregnancy Registry Team. Preliminary Findings of mRNA Covid-19 Vaccine Safety in Pregnant Persons. N Engl J Med. 2021 Jun 17;384(24):2273-2282.doi: 10.1056.
28). Wang Z, Xu X. ScRNA-seq profiling of human testes reveals the presence of ACE2 receptor, a target for SARS-CoV-2 infection, in spermatogonia, leydig and sertoli cells. *Cells*. (2020) 9:920. doi: 10.3390/cells9040920.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΝΟΣΟ ΚΑΙ ΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ SARS–CoV–2

Η υπόθεση με τον κορωνοϊό COVID-19 ξεκίνησε περίπου τον Μάρτιο του 2020.Τα μέτρα αντιμετώπισης από την αρχή μέχρι και σήμερα Ιούλιο 2021 όπως εγκλεισμός, κλείσιμο επιχειρήσεων, απαγόρευση μετακινήσεων εντός και εκτός νομού, υποχρεωτική χρήση μάσκας για πολλές ώρες στους εξωτερικούς και εσωτερικούς χώρους, επανειλημμένα self-tests περιστρέφονταν γύρω από τη σωματική προστασία των πολιτών.

Για την ψυχική υγεία όμως, ούτε λόγος…

Από την κλινική εμπειρία έχει διαπιστωθεί ότι όλα αυτά τα μέτρα δημιούργησαν συναισθήματα φόβου, μοναξιάς, θλίψης και απόγνωσης. Το αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης ήταν η αύξηση σε μεγάλο βαθμό των ψυχικών ασθενειών όπως κατάθλιψη, κρίσεις πανικού, αναζωπύρωση ψυχώσεων, αυτοκτονικοί ιδεασμοί και απόπειρες αυτοκτονιών. Επίσης αύξηση της ενδοοικογενειακής βίας. Και φτάνουμε στην σημερινή κατάσταση η οποία βρίσκει τους κουρασμένους πια πολίτες εξασθενημένους ψυχικά, μετά από όλη αυτήν την πίεση που βίωσαν επί 16 μήνες για την αντιμετώπιση του COVID-19.

Τους τελευταίους μήνες κυκλοφόρησαν πολύ σύντομα τα πειραματικά εμβόλια mRNA ως πανάκεια για τη σωτηρία από τον κορωνοϊό, τα οποία εγκρίθηκαν πολύ γρήγορα, χωρίς να τηρηθούν τα απαραίτητα πρωτόκολλα - στάδια που απαιτούνται για την κυκλοφορία ενός εμβολίου. Ένας μεγάλος αριθμός πολιτών ανταποκρίθηκε θετικά κάνοντας εθελοντικά τα εμβόλια αυτά. Διαπιστώσαμε ότι πολλά ψυχικά προβλήματα όμως δημιουργήθηκαν, όταν παρουσιάστηκαν αρκετές σωματικές παρενέργειες από αυτά όπως θρομβώσεις, νευρολογικά προβλήματα, θάνατοι. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα πολλοί εμβολιασμένοι να προσέρχονται στους ψυχιάτρους ανησυχώντας για την δεύτερη δόση του εμβολίου, την οποία φοβούντο να κάνουν και ένιωθαν πολύ άγχος. Και μόνο η σκέψη αυτή τους προκαλούσε κρίση πανικού. Επιπλέον, πολλοί Έλληνες πολίτες άρχισαν να πιέζονται από τους εργοδότες τους (κυρίως στον ιδιωτικό τομέα). Αλλά και στο Δημόσιο πλέον ασκείται πίεση από προϊσταμένους και διευθυντές τμημάτων προς τους εργαζόμενους μέσω άνισης μεταχείρισης και αφαίρεσης προνομίων σε όσους δεν έχουν εμβολιαστεί ακόμη, σε αντίθεση με την χορήγηση προνομίων

σε όσους έχουν εμβολιασθεί. Εσχάτως επιβλήθηκε η υποχρεωτικότητα, κατ' αρχάς στο υγειονομικό προσωπικό της χώρας.
Η κλινική εμπειρία διδάσκει ότι αυτές οι δυσάρεστες διακρίσεις και καταστάσεις οδηγούν σε άγχος, φόβο επιβίωσης για το μέλλον τόσο των ίδιων όσο και της οικογένειάς τους με απώτερο αποτέλεσμα την κατάθλιψη, ιδίως για τους πιο ευαίσθητους. Επιπλέον αρχίζουν να δημιουργούνται προβλήματα στις σχέσεις και συμπεριφορές μεταξύ των εμβολιασμένων και μη εμβολιασμένων πολιτών, ως αποτέλεσμα της μονόπλευρης παρουσίασης από τα ΜΜΕ (και όχι μόνο), ότι οι ανεμβολίαστοι πολίτες είναι ανεύθυνοι και αποτελούν απειλή για το κοινωνικό σύνολο.

Χαρακτηριστικό είναι ότι στα ιατρεία πλέον προσέρχεται μια μερίδα πολιτών που έχουν κάνει και τις δύο δόσεις, το έχουν μετανιώσει και διακατέχονται από άγχος για τις πιθανές παρενέργειες που ίσως έχουν στο απώτερο μέλλον.

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι ο COVID-19 συνέβαλε στην έξαρση των ψυχικών νοσημάτων, κυρίως κρίσεων πανικού, άγχους και κατάθλιψης τα οποία υποτιμήθηκαν και δεν λήφθηκαν όσο θα έπρεπε υπόψη από τους υπεύθυνους των μέτρων. Αναφορικά με τα εμβόλια μπορούμε να πούμε ότι η υπερβολικά γρήγορη προώθηση των πειραματικών εμβολίων mRNA καθώς και οι πολλές παρενέργειές τους ως επακόλουθο της μη τήρησης των πρωτοκόλλων ασφαλείας, είχε σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία άγχους, φόβου, θλίψης και κατάθλιψης .

Τέλος, ο διαχωρισμός των πολιτών σε δύο μερίδες εμβολιασμένων και ανεμβολίαστων (πράγμα ανύπαρκτο στα προηγούμενα εμβόλια γρίπης) προκάλεσε συναισθήματα θυμού ή θλίψης τα οποία θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί αν δεν υπερτονιζόταν αυτός ο διαχωρισμός μεταξύ των πολιτών εις βάρος των μη εμβολιασθέντων, όχι μόνο στο χώρο εργασίας, αλλά ακόμη και μέσα στην οικογένεια.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συνοψίζοντας όλα τα ανωτέρω λοιπόν, προκύπτει**εντονότατος προβληματισμός σχετικά με τα εμβόλια έναντι του SARS -CoV –2.** Η καθομολογουμένη εσπευσμένη **προσωρινήαδειοδότηση** (urgentauthorization) των εμβολίων βασίστηκε στις συγκεκριμένες μελέτες των εμβολίων με τα προφανέστατα κατά τα άνω κενά στα πρωτόκολλα τους. Εύλογο ήταν να στοχεύουν στην μείωση του σχετικού κινδύνου (medicationvsplacebo). Η

επιδημιολογική όμως πορεία της πανδημίας σε συνάρτηση πάντα με την έναρξη των εμβολιασμών και το κοινώς αποδεκτό στοιχείο ότι τα εμβόλια δεν μείωσαν την μετάδοση ευκρινώς καθιστά υπό το βάρος των εξελίξεων (deltavariant) τον καθορισμό με πλήρη επιστημονικά κριτήρια της απόλυτης μείωσης του κινδύνου.

Ευκόλως παρατηρούμε ότι **οι ανασκοπήσεις που αναφέρονται στις ανεπιθύμητες επιπλοκές των εμβολίων ανταποκρίνονται σε πολύ μικρά χρονικά περιθώρια των 3 ή 4 μηνών.**

Στη μελέτη των Harald Walach etal παρατηρούμε ότι **μόνο** στην Ολλανδία, και αντίστοιχα μόνο στο Ηνωμένο Βασίλειο – NHS (YellowCardsConsultancy), έγινε πλήρης καταγραφή των ανεπιθύμητων επιπλοκών σε σχέση με την υπόλοιπη Ευρώπη,**με θεαματικά στατιστικά ευρήματα κατά τα ασφάλειας του εμβολίου.**

Προκύπτει λοιπόν εύλογα το ερώτημα ***τι θα γινόταν αν είχαμε μελέτες ενός έτους για τις επιπλοκές των εν λόγω εμβολίων, όπως αντίστοιχα έχουμε για την θνησιμότητα πλέον του SARS-CoV-2.***

Επίσης, **τι αποτελέσματα για την ασφάλεια των εμβολίων θα είχαμε,** αν όλοι οι επιστήμονες υγείας στην υπόλοιπη Ευρώπη, όπως και στην χώρα μας,**ανέφεραν με πλήρη ευσυνειδησία και υπευθυνότητα τις ανεπιθύμητες επιπλοκές των εμβολίων;**

Αντ' αυτού είναι **ξεκάθαρη πλέον η προσπάθεια απόκρυψης των παρενεργειών και των θανάτων εμβολιασμένων ανθρώπων,** ενώ συστηματικά αποφεύγονται οι νεκροτομές, **οι οποίες υπό φυσιολογικές συνθήκες θα διενεργούντο καθημερινά !!**

Έχουμε φτάσει στο σημείο να γίνεται επίκληση των προσωπικών δήθεν δεδομένων των ανθρώπων που πέθαναν μετά από εμβολιασμό, **ενώ από την αρχή της ιστορίας αυτής καθημερινά ανακοινώνονται οι αριθμοί των διασωληνωμένων σε Μ.Ε.Θ. – Covid -19, και των θανάτων από/με κορωνοϊό.**

Γιατί δεν ανακοινώνονται οι αντίστοιχοι αριθμοί των ανθρώπων που κατέληξαν ενώ είχαν εμβολιαστεί ;;

Πού είναι τα προσωπικά δεδομένα ;;

Οι αριθμοί ;;

Μα τότε για τον ίδιο λόγο δεν θα έπρεπε να ανακοινώνονται και οι αριθμοί των διασωλωνημένων και των θανάτων από/με κορωνοϊό !!

Αναφέρουμε αναλυτικά τους παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς δημιουργίας θρόμβωσης, αιμορραγίας, μυοκαρδίτιδας, βλάβης των μεγάλων αγγείων καθώς και τις βλάβες στο αναπαραγωγικό σύστημα.

Απαιτούμε να ενημερωθούν όλοι οι πολίτες της Ελλάδος για τις πιθανές κατά τα άνω ανεπιθύμητες επιπλοκές των εμβολίων, όπως αναφέρονται τόσο στο YellowCardsConsultancy όσο και στις υπόλοιπες αναφορές μας που παραθέτουμε ανωτέρω !!

Άλλως να ανατραπούν με αδιαμφισβήτητα στοιχεία, δεδομένα και μελέτες, τα στοιχεία, τα δεδομένα, οι μελέτες και τα συμπεράσματα της παρούσης !!

Διαφορετικά, θα πρέπει να διακοπεί άμεσα το εμβολιαστικό πρόγραμμα, άλλως και σε κάθε περίπτωση, να συνεχιστεί σε αποκλειστικά εθελοντικό επίπεδο, εν γνώσει όμως του συνόλου των πολιτών της χώρας των αδιαμφισβήτητων επιστημονικά δεδομένων της παρούσης !!

Ως Ιατροί που είμαστε, γνωρίζουμε πολύ καλά ότι για οποιαδήποτε ιατρική πράξη και χορήγηση φαρμάκου ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται ακόμα και για την πιο σπάνια ανεπιθύμητη ενέργεια – επιπλοκή.

Είναι γνωστό όμως, ότι αυτή η ενημέρωση δεν γίνεται στα εμβολιαστικά κέντρα της χώρας !!

Τα δεδομένα για μυοκαρδίτιδες – περικαρδίτιδες από τις διεθνείς καταγραφές ανεπιθύμητων ενεργειών μετά από εμβολιασμό,**δεν επιτρέπουν <u>καμία ανοχή</u> στην επιχείρηση εμβολιασμού στα παιδιά και στους νεαρούς ενήλικες, καθώς οι μυοκαρδίτιδες συνδέονται άμεσα τόσο κλινικά όσο και παθοφυσιολογικά με την τελική νόσο της καρδιακής ανεπαρκείας.** Σε εμβόλια που δεν έχουν κλινικό αντίκρισμα στην μετάδοση (-τουλάχιστον με την έννοια της απόλυτης μείωσης το κινδύνου -) και σε πληθυσμό που δεν θα νοσήσει βαριά, δεν έχει καμίαθέση η επιμονή σε εμβολιασμό, καθώς **αντίκειται εξ ορισμού με την βιοηθική της ιατρικής στην καθημέρα κλινική πράξη !!**

Χαρακτηριστικό είναι δε, ότι **<u>και</u> στις τέσσερις άδειες** των εμβολίων από τον ΕΜΑ, αναφέρεται ότι **<u>δεν</u> έχουν γίνει μελέτες αλληλεπίδρασης με άλλα φαρμακευτικά σκευάσματα, <u>δεν</u> έχουν γίνει μελέτες πιθανής γονοτοξικότητας και καρκινογένεσης καθώς είναι <u>άγνωστο</u> το χρονικό διάστημα της προστασίας που προσφέρουν.**

Ακόμα πιο αξιοσημείωτο είναι ότι **στα εμβόλια ακολουθήθηκαν μελέτες τυφλές – τυχαιοποιημένες με εικονικά εμβόλια (placebo).** Εύκολα γεννιέται λοιπόν το ερώτημα, **αν ακόμα και τώρα στην φάση 3 των κλινικών δοκιμών στον γενικό πληθυσμό ακολουθείται η ίδια ερευνητική μεθοδολογία καθότι αυτό σημαίνει ότι κάποιοι συμπολίτες μας χωρίς να το γνωρίζει κανένας παρά μόνον η κατασκευάστρια εταιρεία λαμβάνουν φάρμακο placebo !!**

Αυτό θα είχε ως επακόλουθο τις **ψευδώς χαμηλές ανεπιθύμητες επιπλοκές των εμβολίων,** καθώς επίσης τα άτομα που έλαβαν placebo θα έχουν **ψευδή αίσθηση ασφαλείας έναντι στον SARS -CoV –2.**

Επίσης πολύ σοβαρό ζήτημα, όπως αναφέρθηκε παραπάνω,είναι ότι ο FDA,αναφορικά με το εμβόλιο της PfizerBiontech, αναφέρει **ότι η επιστημονική κοινότητα δεν έχει ενδείξεις σχετικά με το κατά πόσο το εμβόλιο σταματάει ή μειώνει την μετάδοση του ιού από άνθρωπο σε άνθρωπο !!**Γεγονός, άλλωστε, που αποδεικνύεται από την τελευταία τεχνική έκθεση No17 του οργανισμού δημόσιας υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο και αφορά τα εμβόλια έναντι του SARS -CoV –2 που κυκλοφορούν εκεί.

Από την ίδια τεχνική έκθεση προκύπτει ότι **ο ιός εξακολουθεί να μεταδίδεται και μεταξύ των εμβολιασμένων (και μάλιστα να τους πλήττει περισσότερο !!) και συνεπώς, ο όποιος διαχωρισμός των ανθρώπων σε εμβολιασμένους και ανεμβολίαστους, σε ότι αφορά την ελευθερία κοινωνικής ζωής, είναι επιστημονικά αβάσιμος και συνεπακόλουθα επικίνδυνος για τη δημόσια υγεία.**
Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι **το θανατηφόρο σύνδρομο διαφυγής τριχοειδών, το οποίο οδήγησε τον EMA σε ανακοίνωση αναθεώρησης της εμβολιαστικής πολιτικής έναντι του εμβολίου Johnson&Johnson.**

Σοκαριστική είναι η Ισραηλινή μελέτη των Harald Walach etal, στην οποία προκύπτει ότι **για τρεις θανάτους που αποτρέπονται από τον εμβολιασμό, πρέπει να δεχτούμε δύο θανάτους που προκαλούνται από τον εμβολιασμό.**

Γίνεται κατανοητό αυτό ;;

Σε 3 θανάτους που αποτρέπονται από τον εμβολιασμό ,

Πρέπει να δεχθούμε ότι 2 άνθρωποι θα πεθάνουν από τον εμβολιασμό τους !!!

Απίστευτο !!!

Προσέξτε πώς αντιμετώπισε η παγκόσμια ιατρική κοινότητα τις παρενέργειες και του θανάτους μετά το εμβόλιο Pandemrix, έναντι της επιδημίας της γρίπης των χοίρων:

Τον Δεκέμβριο 2009 είχαν αναρτηθεί τα αποτελέσματα των αμερικάνικων κλινικών μελετών για το εμβόλιο αυτό, και είχαν προκύψει 3.807 ανεπιθύμητες επιπλοκές, **47** από τις οποίες ήταν θανατηφόρες.

Για αυτούς τους λόγους, και με αυτά τα νούμερα, η αντίστοιχη επιτροπή βιοηθικής **αποφάσισε να αποσυρθεί το εμβόλιο και να παύσουν οι περαιτέρω κλινικές δοκιμές !!**

Συγκρίνοντας αντίστοιχα την θνησιμότητα των SARS-CoV-2 εμβολίων, όπως αυτή αποτυπώθηκε τουλάχιστον **σε μία μόνο χώρα** όπως το Ηνωμένο Βασίλειο (βλέπε

YellowCardConsultancy), με **1253** θανάτους συνδεόμενους με το εμβόλιο (ανεξαρτήτου εταιρείας) **σε 5 μήνες εμβολιασμών, καθίσταται δραματικό το ερώτημα <u>γιατί δεν έχει γίνει η αντίστοιχη παύση</u>από την αντίστοιχη επιτροπή βιοηθικής!!!**

Άραγε, **στους <u>πόσους χιλιάδες θανάτους</u> παγκοσμίως θα ληφθεί αυτή η κρίσιμη απόφαση, η οποία συνιστά μονόδρομο κατά τα ανωτέρω, να παύσουν οι κλινικές πειραματικές μελέτες φάσης 3 και αργότερα οι επιταχυνόμενες μελέτες των εμβολίων έναντι του SARS-CoV -2 εις βάρος της ανθρωπότητας ;;;**

Γνωρίζουμε πλέον για τις πολλές και σημαντικές ανεπιθύμητες βραχυπρόθεσμες επιπλοκές των εμβολίων και τους παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς που τις διέπουν, όπως τα αναφέρουμε παραπάνω.

Ώστε προβληματιζόμαστε εντόνως για τις **μεσοπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπλοκές !!**

Ο προβληματισμός αυτός καθίσταται δραματικός, αν ληφθεί υπόψη ότι <u>τα εμβόλια στερούνται μελετών γονοτοξικότητας και καρκινογένεσης</u>.

Επιπλέον, **μεγάλο ζήτημα** τίθεταισχετικά με τη συσσώρευση όλων των ανοσοσυμπλόκων και αυτοαντισωμάτων που δημιουργούνται μετά από τον εμβολιασμό (Πρωτεΐνη S + ACE2 / + FP4 / + Σιαλικό οξύ),**σε ποια όργανα θα καθιζάνουν και μέσω της χρόνιας φλεγμονής και ενεργοποίησης μηχανισμών οξειδωτικού στρες τι δυσμενείς επιπλοκές θα επιφέρει σε βάθος χρόνου.**

Προσθέτοντας και τις **επιπλοκές που συνδέονται με την κύηση όσο και με την αναπαραγωγική ικανότητα των ανθρώπων,διαμορφώνεται <u>δραματική εικόνα</u> του εύρους των επιπλοκών που μπορεί κάποιος να εμφανίσει δυνητικά μετά από τους εν λόγω εμβολιασμούς.** Η ομοιομορφία των παρενεργειών από όλα τα συστήματα τού ανθρώπου τονίζει την ανάγκη για συστηματική στόχευση της ερμηνείας των ανεπιθύμητων ενεργειών.

Αναδύεται η ανάγκη **συστηματικής καταγραφής και τεκμηρίωσης των ανεπιθύμητων επιπλοκών και περαιτέρω διερεύνηση τους με ιατροδικαστική εξέταση, συνεπικουρούμενη από εξειδικευμένα παθολογανατομικά πρωτόκολλα.**

Έντονο προβληματισμό δημιουργεί επίσης το γεγονός ότι **ενώ υπάρχουν εναλλακτικές θεραπείες οι οποίες έχουν εγκριθεί, όπως τα μονοκλωνικά αντισώματα όπως επίσης και θεραπείες που αναμένουν έγκριση όπως τα Τ-ενεργοποιημένα Λεμφοκύταρα (ομάδα ΓΝΘ Παπανικολάου) με ομολογουμένως πολύ ενθαρρυντικά αποτελέσματα, <u>για ποιο λόγο δεν χρησιμοποιούνται στο ευρύ κοινό, έστω και πειραματικά όπως έγινε με τα εμβόλια</u> !!**

Για ποιο λόγο, κοινώς, ενώ υπάρχουν πολλά υποσχόμενες θεραπείες,**να εκθέτουμε τους πολίτες αντιμέτωπους σε πιθανές πολύ σοβαρές επιπλοκές ή ακόμα και τον θάνατο;**

Στο σημείο αυτό, **είναι αναγκαίο να τονίσουμε <u>ότι</u> δεν είμαστε αρνητές των εμβολιασμών, έχουμε εμβολιαστεί <u>οι ίδιοι</u> κατά καιρούς με δοκιμασμένα εμβόλια,<u>όπως εμβολιάσαμε και τα παιδιά μας</u>.**

Με τα <u>συγκεκριμένα</u> εμβόλια τίθεται <u>μείζον ζήτημα</u> !!

Είναι <u>υποχρέωσή μας</u> να αντιδράσουμε !!

Πόσο είναι ηθικό είναι να επιτρέπεις να πεθαίνουν άνθρωποι ή να εμφανίζει σοβαρή επιπλοκή μετά από προληπτικό εμβολιασμό ;;

Γ. ΥΠΟΜΝΗΜΑ ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΠΟΝΤΙΚΑ

Στο παρόν έγγραφο αναλύεται διεξοδικά η ακαταλληλότητα των εμβολίων με αποδείξεις από τους ίδιους τους παρασκευαστές αλλά και δημοσιευμένες μελέτες. Η αριθμημένη βιβλιογραφική αναφορά για τις ενότητες 1 έως 9, έχει τοποθετηθεί στις τελευταίες σελίδες της έκθεσης μετά το παράρτημα III.

Οι λοιπές μελέτες, οι οποίες δεν έχουν δημοσιευτεί και αναφέρονται στο κείμενο, είναι στη διάθεση των αποδεκτών της παρούσης, εφόσον ζητηθεί.

1. Εμβόλια που έχουν κυκλοφορήσει εντός Ελλάδος:

- ComirnatytηςPfizer BionTech
- SpikevaxτηςModerna (πρωτίστωςέφερε την ονομασία της εταιρείας)
- Vaxzevriatης AstraZeneca (πρωτίστως έφερε την ονομασία της εταιρείας)
- Janseen της Johnson & Johnson

2. Σημαντικές πληροφορίες ανά σκεύασμα από το φυλλάδιο παράθεσης δεδομένων

a.Comirnaty:

Εμβόλιο mRNA. Το έγγραφο *[1]* που φέρει το αναγνωριστικό 20210528164846 είναι η έκδοση του εσώκλειστο που δόθηκε στον EMA και δημοσιεύθηκε στις 28/5/2021 Αναγράφει ότι συνίσταται σε άτομα 16 ετών και άνω. Το έγγραφο*[2]* που φέρει το αναγνωριστικό 20210713084722, δημοσιεύθηκε στις 13/7/2021 και αναγράφει ότι συνίσταται για άτομα 12 ετών και άνω. Η αλλαγή αυτή στο ηλικιακό εύρος έγινε στις 3 Ιουνίου 2021.

Δεν υπάρχουν δεδομένα για την δυνατότητα συνδυασμού του παρόντος σκευάσματος με άλλα εμβόλια κατά του κορονοϊού, για την ολοκλήρωση του κύκλου εμβολιασμού.

Το εμβόλιο αυτό δεν πρέπει να αναμειχθεί στην ίδια σύριγγα με άλλα εμβόλια ή ιατρικές ύλες. Δεν έχουν πραγματοποιηθεί μελέτες αλληλεπίδρασης. Η ταυτόχρονη χορήγηση του Comirnaty με άλλα εμβόλια δεν έχει μελετηθεί.

Δεν υπάρχουν δεδομένα για την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα του εμβολίου σε παιδιά κάτω των 12 ετών (ή 18 ετών από την προηγούμενη έκδοση). Δεν ενδείκνυται για παιδιά κάτω των 12 ετών.

Ο εμβολιασμός πρέπει να αναβάλλεται σε άτομα που πάσχουν από οξεία εμπύρετο νόσο ή οξεία λοίμωξη.

Δεν υπάρχουν δεδομένα για την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα σε άτομα με κατεσταλμένο ανοσοποιητικό σύστημα, συμπεριλαμβανόμενων και αυτών που κάνουν θεραπεία ανοσοκαταστολής. Η αποτελεσματικότητα πιθανόν να είναι μειωμένη σε αυτές τις ομάδες.

Η διάρκεια της προστασίας από το εμβόλιο είναι μέχρι και τώρα άγνωστη και δύναται να καθοριστεί από κλινικές δοκιμές που διεξάγονται τώρα.

Το εμβόλιο αυτό δεν θα καλύψει όλους τους λήπτες. Δεν υπάρχει μεγάλη προστασία μέχρι και 7 ημέρες μετά την δεύτερη δόση του εμβολίου.

Δεν υπάρχουν δεδομένα για την χρήση του εμβολίου στις έγκυες γυναίκες, ούτε για την μεταφορά των συστατικών του εμβολίου στο νεογνό μέσω του μητρικού γάλακτος.

Οι μελέτες οι οποίες διενεργήθηκαν από την Pfizer, απέκλεισαν από τις ομάδες ενδιαφέροντος τους ανοσοκατεσταλμένους ή που είχαν νοσήσει στο παρελθόν από Covid-19. Οι ομάδες που επιλέχθηκαν, ήταν υγιείς άντρες και γυναίκες άνω των 12 ετών, ασθενείς με υποβόσκουσα ασθένεια η οποία ήταν υπό έλεγχο, και ασθενείς με ηπατίτιδα Β, ηπατίτιδα C καιοροθετικούς.

Αναφέρονται περιστατικά μυοκαρδίτιδας και περικαρδίτιδας σαν ανεπιθύμητες παρενέργειες.

Το ιατρικό αυτό σκεύασμα, έχει πάρει «έγκριση υπό όρους».

Προ-κλινικά Δεδομένα ασφαλείας όσον αφορά την τοξικότητα γενικά στον οργανισμό και στην αναπαραγωγή, υπάρχουν μόνο σε δοκιμές σε ποντίκια.

Τα φιαλίδια μπορούν να μείνουν στην κατάψυξη για 6 μήνες στους -90°C μέχρι τους -60°C.

Τα αποψυγμένα φιαλίδια, μπορούν να μείνουν στην απλή ψύξη στους 2 μέχρι 8 βαθμούς Κελσίου για ένα μήνα. Μετά την απόψυξη, το προϊόν δεν δύναται να καταψυχθεί.

Η μέγιστη ατμοσφαιρική θερμοκρασία που πρέπει να υπάρχει για να αντέξει το εμβόλιο, είναι 30 βαθμοί κελσίου, μόλις 2 ώρες πριν τη χρήση. Να αποφεύγεται η έκθεση σε υπεριώδης ακτινοβολία, απευθείας στο φως του ήλιου ή σε φως δωματίου.

Η καταληκτική ημερομηνία της έκθεσης της κλινικής μελέτης για την αποτελεσματικότητα και ασφάλεια του Comirnaty είναι ο Δεκέμβριος του 2023.

Το Comirnatyδεν περιέχει τον ιό για την παραγωγή ανοσίας, για αυτό δεν μπορεί να νοσήσει κάποιος από κορονοιό εξαιτίας του εμβολίου.

b.<u>Spikevax</u>

Εμβόλιο mRNA.Το έγγραφο *[3]* με αναγνωριστικό 20210722144340, είναι η έκδοση του εσώκλειστου της 22/7/2021 και αναγράφει ότι ενδείκνυται για λήπτες από 18 ετών και άνω.

Το έγγραφο *[4]* που δεν φέρει αναγνωριστικό προηγούμενης έκδοσης, είναι η τελευταία αναρτημένη στον EMAκαι αναγράφει ότι ενδείκνυται για λήπτες από 12 ετών και άνω.

Δεν υπάρχουν δεδομένα για την δυνατότητα συνδυασμού του παρόντος σκευάσματος με άλλα εμβόλια κατά του κορονοϊού, για την ολοκλήρωση του κύκλου εμβολιασμού.

Δεν υπάρχουν δεδομένα για την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα του εμβολίου σε παιδιά κάτω των 12 ετών (ή κάτω των 18 ετών από την προηγούμενη έκδοση). Δεν ενδείκνυται για παιδιά κάτω των 12 ετών.

Το εμβόλιο αυτό δεν πρέπει να αναμειχθεί στην ίδια σύριγγα με άλλα εμβόλια ή ιατρικές ύλες.

Αναφέρονται περιστατικά μυοκαρδίτιδας και περικαρδίτιδας σαν ανεπιθύμητες παρενέργειες.

Δεν υπάρχουν δεδομένα για την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα σε άτομα με κατεσταλμένο ανοσοποιητικό σύστημα, συμπεριλαμβανόμενων και αυτών που κάνουν θεραπεία ανοσοκαταστολής. Η αποτελεσματικότητα πιθανόν να είναι μειωμένη σε αυτές τις ομάδες.

Η διάρκεια της προστασίας από το εμβόλιο είναι μέχρι και τώρα άγνωστη και δύναται να καθοριστεί από κλινικές δοκιμές που διεξάγονται τώρα.

Δεν υπάρχουν δεδομένα για την χρήση του εμβολίου στις έγκυες γυναίκες, ούτε για την μεταφορά των συστατικών του εμβολίου στο νεογνό μέσω του μητρικού γάλακτος.

Οι μελέτες οι οποίες διενεργήθηκαν από την Moderna, απέκλεισαν από τις ομάδες ενδιαφέροντος τους ανοσοκατεσταλμένους, έγκυες ή που είχαν νοσήσει στο παρελθόν από Covid-19. Οι ομάδες που επιλέχθηκαν, ήταν υγιείς άντρες και γυναίκες και οροθετικοί.

Το ιατρικό αυτό σκεύασμα, έχει πάρει «έγκριση υπό όρους».

Προ-κλινικά Δεδομένα ασφαλείας όσον αφορά την τοξικότητα γενικά στον οργανισμό και στην αναπαραγωγή, υπάρχουν μόνο σε δοκιμές σε ποντίκια.

Τα φιαλίδια μπορούν να μείνουν στην κατάψυξη για 7 μήνες στους -25°C μέχρι τους -15°C. Τα αποψυγμένα φιαλίδια, μπορούν να μείνουν στην απλή ψύξη στους 2 μέχρι 8 βαθμούς Κελσίου για ένα μήνα. Μετά την απόψυξη, το προϊόν δεν δύναται να καταψυχθεί.

Η καταληκτική ημερομηνία της έκθεσης της κλινικής μελέτης για την αποτελεσματικότητα και ασφάλεια του Spikevax είναι ο Δεκέμβριος του 2022.

Το Spikevaxδεν περιέχει τον ιό, για αυτό δεν μπορεί να νοσήσει κάποιος από κορονοιό εξαιτίας του εμβολίου.

c.<u>Vaxzevria</u>

Εμβόλιο αδενοιού *[5]*. Περιέχει γενετικά τροποποιημένους οργανισμούς (GMO). Συνίσταται για την χρήση από άτομα άνω των 18 ετών.

Δεν υπάρχουν δεδομένα για την δυνατότητα συνδυασμού του παρόντος σκευάσματος με άλλα εμβόλια κατά του κορονοϊού, για την ολοκλήρωση του κύκλου εμβολιασμού.

Δεν υπάρχουν δεδομένα για την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα του εμβολίου σε παιδιά κάτω των 18 ετών. Δεν ενδείκνυται για παιδιά κάτω των 18 ετών.

Ο εμβολιασμός πρέπει να αναβάλλεται σε άτομα που πάσχουν από οξεία εμπύρετο νόσο ή οξεία λοίμωξη.

Αναφέρονται περιστατικά θρομβώσεων, θρομβοπενίας και συνδρόμου διαφυγής τριχοειδών αγγείων σαν ανεπιθύμητες παρενέργειες.

Δεν υπάρχουν δεδομένα για την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα σε άτομα με κατεσταλμένο ανοσοποιητικό σύστημα, συμπεριλαμβανόμενων και αυτών που κάνουν θεραπεία ανοσοκαταστολής. Η αποτελεσματικότητα πιθανόν να είναι μειωμένη σε αυτές τις ομάδες. Η διάρκεια της προστασίας από το εμβόλιο είναι μέχρι και τώρα άγνωστη και δύναται να καθοριστεί από κλινικές δοκιμές που διεξάγονται τώρα.

Η προστασία του εμβολίου ξεκινά περίπου 3 εβδομάδες μετά την 1η δόση. Οι λήπτες πιθανόν να μην είναι εντελώς προστατευμένοι μέχρι 15 ημέρες από την 2η δόση. Ο εμβολιασμός με το Vaxzevriaπιθανόν να μην προστατέψει όλους τους λήπτες.

Δεν υπάρχουν δεδομένα για την αποτελεσματικότητα του εμβολίου για άτομα άνω των 55 ετών. Δεν υπάρχουν δεδομένα για την χρήση του εμβολίου στις έγκυες γυναίκες, ούτε για την μεταφορά των συστατικών του εμβολίου στο νεογνό μέσω του μητρικού γάλακτος. Είναι άγνωστο. Μελέτες για την γονιμότητα έχουν γίνει μονάχα σε ζώα.

Το ιατρικό αυτό σκεύασμα, έχει πάρει «έγκριση υπό όρους».

Προ-κλινικά Δεδομένα ασφαλείας όσον αφορά την τοξικότητα δεν έχουν διεξαχθεί, γιατί οι ουσίες που περιέχονται στο εμβόλιο εκτιμάται ότιδεν έχουν γονοτοξικό δυναμικό. Για την τοξικότητα στην αναπαραγωγή έχουν διεξαχθεί μελέτες μόνο σε ποντίκια.

Να αποφεύγεται η κατάψυξη. Διατηρείται στο ψυγείο μεταξύ 2 και 8 βαθμών κελσίου. Απαγορεύεται η έκθεση στο φως.

Η καταληκτική ημερομηνία της έκθεσης της κλινικής μελέτης για την αποτελεσματικότητα και ασφάλεια του Vaxzevria είναι 31 Μαΐου 2022.

Ο λήπτης που έχει κάνει την 1η δόση και έχει εμφανίσει θρομβώσεις, αποτρέπεται από το να κάνει τη 2η δόση.

d.Janseen

Εμβόλιο αδενοιού *[6]*. Περιέχει γενετικά τροποποιημένους οργανισμούς (GMO). Συνίσταται για την χρήση από άτομα άνω των 18 ετών.

Δεν υπάρχουν δεδομένα για την δυνατότητα συνδυασμού του παρόντος σκευάσματος με άλλα εμβόλια κατά του κορονοϊού, για την ολοκλήρωση του κύκλου εμβολιασμού.

Δεν υπάρχουν δεδομένα για την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα του εμβολίου σε παιδιά κάτω των 18 ετών. Δεν ενδείκνυται για παιδιά κάτω των 18 ετών.

Αναφέρονται περιστατικά θρομβώσεων, θρομβοπενίας και συνδρόμου διαφυγής τριχοειδών αγγείων σαν ανεπιθύμητες παρενέργειες.

Δεν υπάρχουν δεδομένα για την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα σε άτομα με κατεσταλμένο ανοσοποιητικό σύστημα, συμπεριλαμβανόμενων και αυτών που κάνουν θεραπεία ανοσοκαταστολής. Η αποτελεσματικότητα πιθανόν να είναι μειωμένη σε αυτές τις ομάδες.

Η διάρκεια της προστασίας από το εμβόλιο είναι μέχρι και τώρα άγνωστη και δύναται να καθοριστεί από κλινικές δοκιμές που διεξάγονται τώρα.

Η προστασία του εμβολίου ξεκινάει 14 ημέρες μετά τον εμβολιασμό. Το εμβόλιο Janseenπιθανόν να μην προστατέψει όλους τους λήπτες.

Δεν υπάρχουν δεδομένα για την χρήση του εμβολίου στις έγκυες γυναίκες, ούτε για την μεταφορά των συστατικών του εμβολίου στο νεογνό μέσω του μητρικού γάλακτος. Είναι άγνωστο. Μελέτες για την γονιμότητα έχουν γίνει μονάχα σε ζώα.

Προ-κλινικά Δεδομένα ασφαλείας όσον αφορά την τοξικότητα δεν έχουν διεξαχθεί, γιατί οι ουσίες που περιέχονται στο εμβόλιο εκτιμάται ότιδεν έχουν γονοτοξικό δυναμικό. Για την τοξικότητα στην αναπαραγωγή έχουν διεξαχθεί μελέτες μόνο σε κουνέλια.

Διατηρείται στην κατάψυξη στους -25 έως -15 βαθμούς κελσίου για 2 χρόνια.Για προετοιμασία χρήσης πρέπει να αποψυχθεί στους 2 με 8 βαθμούς κελσίου και μπορεί να διατηρηθεί σε απλή ψύξη μέχρι 3 μήνες, δίχως να ξεπεράσει την ημερομηνία λήξης. Από την στιγμή που θα αποψυχθεί δεν δύναται να καταψυχθεί εκ νέου. Χρειάζεται προστασία από το φως.

Η καταληκτική ημερομηνία της έκθεσης της κλινικής μελέτης για την αποτελεσματικότητα και ασφάλεια του Janseen είναι 31 Δεκεμβρίου 2023.

Κανένα από τα συστατικά του εμβολίου δεν μπορούν να προξενήσουν νόσηση από τον κορονοιό.

Εδώ αξίζει να σημειωθεί η εξής παρατήρηση: η αλλαγή των εσώκλειστων στο ηλικιακό εύρος περιλαμβάνοντας και ηλικίες 12-18 ετών, έγινε μονάχα στα εμβόλια που χρησιμοποιούν την νέα τεχνολογία mRNA(των εταιρειών PfizerΚαι Moderna) κα όχι σε αυτά που χρησιμοποιούν αδενοιό.

3. Πραγματικά δεδομένα εμβολίων - οι ερμηνείες των ποσοστών.

Η Pfizer ανακοινώνει 95% και η Moderna 94%.Αυτά είναι τα νούμερα που δημοσίευσαν οι φαρμακευτικές εταιρείες το Νοέμβριο του 2020 για την αποτελεσματικότητα των σκευασμάτων τους.

Αυτή η τιμή, σχετίζεται με:

Α. Τις συνθήκες μιας κλινικής δοκιμής

Β. Τα άτομα που επιλέχθηκαν για αυτή την κλινική δοκιμή

Γ. Την περίοδο που διενεργήθηκαν τα τεστ

Για παράδειγμα, αν τα επιλεγμένα άτομα ήταν μεγαλύτερα σε ηλικία με πολλές συννοσηρότητες (να έχουν δηλαδή και άλλα νοσήματα), ή αν η δοκιμή διεξαγόταν μία περίοδο με υψηλή κυκλοφορία του ιού, όπως στην Ινδία, η σχετική αποτελεσματικότητα του εμβολίου, θα ήταν ακόμα χαμηλότερη. Η μείωση του απόλυτου ρίσκου, είναι σημαντική για τους ανθρώπους που τους προσφέρεται το εμβόλιο ή μια θεραπεία. Παρακάτω θα γραφούν κάποιοι ορισμοί:

- Σχετικό Ρίσκο: Ένα νούμερο που εξηγεί πως κάτι που κάνει ένας άνθρωπος ή δεν κάνει, μπορεί να αλλάξει το ρίσκο να νοσήσει. Για παράδειγμα: αν δεν καπνίζει, έχει 30% λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξει κάποιο καρδιαγγειακό νόσημα από κάποιον που καπνίζει. Οπότε, σε αυτή την περίπτωση το σχετικό ρίσκο είναι 30%. Έχει να κάνει πάντα με την σύγκριση μεταξύ δύο ομάδων, και να γνωρίζει σε ποια ομάδα ανήκει, έτσι ώστε να αξιολογήσει πόσο πιθανόν είναι να αναπτύξει μία ασθένεια ή όχι.

  Ακριβώς επειδή το νούμερο αυτό είναι σχετικό, δεν εφαρμόζεται κατά κανόνα ανά άτομο συγκεκριμένα, αλλά στην ομάδα την οποία ανήκει.
  Αυτή η πληροφορία της μείωσης του σχετικού ρίσκου, είναι χρήσιμη στους ερευνητές γιατί τους επιτρέπει να συνδυάσουν αποτελέσματα από διαφορετικές κλινικές δοκιμές και να κάνουν μετα-αναλύσεις.
  Σε καμία περίπτωση αυτή η πληροφορία δεν μας δίνει το πλεονέκτημα που θα περιμέναμε από μία θεραπεία, γιατί δεν λαμβάνει υπόψιν το βασικό ρίσκο του να αναπτύξεις την ασθένεια, χωρίς θεραπεία.
  Αυτό που έχει σημασία, είναι τί μπορεί να κάνει ατομικά η θεραπεία ή το εμβόλιο, σε εμάς. Για να το βρούμε αυτό, χρειαζόμαστε την τιμή της μείωσης του Απόλυτου ρίσκου.
- Απόλυτο ρίσκο: Αυτή είναι η αρχική πιθανότητα να νοσήσει κάποιος από κάποια ασθένεια, όπως καρκίνο, καρδιαγγειακά νοσήματα ή Covid-19 αν έχει μολυνθεί με Sars-CoV-2. Είναι λοιπόν αναγκαίο, να γνωρίζει κανείς το προσωπικό ρίσκο (με ποσοστό επί τοις εκατό %), να αναπτύξει την ασθένεια χωρίς θεραπεία και να αφαιρέσει την τιμή «μείωσης απόλυτου ρίσκου» (%) στις κλινικές δοκιμές.

  Παρόλα αυτά, η «μείωση απόλυτου ρίσκου», είναι πάντα πολύ μικρότερη από την τιμή «μείωση σχετικού ρίσκου». Επομένως, δεν είναι αρκετά αποδοτικό να πουληθούν προϊόντα που έχουν αναπτυχθεί πολύ γρήγορα. Για αυτό το λόγο, τα εργαστήρια, προτιμούν να χρησιμοποιούν την τιμή «μείωσης σχετικού ρίσκου» και όχι την τιμή «μείωσης Απόλυτου ρίσκου».
  Στην παρακάτω εικόνα φαίνεται ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα για τον υπολογισμό του Απόλυτου και Σχετικού ρίσκου.

Γραφική αναπαράσταση της διαφοράς απόλυτου και σχετικού ρίσκου.
Η επεξήγηση στις επόμενες παραγράφους. *[7]*

100 άτομα στην ομάδα Α που παίρνει το εμβόλιο Placebo.
100 άτομα στην ομάδα Β που παίρνει το κανονικό εμβόλιο.
2 άτομα μολύνονται με τον ιό στην ομάδα Placebo.
Ένα άτομο μολύνεται με τον ιό, στην ομάδα της κανονικής θεραπείας.
Όταν συγκριθούν οι δύο ομάδες, η μείωση του σχετικού ρίσκου είναι 50%. Δηλαδή ένα άτομο έχει 50% λιγότερες πιθανότητες να αρρωστήσει αν ανήκει στην ομάδα κανονικής θεραπείας (γιατί το 1% είναι το μισό του 2%).
Σε ατομικό επίπεδο , η μείωση του απόλυτου ρίσκου, είναι μόλις 1% ανάμεσα στις δύο ομάδες. (2%-1% = 1%).
Για τον λόγο αυτό τα εργαστήρια χρησιμοποιούν την τιμή της «μείωσης σχετικού ρίσκου» και όχι το «Απόλυτο ρίσκο».
Τα δεδομένα της μείωσης σχετικού ρίσκου, χρησιμοποιούνται για το μάρκετινγκ και την προπαγάνδα γιατί ενισχύει το αναμενόμενο πραγματικό αποτέλεσμα.
Τα δεδομένα της μείωσης απόλυτου ρίσκου, χρησιμοποιούνται για να μειώσουν τη σημασία των παρενεργειών. Επομένως ο καθημερινός βομβαρδισμός του κόσμου μέσω των μέσων μαζικής ενημέρωσης με τη τιμή του σχετικού ρίσκου και μόνο, είναι άκρως παραπλανητικός.
Όταν δίνονται πληροφορίες σε ασθενείς που είναι στη διαδικασία να αποφασίσουν αν θα λάβουν ή όχι την θεραπεία ή το εμβόλιο, οι γιατροί πρέπει να τους δίνουν την τιμή της μείωσης απόλυτου ρίσκου έτσι ώστε να μπορούν να εκτιμήσουν το πραγματικό όφελος.
Με τη σειρά που αναγράφονται στην εικόνα, έχουμε:

Risk terms

AR (absolute risk) = the number of events (good or bad) in treated or control groups, divided by the number of people in that group
ARC = the AR of events in the control group
ART = the AR of events in the treatment group
ARR (absolute risk reduction) = ARC – ART
RR (relative risk) = ART / ARC
RRR (relative risk reduction) = (ARC – ART) / ARC
RRR = 1 – RR
NNT (number needed to treat) = 1 / ARR

AR (απόλυτο ρίσκο) = το νούμερο των περιστατικών (καλών ή κακών) σε ομάδες κανονικής
Σύμβολα για τον υπολογισμό του απόλυτου ρίσκου και του πραγματικού
αριθμού των ανθρώπων που θα ωφεληθούν από την θεραπεία. *[8]*
θεραπείας ή Placebo, διαιρεμένο με τον συνολικό αριθμό των ανθρώπων σε αυτή την ομάδα.
ARC = το απόλυτο ρίσκο των περιστατικών σε ομάδα Placebo.
APT = το απόλυτο ρίσκο των περιστατικών σε ομάδα κανονικής θεραπείας.
ARR (μείωση απόλυτου ρίσκου) = ARC-ART
RR (σχετικό ρίσκο) = ART/ARC
RRR (μείωση σχετικού ρίσκου) = (ARC-ART)/ARC
RRR = 1-RR
NNT (αριθμός ανθρώπων που χρειάζονται να θεραπευτούν) = 1/ARR
Παρακάτω αναλύονται τα αποτελέσματα μελετών από τα εμβόλια της PfizerΚαι της Moderna.

Εμβόλιο Pfizer

RESULTS

A total of 43,548 participants underwent randomization, of whom 43,448 received injections: 21,720 with BNT162b2 and 21,728 with placebo. There were 8 cases of Covid-19 with onset at least 7 days after the second dose among participants assigned to receive BNT162b2 and 162 cases among those assigned to placebo; BNT162b2 was 95% effective in preventing Covid-19 (95% credible interval, 90.3 to 97.6). Similar vaccine efficacy (generally 90 to 100%) was.

ARC = 162 / 21728

ART = 8 / 21720

RRR (reduction of Relative risk) = (ARC – ART)/ARC = **95%** as marketed

ARR ((reduction of Absolute risk) = ARC – ART = **0.71%** as marketed

Η ερμηνεία της ανωτέρω εικόνας είναι η ακόλουθη: αν ένας νέος με ρίσκο κοντά στο 0% νοσήσει βαριά από Covid-19, πράγμα απίθανο,δεν υπάρχει κανένα όφελος να εμβολιαστεί με

Ερμηνείαποτελεσμάτωναπότηνμελέτη Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine πουδημοσιεύθηκεστο"The New England Journal of Medicine".*[9]*

ένα πειραματικό σκεύασμα, για μείωση του κινδύνου κατά0.71%.

Το **NNT** είναι ο αριθμός των ανθρώπων που χρειάζεται να εμβολιαστούν, έτσι ώστε ένα και μόνο άτομο να ωφεληθεί από το εμβόλιο.

Fatality Rates in Covid positive people

% age group	Mean	Men	Women
Moins de 20 ans	*0,001*	0,001	0,001
de 20 à 29 ans	*0,007*	0,007	0,007
de 30 à 39 ans	*0,02*	0,03	0,01
de 40 à 49 ans	*0,05*	0,06	0,04
de 50 à 59 ans	*0,2*	0,2	0,2
de 60 à 69 ans	*0,8*	1	0,6
de 70 à 79 ans	*2,2*	2,9	1,7
Plus de 80 ans	*8,3*	13,2	5,4
Moyenne	*0,53*	*0,6*	*0,4*

SOURCE : INSTITUT PASTEUR. LP/INFOGRAPHIE.

Πίνακας από το ινστιτούτο Pasteurπου απεικονίζει ποσοστά θανάτων από κορονοιό, ανά ηλικιακή ομάδα.*[10]*

Στην περίπτωση της Pfizer έχουμε: NNT = 1/ARR = 1/0.0071 = 141.

Αυτό σημαίνει ότι από τους 141 ανθρώπους που εμβολιάστηκαν με Pfizer, οι 140 παίρνουν το ρίσκο να αναπτύξουν παρενέργειες χωρίς κανένα όφελος.

Παράδειγμα του Ισραήλ:

- Τα Ισραηλινά δεδομένα επιβεβαιώνουν την μείωση του σχετικού ρίσκου RRR στο 94%.
- Στην πραγματικότητα (με αποστάσεις και μάσκες), σε όρους μείωσης απόλυτου ρίσκου, έχουμε ARR = 0.46%, επομένως είναι πολύ λιγότερο από το αναμενόμενο 0,71%.
- Σε αυτή την περίπτωση, θα ήταν αναγκαίο να εμβολιαστούν NNT = 1/0.0046=217 άνθρωποι για να μπορέσει μόνο ΕΝΑΣ να ωφεληθεί από το εμβόλιο, ή 1.5 φορές περισσότερο από τα δεδομένα της κλινικής δοκιμής.

Οι «ειδικοί» ήταν πολύ προσεκτικοί στο να αποκρύψουν αυτή την παράμετρο.

Εμβόλιο Moderna

RESULTS

The trial enrolled 30,420 volunteers who were randomly assigned in a 1:1 ratio to receive either vaccine or placebo (15,210 participants in each group). More than 96% of participants received both injections, and 2.2% had evidence (serologic, virologic, or both) of SARS-CoV-2 infection at baseline. Symptomatic Covid-19 illness was confirmed in 185 participants in the placebo group (56.5 per 1000 person-years; 95% confidence interval [CI], 48.7 to 65.3) and in 11 participants in the mRNA-1273 group (3.3 per 1000 person-years; 95% CI, 1.7 to 6.0); vaccine efficacy was 94.1% (95% CI, 89.3 to 96.8%; P<0.001).

ARC = 185/15210

ART = 11/15210

RRR (Réduction du Risque Relatif) = (**ARC** – **ART**) / **ARC** = **94.1%** comme annoncé

ARR (Réduction du Risque Absolu) = **ARC** – **ART** = **1.1% !!!**

Ερμηνείααποτελεσμάτωναπότηνμελέτη Efficacy and Safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccine πουδημοσιεύτηκεστο"The New England Journal of Medicine".*[11]*

Στην περίπτωση της Moderna έχουμε NNT = 1/ARR = 1/0.011 = 91.

91 άνθρωποι χρειάζεται να εμβολιαστούν για να μπορέσει μόνο ΕΝΑΣ να επωφεληθεί του εμβολίου. Οι υπόλοιποι 90, θα έχουν λάβει το ρίσκο των παρενεργειών, ή να πεθάνουν χωρίς να ωφεληθούν καθόλου.

Στους κανονισμούς μάρκετινγκ του FDA, τονίζεται ότι τα εργαστήρια πρέπει να κάνουν όλα αυτά τα δεδομένα διαθέσιμα στο κοινό έτσι ώστε ο καθένας να μπορεί να εκτιμήσει το ρίσκο και τα οφέλη, βασιζόμενος σε στοιχεία και σε συναίνεση κατόπιν ενημέρωσης. «Πρέπει να παρέχουν και το απόλυτο ρίσκο, όχι μόνο το σχετικό ρίσκο. Οι ασθενείς είναι υπερβολικά επηρεασμένοι όταν τους παρουσιάζεται η πληροφορία ρίσκου χρησιμοποιώντας την μέθοδο του σχετικού ρίσκου. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε χείριστες αποφάσεις. Επομένως πρέπει να χρησιμοποιείται η έκδοση του απόλυτου ρίσκου». Παραδόξως, ούτε ο FDA ούτε ο EMA το έχουν απαιτήσει για τα συγκεκριμένα εμβόλια. Αντιθέτως, επιμένουν μόνο στα οφέλη, βασιζόμενοι

στην εκτίμηση της μείωσης του Σχετικού Ρίσκου! «Η αποτυχία διάθεσης όλης της πληροφορίας στο κοινό, για να επιτραπεί η συναίνεση μετά από ενημέρωση, δεν είναι μόνο άτιμο, αλλά και επικίνδυνο.»

4. Φυσική ανοσία έναντι ανοσίας εκ του εμβολίου – η χρήση μίας μοχλευμένες μελέτης από την επιτροπή για την προτροπή προς εμβολιασμό

Στις 17 Μαΐου, η κυρία Μαρία Θεοδωρίδου, πρόεδρος του εμβολιαστικού προγράμματος, προέβη σε μία ανακοίνωση [12], ότι τα αντισώματα Sars-CoV-2 παραμένουν μέχρι και 13 μήνες μετά από εμβολιασμό και μειώνουν τον κίνδυνο της επαναλοίμωξης. ΗμελέτηστηνοποίαναφέρεταιηκυρίαΘεοδωρίδουέχειτίτλο*[13]Anti-Sars-CoV-2 antibodies persist for up to 13 months and reduce risk of reinfection*. Έχει δημοσιευθεί στην ιστοσελίδα των μελετών του BMJ που δεν έχουν περάσει αξιολόγηση ακόμα. Μέσα στην ιστοσελίδα, αναγράφει ρητά ότι «Οι προδημοσιεύσεις είναι προκαταρκτικές αναφορές μελετών που δεν έχουν πιστοποιηθεί από τρίτους. Δεν πρέπει να βασίζονται σε αυτά για να καθοδηγήσουν την κλινική πρακτική ή τη συμπεριφορά που σχετίζεται με την υγεία και δεν πρέπει να αναφέρονται στα μέσα ενημέρωσης ως καθιερωμένες πληροφορίες.» Έχει εγγραφεί και στο ClinicalTrials.gov με πιθανή ημερομηνία ολοκλήρωσης τον Αύγουστο του 2021 (*[14]*- Seroprevalence of SARS-CoV-2 in Strasbourg University Hospital Strasbourg, France).

Τα βασικά χαρακτηριστικά της μελέτης είναι τα εξής:

- Η μελέτη διήρκεσε χρονικά 13 μήνες.
- Η μέτρηση των αντισωμάτων έγινε σε 4 διαφορετικές χρονικές περιόδους. M1 που είναι ο πρώτος μήνας, M3-5 που είναι μεταξύ 3ου και 6ου μήνα από την αρχή, M7-9 που είναι μεταξύ 7ου και 9ου μήνα και M11-13 μεταξύ 11ου και 13ου μήνα.
- Επιλέχθηκαν 1309 άτομα υγειονομικού προσωπικού.
- Οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε 2 ομάδες.
- Στην Α ομάδα, τα άτομα είχαν διαγνωστεί αρνητικοί σε αντισώματα με τεστ PCR (916).
- Στην Β ομάδα, τα άτομα είχαν διαγνωστεί θετικοί σε αντισώματα με τεστ PCR (393) που σημαίνει ότι είχαν νοσήσει με φυσική ανοσία.
- Από όλους αυτούς μόνον οι 93 της ομάδας Β εμβολιάστηκαν.
- Οι μεταλλάξεις που μελετήθηκαν έναντι των εμβολίων, ήταν:
    - D614G που ήταν η βασική ολική μετάλλαξη.
    - B.1.1.7 ή αλλιώς Βρετανική μετάλλαξη.
    - B.1.351 ή αλλιώς Νοτιοαφρικανική μετάλλαξη.

Αρχικά πρέπει να αναφερθεί ότι το δείγμα των ανθρώπων που επιλέχθηκαν, δεν είναι αντιπροσωπευτικό για 2 λόγους:

1. Αποτελείται μόνο από υγειονομικό προσωπικό, το οποίο κατά κανόνα έρχεται σε επαφή με πολλά μικρόβια και βακτήρια σε καθημερινή βάση. Αυτό σημαίνει ότι έχουν πιο ισχυρό ανοσοποιητικό.
2. Πάνω από το 70% των συμμετεχόντων και στις 2 ομάδες είναι γυναίκες. Κανονικά θα έπρεπε τα ποσοστά να είναι όσο είναι περίπου τα παγκόσμια ποσοστά. Δηλαδή 50.4% για τους άντρες και 49.6% για τις γυναίκες. Γιατί να εστιαστούν τόσο πολύ στο γυναικείο φύλο και να διαστρεβλώνεται η πραγματικότητα έτσι;

Τα μελανά σημεία στη μελέτη είναι τα ακόλουθα:

- Αναφέρεται ρητά ότι τα άτομα τα οποία εξετάστηκαν σε 4 διαφορετικές χρονικές περιόδους, 13 μηνών, είχαν αντισώματα (άρα φυσική ανοσία) και από αυτά τα άτομα

κάποια εμβολιάστηκαν τα 93 με τα εμβόλια AstraZeneca, Pfizer Και Moderna το χρονικό διάστημα μεταξύ 7ου και 9ου μήνα (δηλαδή στο τρίτο χρονικό στάδιο που προϋπάρχουν τα αντισώματα με φυσική ανοσία). Αυτό που δεν αναφέρει όμως είναι σε τι ποσοστό γυναίκες/άνδρες εμβολιάστηκαν με τα εν λόγω εμβόλια.

- Σε αυτό τον λίγο αριθμό ατόμων, έδειξαν ότι ο αριθμός αντισωμάτων αυξήθηκε, χωρίς ωστόσο να μελετηθεί πέραν από τους 13 μήνες αν τα αντισώματα μειώθηκαν σε αριθμό. Ουσιαστικά ο εμβολιασμός στη μελέτη αυτή , δείχνει παραγωγή αντισωμάτων μέχρι 6 μήνες, δηλαδή όσο λένε και οι παραγωγοί.
- Εδώ αξίζει να αναφέρουμε και τα ίδια στοιχεία της Pfizer, Moderna και της AstraZeneca οι οποίες αναφέρουν 6 μήνες , 6 μήνες και 4 μήνες αντίστοιχα (αυτές οι τιμές δεν αναγράφονται μέσα στα επίσημα έγγραφα που έχουν παρατεθεί στο κεφάλαιο 2, επειδή θεωρούνται ανολοκλήρωτες με καταληκτικές ημερομηνίες που ξεκινούν από το 2022 και μετά).
- Επίσης, αναφέρεται ότι με τον εμβολιασμό, καταπολεμείται επιτυχώς και η Νοτιοαφρικανική μετάλλαξη, ενώ η ίδιοι παραγωγοί αναφέρουν ότι το ποσοστό αποτελεσματικότητας είναι αρκετά χαμηλό. Σε αυτό το σημείο, ούτως η άλλως, η επεξήγηση μέσα στη μελέτη είναι ελλιπής και δεν φέρει κάποιο διάγραμμα, ή πίνακα, με τα εν λόγω ποσοστά επιτυχίας. Μόλις χτες ανακοινώθηκε ότι όσοι εμβολιάστηκαν με το Pfizer-BionTech είχαν 5 φορές λιγότερα αντισώματα για την Νοτιοαφρικανική μετάλλαξη (όπως την ονόμασαν μετάλλαξη Beta).
- Σταδιακά μειώνεται ο αριθμός των συμμετεχόντων από αυτούς που λαμβάνουν δείγματα, πηγαίνοντας ουσιαστικά διά της μεθόδου απαγωγή εις άτοπον, για να μπορέσουν να διεξάγουν τα κατευθυνόμενα αποτελέσματα. Συγκεκριμένα αναληθώς στηνσελίδα 9 του συνημμένου **COVEV07**, αναγράφει ότι «Ο εμβολιασμός SARS-CoV-2 αυξάνει σημαντικά τα αντισώματα anti-S σε επίπεδα που εξουδετερώνουν και τις τρεις παραλλαγές, ανεξάρτητα από τα επίπεδα IgG πριν από τον εμβολιασμό, τον τύπο του εμβολίου ή τον αριθμό των δόσεων.»

Στη μελέτη αυτή ουσιαστικά γίνεται προσπάθεια να συσχετιστεί η ανοσία που δημιουργείται από φυσική νόσηση με τον ιό, η οποία διαρκεί 13 μήνες (με τα σημερινά δεδομένα), με την ανοσία που αποκτιέται από τα εμβόλια.

Συμπερασματικά, η επίσημη δήλωση της κυρίας Θεοδωρίδου, είναι ψευδής για τους εξής λόγους:

1. Η μελέτη δεν έχει περάσει από αξιολόγηση ακόμα, οπότε δεν έπρεπε σύμφωνα με τους κανόνες του περιοδικού να κάνει δημόσια τοποθέτηση πάνω σε αυτή.
2. Η ίδια η μελέτη πάει να επικαλύψει ανεπιτυχώς την ανοσία με εμβολιασμό μέσα στην φυσική ανοσία. Μέχρι στιγμής τα επίσημα στοιχεία δεν δείχνουν ανοσία μέσω εμβολιασμού πάνω από 6 μήνες, και για αυτό αρχίζουν και μιλούν για νέα δόση στις αρχές του Φθινοπώρου.

5. Καταλληλόλητα εμβολίων για έγκυες.

Από την παράθεση των επίσημων εγγράφων στο κεφάλαιο 2 από την ιστοσελίδα του Ευρωπαϊκού οργανισμού φαρμάκων, καθίσταται σαφές ότι δεν υπάρχουν ακόμα δεδομένα για τις επιπτώσεις των εμβολίων στις εγκύους, καθώς οι μελέτες διενεργούνται αυτό το διάστημα. Μίαεξιολογημένημελέτη*[15]*όμωςπουδημοσιεύθηκεστοTheNewEnglandJournalofMedicine, μετίτλοPreliminaryfindingsofmRNACovid-19 vaccinesafetyinpregnantpersons, ισχυρίζεταιότιταεμβόλια είναι ασφαλή. Ο συγκεκριμένος ισχυρισμός είναι ψευδής, διότι αποκρύπτεται σημαντική πληροφορία για το τρίμηνο της κύησης που διενεργήθηκε ο εμβολιασμός και οι επιπτώσεις ανά τρίμηνο.

Στον πίνακα 4 της αναγραφόμενης σελίδας 2280, αναγράφεται στο υπόμνημα ότι από τις 827 γέννες, οι 104, ήταν αποτυχημένες από αποβολή. Αρχικά χωρίς να μπούμε σε λεπτομέρειες, να σχολιάσουμε ότι το ποσοστό θνητότητας εμβρύου με αυτά τα νούμερα που ανέρχεται σε 12,6% είναι υπερβολικά μεγάλο, αν τυχόν πάμε σε επίπεδο πόλης ή χώρας.
Αναγράφει ότι από τις 827, οι 700 γυναίκες έκαναν το εμβόλιο, το τρίτο τρίμηνο. Αν κάνουμε την αφαίρεση, αυτό σημαίνει ότι οι 827-700 = 127 γυναίκες έκαναν το εμβόλιο είτε το πρώτο, είτε το δεύτερο τρίμηνο.Αυτό σημαίνει ουσιαστικά ότι, από τις 127 γυναίκες, οι 104 απέβαλαν. Μιλάμε δηλαδή για **ένα ποσοστό θνητότητας εμβρύου** μετά το εμβόλιο, περίπου **82%** για πρώτο ή δεύτερο τρίμηνο.
Λίγο πιο κάτω, αναγράφει ότι **οι 96 από τις 104 γυναίκες απέβαλαν πριν την 13η εβδομάδα**, δηλαδή **πάνω στο στάδιο της οργανογένεσης**, το οποίο είναι από τα πιο σημαντικά και βρίσκεται στο πρώτο τρίμηνο. Μιλάμε για ένα ποσοστό της τάξης του 92,3%. Οι υπόλοιπες 8 που εμβολιάστηκαν στο 2ο τρίμηνο, αποτελούν το 7,7%.
Το ότι γεννήθηκαν 724 παιδιά από μητέρες που έκαναν το εμβόλιο στο τρίτο τρίμηνο, επουδενεί λόγω δεν διασφαλίζει ότι τα παιδιά αυτά μεγαλώνοντας δεν θα αποκτήσουν προβλήματα από ό,τι πέρασε μέσα από την μητέρα κατά τη διάρκεια της κύησης.
Το ποσοστό αποβολών συνδυαστικά για το πρώτο και δεύτερο τρίμηνο, είναι πολύμεγάλο και ακόμα μεγαλύτερο για το πρώτο τρίμηνο αποκλειστικά.
Συμπερασματικά, ακόμα και για αυτό το μικρό δείγμα συμμετεχόντων, τα εμβόλια ειδικά στο πρώτο και δεύτερο τρίμηνο κύησης δεν είναι ασφαλή για τις έγκυες, ενώ δεν υπάρχει ακόμα μελέτη για τις επιπτώσεις μετά την γέννηση, κατά την περίοδο θηλασμού και μετά από αυτήν.

6. Καταλληλόλητα εμβολίων για άτομα που ανήκουν στις ευπαθείς ομάδες.

Σε όλα τα προαναφερθέντα επίσημα έγγραφα του κεφαλαίου 2, αναγράφεται ρητά ότι δεν υπάρχουν δεδομένα για την αποτελεσματικότητα και τις επιπτώσεις σε ασθενείς με κατεσταλμένο ανοσοποιητικό σύστημα. Οι όποιες μελέτες ξεκίνησαν να βγαίνουν από τα μέσα του καλοκαιριού και έπειτα δεν θα πρέπει να ληφθούν υπόψη από κανένα υγειονομικό ή ειδησεογραφικό φορέα αν δεν έχουν περάσει αξιολόγηση.

Συμπερασματικά δεν μπορούμε να εγγυηθούμε για την ασφάλεια των εμβολίων για ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς.

7. Καταλληλόλητα εμβολίων στα παιδιά.

Στην παρούσα φάση,δεν υπάρχουν ολοκληρωμένες μελέτες για την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα των εμβολίων σε παιδιά, είτε πρόκειται για ηλικίες μέχρι 12 ετών είτε μέχρι 17 ετών*[16]*. Όλες είναι σε στάδιο αναζήτησης εθελοντών και κατά μέσο όρο για παιδιά μέχρι 12 ετών οι μελέτες θα τελειώσουν το 2023-24 ενώ για το εύρος 12-18 ετών θα τελειώσουν μέσα στο 2022.

Κατά τη διάρκεια των εμβολιασμών στα παιδιά που ξεκίνησαν στην Αμερική, το περιοδικό JamaPediatrics, εξέδωσε μελέτη επικαιροποιημένη με τίτλο Symptomatic Acute Myocarditis in seven Adolescents following Pfizer-BioNTech Covid-19 vaccination*[17]*. 7 περιπτώσεις παιδιών αγοριών 14 έως 19 ετών που έλαβαν το εμβόλιο και συγκεκριμένα τη 2η δόση, ανέπτυξαν μυοκαρδίτιδα, μέσα στις πρώτες 4 ημέρες, μετά τον εμβολιασμό.
Κανένα από αυτά τα παιδιά δεν είχαν προδιάθεση πολυο-αργανικού Φλεγμονώδους συνδρόμου - τύπου Kawasaki (το λεγόμενο MIS-C). Όλα τα παιδιά αυτά, εμβολιάστηκαν μέσα στον Απρίλιο και Μάιο του 2021.Αρχικά, εκτεταμένες διαγνωστικές αξιολογήσεις που έγιναν για να αποκλειστεί άλλη πιθανή αιτιολογία μυοκαρδίτιδας, απεβησαν αρνητικές. Δηλαδή, τα παιδιά δεν είχαν κάποια άλλη προδιάθεση ή ασθένεια για να αναπτύξουν μυοκαρδίτιδα από κάτι άλλο.

Όλα τα παιδιά είχαν μυοκαρδίτιδα ή περικαρδίτιδα, που είναι ο όρος για διάγνωση τόσο φλεγμονής του μυοκαρδίου όσο και του περικαρδιακού.
Οι κλινικές δοκιμές Pfizer-BioNTech έδειξαν ότι μετά τον mRNA εμβολιασμό, οι νεότεροι σε ηλικία εμβολιασμένοι, είχαν βαρύτερες παρενέργειες σε σύγκριση με τους πιο μεγάλους σε ηλικία. Οι ανεπιθύμητες παρενέργειες, εμφανίστηκαν συχνότερα μετά τη 2η δόση, και εντός 2 ημέρων μετά την ολοκλήρωση του εμβολιαστικού σχήματος των 2 δόσεων. Σε αυτές περιλαμβάνονται πόνος στο σημείο της ένεσης, κόπωση, μυαλγία, ρίγη, αρθραλγία, πυρετός, οίδημα στο σημείο της ένεσης, ναυτία, αδιαθεσία, και λεμφαδενοπάθεια.
Στις 28 Μαΐου 2021, οCDC περιέλαβε επίσημα και τις μυοκαρδίτιδες/περικαρδίτιδες στην επίσημη λίστα με τις πιθανές παρενέργειες στα παιδιά, παρόλα αυτά συνέχισε να συστήνει τον εμβολιασμό σε παιδιά 12 ετών και άνω.

8. Μελέτες που καταδεικνύουν την επικινδυνότητα των εμβολίων.

1. Circulating SARS-CoV-2 Vaccine Antigen Detected in the Plasma of mRNA-1273 Vaccine Recipients

Μελέτη που αποδεικνύει την γενικευμένη κυκλοφορία της πρωτεΐνης Sστο αίμα, και καταρρίπτει τους ισχυρισμούς των φαρμακευτικών εταιρειών, περί συγκέντρωσης στο σημείο εισόδου *[18]*.

2. SARS-CoV-2 mRNA vaccination induces functionally diverse antibodies to NTD, RBD, and S2

Μελέτη*[19]*που αποδεικνύει τα παρακάτω:

- Η τιτλοδότηση αντισωμάτων μετά τον εμβολιασμό με mRNASars-CoV-2,στοχεύει στα ακόλουθα επίτοπα (περιοχές ακίδας): RBD, NTDκαι S2.
- Ο εμβολιασμός με mRNAπαρουσιάζει υψηλά ποσοστά μη εξουδετερωτικών αντισωμάτων.
- Ο εμβολιασμός με mRNA εμβόλια, δημιουργεί διασταυρούμενα αντισώματα με εποχικούς β-κορονοιούς τον HKU1, και τον OC43.

Συμπέρασμα: ο Sars-CoV-2 δεν είναι πρωτοεμφανιζόμενος ιός, αλλά όπως λογικά περιμέναμε από τη στιγμή που ανήκει στην οικογένεια των κοινών ανθρώπινων κορονοιών, να παρουσιάζει ομοιότητες και συγγένειες με άλλους εκπροσώπους αυτής της οικογένειας.Από τη στιγμή που ο παγκόσμιος πληθυσμός έχει έρθει σε επαφή με αυτούς τους εποχικούς β-κορονοιούς στο παρελθόν και έχει αναπτύξει κύτταρα μνήμης έναντι αυτών, έχει αποκτήσει επίκτητη ανοσία και έναντι του Sars-CoV-2.

9. Μελέτες που αποδεικνύουν την επίκτητη ανοσία.

1. SARS-CoV-2 elicits robust adaptive immune responses regardless of disease severity

Σε αυτή τη μελέτη*[20]*, πήραν μέρος 203 ασθενείς με λοίμωξη από SARS-CoV-2 στη Δανία μεταξύ της 3ης Απριλίου και της 9ης Ιουλίου 2020, τουλάχιστον 14 ημέρες μετά την αποκατάσταση των συμπτωμάτων COVID-19. Οι συμμετέχοντες είχαν βιώσει ένα εύρος

βαρύτητας της νόσου από ασυμπτωματική έως σοβαρή. Τα ανοσολογικά αποτελέσματα συγκρίθηκαν μεταξύ των ομάδων σοβαρότητας εντός της κοόρτης και 10 προπανδημικών αρνητικών ελέγχων SARS-CoV-2. Ευρήματα: Αναφέρθηκαν ευρεία ορολογικά προφίλ εντός της κοόρτης, ανιχνεύοντας τη δέσμευση αντισωμάτων σε άλλους ανθρώπινους κορονοιούς. 202(>99%) από τους συμμετέχοντες είχαν εξουδετερωτικά αντισώματα SARS-CoV-2. Στην πλειονότητα των ασθενών η επίκτητη ανοσία από πρότερη φυσική νόσηση από άλλους κορονοιούς είναι παρούσα, ανεξάρτητα από το βαθμό νόσησης με Sars-CoV-2.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Πίνακας 1. ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑ ΚΑΤΑ SARS-CoV-2

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	**ΠΑΘΗΣΗ**	**ΟΡΓΑΝΟ**
ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ	ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΑ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΤΙΚΑ ΙΣΧΑΙΜΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ	
ΘΡΟΜΒΩΣΕΙΣ	ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΑ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΤΙΚΑ ΙΣΧΑΙΜΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΑ	ΦΛΕΒΕΣ, ΑΡΤΗΡΙΕΣ, ΑΟΡΤΗ, ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΑΓΓΕΙΑ, ΚΑΡΔΙΑ, ΣΠΛΗΝΑ, ΝΕΦΡΑ, ΩΟΘΗΚΕΣ, ΗΠΑΡ
ΙΣΧΑΙΜΙΚΑ	ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΑ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΤΙΚΑ ΙΣΧΑΙΜΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ	
ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΕΠΑΝΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗ ΕΡΠΗ ΖΩΣΤΗΡΑ, ΛΥΣΣΑ ΑΥΤΟΑΝΟΣΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ – GUILLAINBARRE, ΚΟΛΙΤΙΔΕΣ CROHN, ΕΛΚΩΔΕΙΣ ΑΛΛΕΡΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ – ΟΞΥ ΑΝΑΦΥΛΑΚΤΙΚΟ ΣΟΚ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΣΤΟ ΕΚΔΟΧΟ PEG (ΠΟΛΥΑΙΘΥΛΕΝΟΓΛΥΚΟΛΗ)	
ΑΛΓΟΣ	ΑΡΘΡΑΛΓΙΕΣ, ΜΥΑΛΓΙΕΣ, ΙΝΟΜΥΑΛΓΙΕΣ, ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΕΣ	
ΑΠΩΛΕΙΑ ΟΡΑΣΗΣ, ΑΚΟΗΣ, ΟΣΦΡΗΣΗΣ, ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΛΟΓΟΥ		
ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	ΠΡΟΩΡΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ, ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ, ΘΑΝΑΤΟΣ ΕΓΚΥΟΥ	ΕΙΔΙΚΑ 1ο ΚΑΙ 2ο ΤΡΙΜΗΝΟ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ
ΚΑΡΚΙΝΟΓΟΝΟΣ ΚΑΙ ΓΟΝΟΤΟΞΙΚΗ ΔΡΑΣΗ		

Πίνακας 2. ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ

ΠΑΘΗΣΗ	**ΣΥΜΠΤΩΜΑ**	**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ/ ΑΠΟΚΡΙΣΗ**
ΑΝΑΣΤΟΛΗ ΜΑΚΡΟΦΑΓΩΝ M2 ΑΠΟ ANTI-SPIKE Ab		
ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΤΗΣ SPIKE ΠΡΩΤΕΙΝΗΣ S ΩΣ		
	ΑΥΤΟΑΝΟΣΟ ΠΕΠΤΙΔΙΟ	ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ ΙΣΤΩΝ
	ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗ ΟΡΓΑΝΩΝ	ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΠΑΡΕΓΧΥΜΑ/ ΔΙΑΠΕΡΑΤΟΤΗΤΑ ΑΕΦ
	ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗ ΣΤΟ DNA	
	ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΚΑΤΑΣΤΡΕΠΤΙΚΩΝ Ab	
	ΒΛΑΒΕΣ ΣΤΟ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΑΡΤΗΡΙΑΚΟ ΕΝΔΟΘΗΛΙΟ	ΜΗ ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ
ΣΥΝΔΕΣΗ ΜΕ ACE2		ΩΟΘΗΚΕΣ, ΟΡΧΕΙΣ
ΔΙΑΠΕΡΑΤΟΤΗΤΑ ΑΕΦ		ΝΕΥΡΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΘΣ, ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΕΚΦΥΛΙΣΗ
		ΠΛΑΓΙΑ ΑΜΥΟΤΡΟΦΙΚΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ (συνδυάζεται με διαπερατότητα ΑΕΦ)
ΜΕΤΑΛΛΑΞΗ ΠΡΩΤΕΙΝΗΣ TD43		ΝΕΥΡΟΕΚΦΥΛΙΣΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ
ΜΕΤΑΛΛΑΞΗ FUS		ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ
ANTI-SPIKE-Ab	28 ΤΥΠΟΙ ΙΣΤΩΝ	ΠΟΛΥΟΡΓΑΝΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ, ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ
ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΕΚΘΕΣΗ ΣΕ ΚΟΙΝΟ ΑΝΘΡΩΠΙΚΟ ΚΟΡΩΝΟΙΟ	ΑΚΥΡΩΣΗ ΕΚΘΕΣΗΣ ΣΕ SARS-CoV-2	
		ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΤΙΔΑ
	ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗ anti-DNAAb ΣΤΟ ΓΟΝΙΔΙΩΜΑ	
DsDNA J&J, AZ	ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ	ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Vaccine-Induced Prothrombotic Immune Thrombocytopenia		ΘΡΟΜΒΩΣΕΙΣ
ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗ ΠΗΚΤΙΚΟΥ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΥ		ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙ ΥΠΕΡΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ
		ΜΥΟΚΑΡΔΙΤΙΔΕΣ
ADE ΣΥΝΔΡΟΜΟ		ΕΙΣΟΔΟΣ ΙΟΥ ΣΕ ΜΑΚΡΟΦΑΓΑ -> ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΙΣΧΥΡΟΤΕΡΗΣ ΕΝΤΑΣΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ
	ΕΥΡΥΤΕΡΗ ΧΡΗΣΗ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ ΕΙΤΕ ΜΕ ΜΙΑ ΔΟΣΗ BOOSTER ΕΙΤΕ ΜΕ ΔΥΟ ΔΟΣΕΙΣ	ΔΥΣΚΟΛΟΤΕΡΗ ΜΕΤΑΛΛΑΞΗ ΤΟΥ ΙΟΥ ΜΕ ΜΗ ΕΞΟΥΔΕΤΕΡΩΤΙΚΑ Ab

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΒΛΑΒΗΣ – ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΕΜΒΟΛΙΩΝ ΣΤΟ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

ΑΝΔΡΙΚΟ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

- ΚΑΡΔΙΑ
- ΝΕΦΡΑ
- ΟΡΧΕΙΣ
- ΜΕΙΩΣΗ ΣΠΕΡΜΑΤΟΓΕΝΕΣΗΣ ΠΟΣΟΤΙΚΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΙΚΑ ΕΙΔΙΚΑ ΣΕ ΝΕΑΡΕΣ ΗΛΙΚΙΕΣ

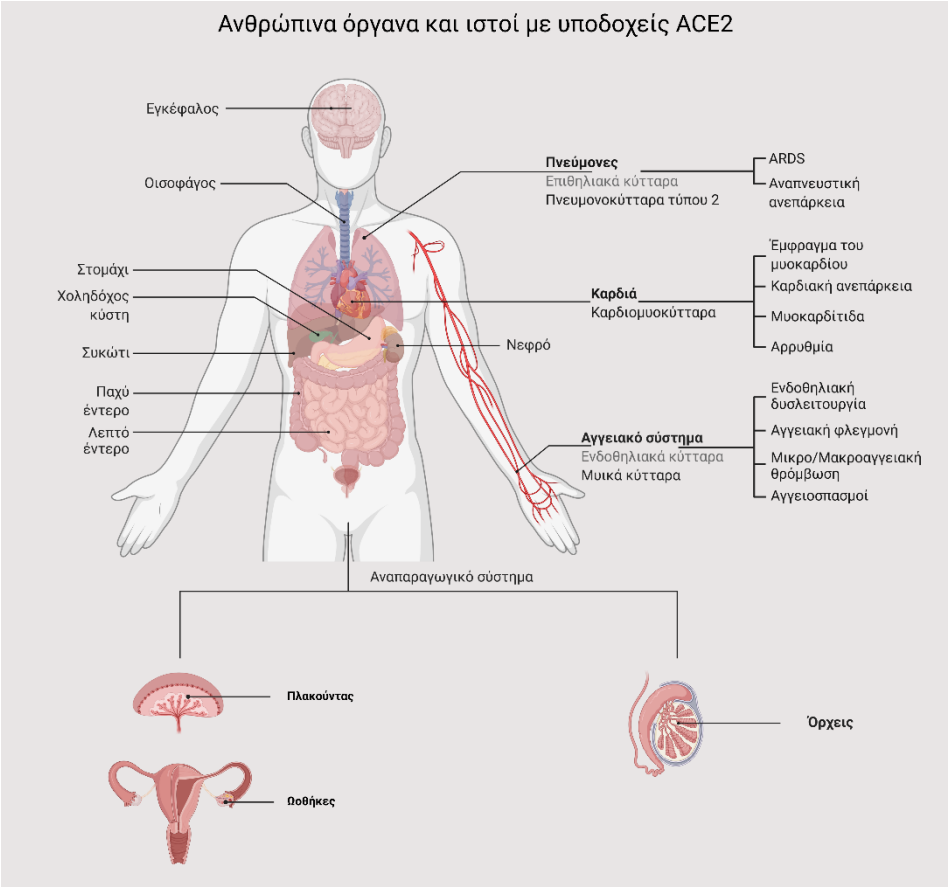
ΓΥΝΑΙΚΕΙΟ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

- ΩΟΘΗΚΕΣ ΣΕ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΜΕΤΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΙΑΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ
- ΩΑΡΙΑ
- ΜΗΤΡΑ
- ΚΟΛΠΟ
- ΩΟΘΗΛΑΚΙΟ
- ΑΥΞΗΜΕΝΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΑΠΟΒΟΛΗΣ ΣΤΑ ΠΡΩΙΜΑ ΣΤΑΔΙΑ ΚΥΗΣΕΩΣ (ΕΙΔΙΚΑ 1ο ΤΡΙΜΗΝΟ ΟΡΓΑΝΟΓΕΝΕΣΗΣ)
- ΙΝΩΣΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΙΚΕΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ
- ΠΡΟΕΚΛΑΜΨΙΑ
- ΕΚΛΑΜΨΙΑ
- ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΤΟΚΕΤΟΥ
- ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΕΜΜΗΝΟΥ ΡΥΣΕΩΣ
- ΚΑΘΕΤΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ ΣΤΟ ΕΜΒΡΥΟ ΛΟΓΩ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΕΙΝΗΣ ΑΚΙΔΑΣ S

ΣΤΟΝ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑ (ΤΡΟΦΟΒΛΑΣΤΗΣ) – ΦΛΕΓΜΟΝΕΣ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑ, ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ

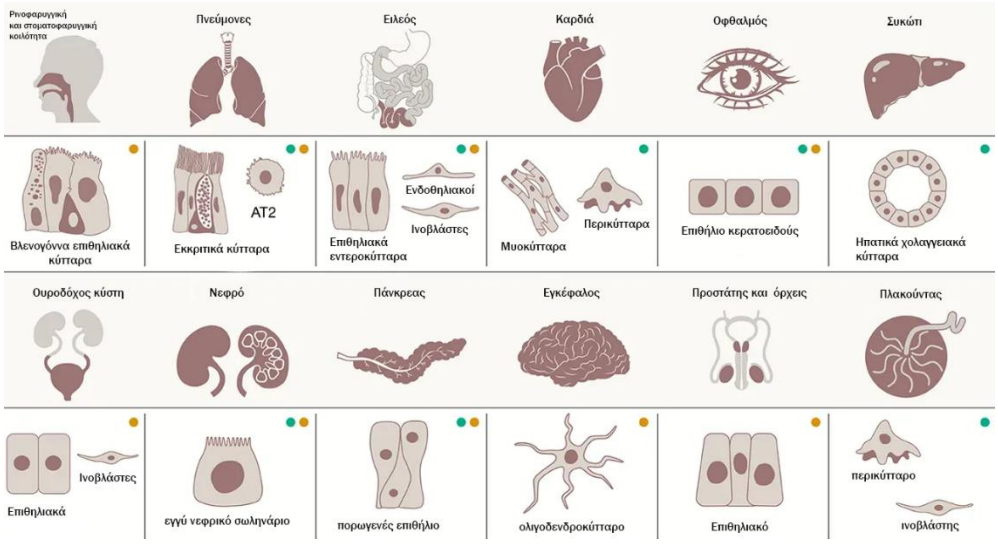
- ΘΡΟΜΒΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ
- ΣΥΣΠΑΣΕΙΣ ΜΗΤΡΑΣ, ΠΡΟΩΡΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ



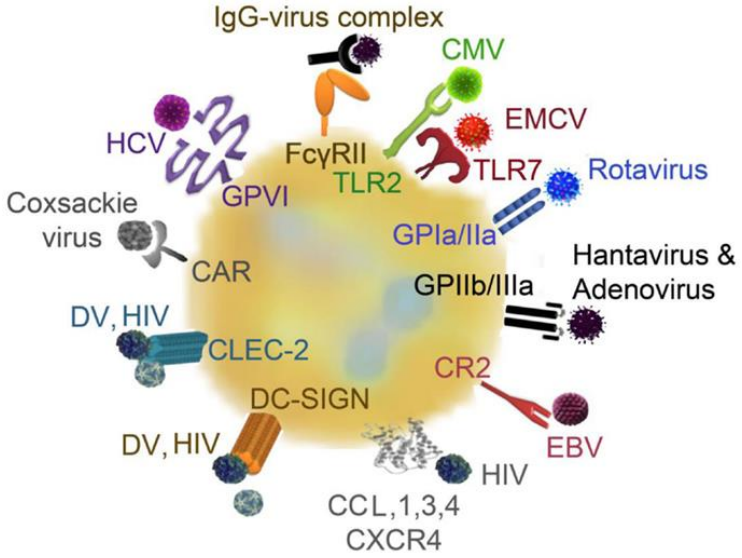
Εικόνα 1. Απεικονίζει όλα τα όργανα που περιέχουν υποδοχείς ACE2. (Επεξεργασμένη στο διαδικτυακό λογισμικό bioRender)

Αρχική πηγή εικόνας[1]

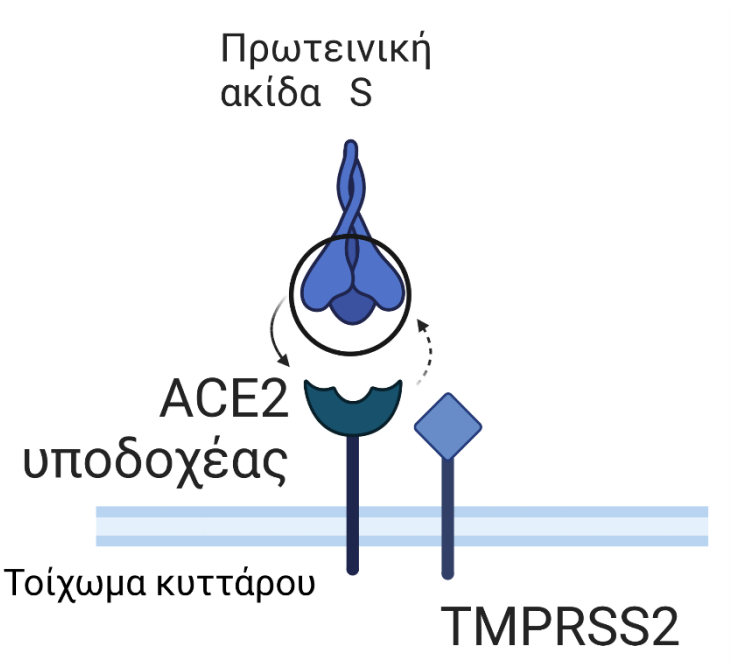


Εικόνα 2. Κύτταρα διαφόρων οργάνων στα οποία απαντώνται υποδοχείς ACE2.

[1] https://www.the-scientist.com/news-opinion/receptors-for-sars-cov-2-present-in-wide-variety-of-human-cells-67496

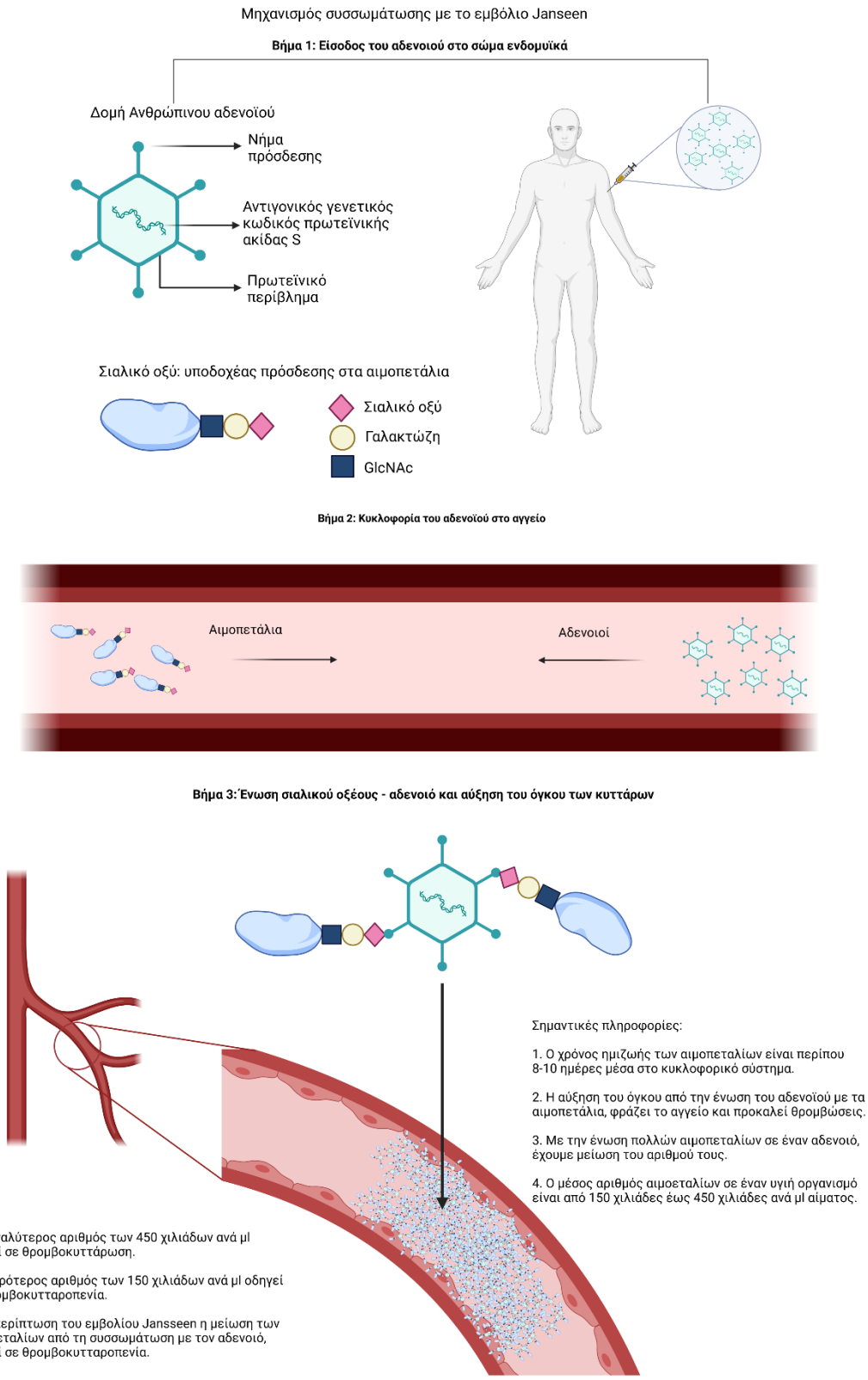


Πηγή εικόνας[2]

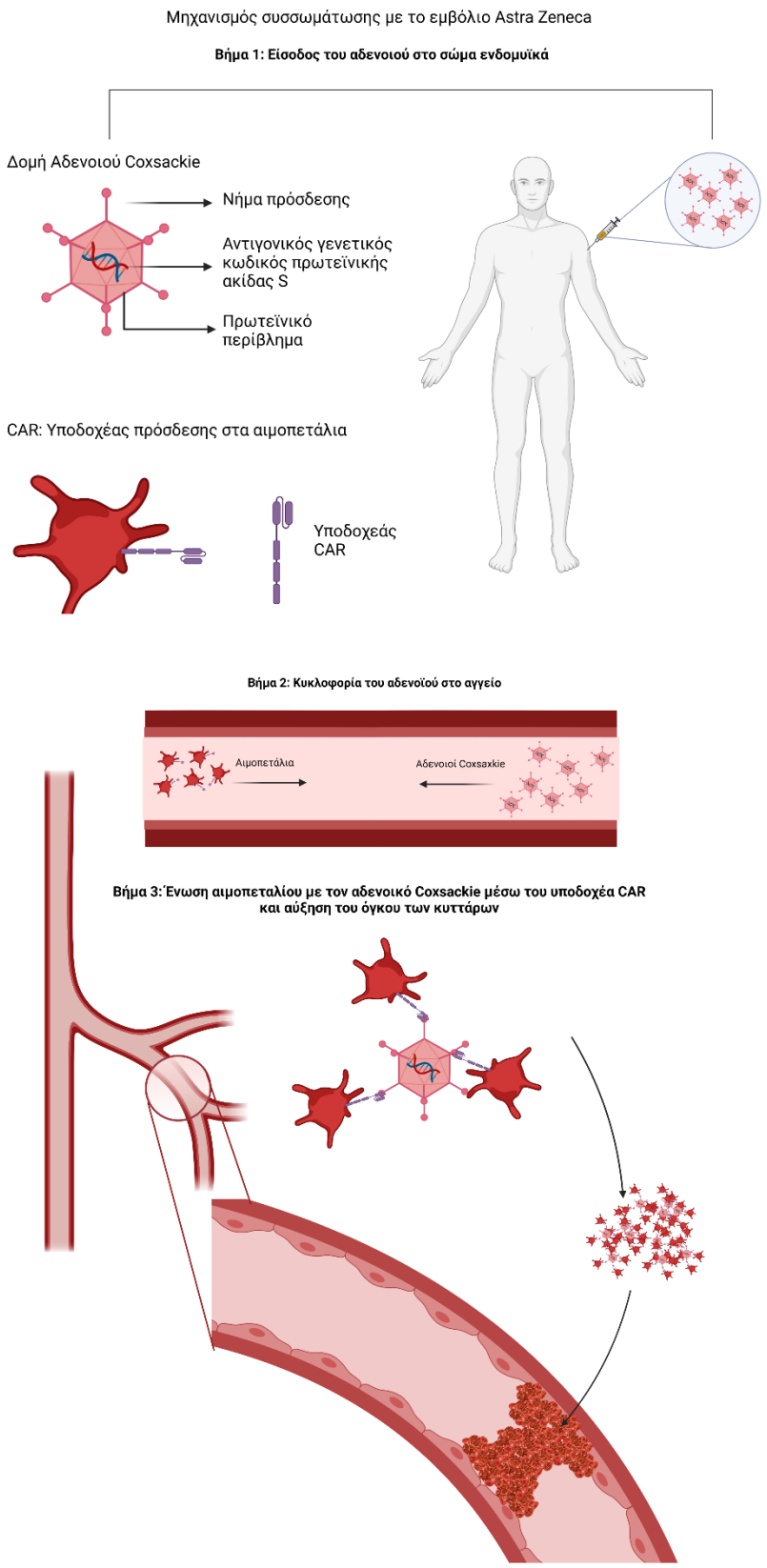


Εικόνα 4: Σχηματική απεικόνιση του τρόπου προσκόλλησης της πρωτεϊνικής ακίδας S του κορονοιού, πάνω στους υποδοχείς ACE2. (Επεξεργασμένη με το διαδικτυακό λογισμικό bioRender).

[2]https://www.researchgate.net/figure/Platelet-receptors-for-viruses-platelets-and-viruses-can-directly-interact-via-a_fig2_270655718



Εικόνα 5: Σχηματική αναπαράσταση πρόκλησης θρομβώσεωνκαι θρομβοκυτταροπενίας από το εμβόλιο της Johnson&Johnson(Επεξεργασμένη με το διαδικτυακό λογισμικό bioRender).



Εικόνα 6: Σχηματική απεικόνιση της δημιουργίας θρόμβων που οδηγεί στον θρομβοκυτταροπενία. Περίπτωση εμβολίου AstraZeneca(Επεξεργασμένη με το διαδικτυακό λογισμικό bioRender).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

*[1]***https://web.archive.org/web/20210528164846/https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/comirnaty-epar-product-information_en.pdf**

*[2]***https://web.archive.org/web/20210713084722/https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/comirnaty-epar-product-information_en.pdf**

*[3]***https://web.archive.org/web/20210722144340/https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/spikevax-previously-covid-19-vaccine-moderna-epar-product-information_en.pdf**
*[4]***https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/spikevax-previously-covid-19-vaccine-moderna-epar-product-information_en.pdf**
[5] **https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/vaxzevria-previously-covid-19-vaccine-astrazeneca-epar-product-information_en.pdf**
*[6]***https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/covid-19-vaccine-janssen-epar-product-information_en.pdf**
[7]**https://www.mdpi.com/1648-9144/57/3/199**
[8] **https://bestpractice.bmj.com/info/toolkit/learn-ebm/how-to-calculate-risk/**
[9] FernandoP. Polack, M.D., StephenJ. Thomas, M.D., NicholasKitchin, M.D., JudithAbsalon, M.D., AlejandraGurtman, M.D., StephenLockhart, D.M., JohnL. Perez, M.D., GonzaloPérezMarc, M.D., EdsonD. Moreira, M.D., CristianoZerbini, M.D., RuthBailey, B.Sc., KenaA. Swanson, Ph.D., SatrajitRoychoudhury, Ph.D., KennethKoury, Ph.D., PingLi, Ph.D., WarrenV. Kalina, Ph.D., DavidCooper, Ph.D., RobertW. Frenck, Jr., M.D., LauraL. Hammitt, M.D., ÖzlemTüreci, M.D., HayleneNell, M.D., AxelSchaefer, M.D.,Serhat Ünal, M.D., DinaB. Tresnan, D.V.M., Ph.D., SusanMather, M.D., PhilipR. Dormitzer, M.D., Ph.D.,Uğur Şahin, M.D., KathrinU. Jansen, Ph.D., andWilliamC. Gruber, M.D., fortheC4591001 ClinicalTrialGroup - SafetyandEfficacyoftheBNT162b2 mRNACovid-19 Vaccine. The New England Journal of medicine December 31 2020, Vol.383 No. 27 p.p. 2603 – 2615 **https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2034577?articleTools=true**
[10] **https://www.francesoir.fr/societe-sante/vaccine-effectiveness-its-all-about-presentation**
[11] Lindsey R. Baden, M.D., Hana M. El Sahly, M.D., Brandon Essink, M.D., Karen Kotloff, M.D., Sharon Frey, M.D., Rick Novak, M.D., David Diemert, M.D., Stephen A. Spector, M.D., Nadine Rouphael, M.D., C. Buddy Creech, M.D., John McGettigan, M.D., Shishir Khetan, M.D., et al., for the COVE Study Group - Efficacy and Safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccine. The New England Journal of medicine February 4 2021, Vol.384 No. 5 p.p. 403 – 416 **https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2035389?articleTools=true**
[12] **https://eody.gov.gr/enimerosi-20210517/**
[13] Floriane Gallais, Pierre Gantner, Timothée Bruel, Aurelie Velay, Delphine Planas, Marie-Josée Wendling, Sophie Bayer, Morgane Solis, Elodie Laugel, Nathalie Reix, Anne Schneider, Ludovic Glady, Baptiste Panaget, Nicolas Collongues, Marialuisa Partisani, Jean-Marc Lessinger, Arnaud Fontanet, David Rey, Yves Hansmann, Laurence Kling-Pillitteri, Olivier Schwartz, Jérome De Sèze, Nicolas Meyer, Maria Gonzalez, Catherine Schmidt-Mutter, Samira Fafi-Kremer - Anti-SARS-CoV-2 Antibodies Persist for up to 13 Months and Reduce Risk of Reinfection. doi: **https://doi.org/10.1101/2021.05.07.21256823https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.05.07.21256823v3**
[14] Seroprevalence of SARS-CoV-2 in Strasbourg University Hospital, Strasbourg, France (COVID-19) (SeroCoV-HUS)**https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04441684**
[15] Tom T. Shimabukuro, M.D., Shin Y. Kim, M.P.H., Tanya R. Myers, Ph.D., Pedro L. Moro, M.D., Titilope Oduyebo, M.D., Lakshmi Panagiotakopoulos, M.D., Paige L. Marquez, M.S.P.H., Christine K. Olson, M.D., Ruiling Liu, Ph.D., Karen T. Chang, Ph.D., Sascha R. Ellington, Ph.D., Veronica K. Burkel, M.P.H., Ashley N. Smoots, M.P.H., Caitlin J. Green, M.P.H., Charles Licata, Ph.D., Bicheng C. Zhang, M.S., Meghna Alimchandani, M.D., Adamma Mba-Jonas, M.D., Stacey W. Martin, M.S., Julianne M. Gee, M.P.H., and Dana M. Meaney-Delman, M.D. for the CDC v-safe COVID-19 Pregnancy Registry Team - Preliminary Findings of mRNA Covid-19 Vaccine Safety in Pregnant Persons. The New England Journal of medicine June 17 2021 Vol. 384 no.24 p.p. 2273-2282. **https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2035389?articleTools=true**
[16] **https://clinicaltrials.gov/ct2/results?cond=covid-19+vaccine+children&Search=Apply&age_v=&gndr=&type=&rslt=**
[17] Mayme Marshall, Ian D. Ferguson, Paul Lewis, Preeti Jaggi, Christina Gagliardo, James Stewart Collins, Robin Shaughnessya, Rachel Carona, Cristina Fuss, Kathleen Jo E. Corbin, Leonard Emuren, Erin Faherty, E. Kevin Hall, Cecilia Di Pentima, Matthew E. Oster, Elijah Paintsil, Saira Siddiqui, Donna M. Timchak, Judith A. Guzman-Cottrill - Symptomatic Acute Myocarditis in Seven Adolescents Following Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccination Pediatrics Jun 2021, e2021052478; DOI: 10.1542/peds.2021-052478 **https://pediatrics.aappublications.org/content/early/2021/06/04/peds.2021-052478**

[18] Alana F Ogata, Chi-An Cheng, Michaël Desjardins, Yasmeen Senussi, Amy C Sherman, Megan Powell, Lewis Novack, Salena Von, Xiaofang Li, Lindsey R Baden, David R Walt. - Circulating Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Vaccine Antigen Detected in the Plasma of mRNA-1273 Vaccine Recipients, Clinical Infectious Diseases, 2021;, ciab465, **https://doi.org/10.1093/cid/ciab465**. **https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciab465/6279075**
[19] Fatima Amanat, Mahima Thapa, Tinting Lei, Shaza M. Sayed Ahmed, Daniel C. Adelsberg, Juan Manuel Carreño, Shirin Strohmeier, Aaron J. Schmitz, Sarah Zafar, Julian Q. Zhou, Willemijn Rijnink, Hala Alshammary, Nicholas Borcherding, Ana Gonzalez Reiche, Komal Srivastava, Emilia Mia Sordillo, Harm van Bakel, The Personalized Virology Initiative, Jackson S. Turner, Goran Bajic, Viviana Simon, Ali H. Ellebedy, Florian Krammer - SARS-CoV-2 mRNA vaccination induces functionally

diverse antibodies to NTD, RBD, and S2. Cell July 22 2021 Volume 184 Issue 15 p.p. 3936-3948 E10 **https://www.cell.com/cell/fulltext/S0092-8674(21)00706-6?_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0092867421007066%3Fshowall%3Dtrue**
[20] Stine SF Nielsen, Line K Vibholm, Ida Monrad, Rikke Olesen, Giacomo S Frattari, Marie H Pahus, Jesper F Højen, Jesper D Gunst, Christian Erikstrup, Andreas Holleufer, Rune Hartmann, Lars Østergaard, Ole S Søgaard, Mariane H Schleimann, Martin Tolstrup. - SARS-CoV-2 elicits robust adaptive immune responses regardless of disease severity. EBioMedicineJune 01 2021, Vol. 68, 103410

ΔΙΑ ΤΑΥΤΑ

Και με την επιφύλαξη παντός νομίμου δικαιώματός μας

ΣΑΣ ΑΝΑΦΕΡΟΥΜΕ τα ανωτέρω <u>αδιαμφισβήτητα</u> επιστημονικά δεδομένα, στοιχεία και συμπεράσματα, τα οποία <u>αποδεικνύουν</u>, *αφενός* την αναποτελεσματικότητα σε μεγάλο βαθμό των εμβολίων έναντι της Covid-19, *αφετέρου* την επικινδυνότητά τους, για την υγεία και τη ζωή των πολιτών.

ΚΑΤΑΓΓΕΛΟΥΜΕ την <u>παρά ταύτα</u>έναρξη και συνέχιση μέχρι και σήμερα του εμβολιαστικού προγράμματος, <u>χωρίς</u> την ενημέρωση των πολιτών για τους κατά τα άνω κινδύνους για την υγεία και τη ζωή τους.

ΚΑΤΑΓΓΕΛΛΟΥΜΕ την <u>όχι απλά και μόνο συνέχιση</u> κατά τα άνω του εμβολιαστικού προγράμματος, αλλά επιπλέον, *αφενός* τις <u>εκβιαστικές πρακτικές</u> που ασκούνται στους πάσης φύσεως εργασιακούς χώρους, και από τα ίδια τα κυβερνητικά στελέχη, καθώς και τον διαχωρισμό των πολιτών σε δύο κατηγορίες, πατρικίων εμβολιασμένων και πληβείων ανεμβολίαστων, *αφετέρου* την υποχρεωτικότητα του εμβολιασμού, η οποία νομοθετήθηκε ήδη από την 25.2.2020, πριν καν την κήρυξη της πανδημίας από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, και ήδη αποφασίστηκε η εφαρμογής της, κατ' αρχήν στο υγειονομικό προσωπικό της χώρας, στο οποίο ανήκουμε και εμείς.

ΑΙΤΟΥΜΕΘΑ την <u>άμεση διακοπή του εμβολιαστικού προγράμματος</u>, άλλως τη συνέχισή του σε <u>αποκλειστικά εθελοντικό επίπεδο</u>, με την <u>πλήρη ενημέρωση</u> των πολιτών για τους <u>κινδύνους</u> που κατά τα άνω διατρέχει η υγεία και η ζωή τους από τα <u>συγκεκριμένα εμβόλια</u>.

ΑΛΛΩΣ ,

ΣΑΣ ΚΑΛΟΥΜΕ <u>να απαντήσετε στην παρούσαΕΝΤΟΣ ΔΙΟΡΙΑΣ ΔΥΟ ΕΡΓΑΣΙΜΩΝ ΗΜΕΡΩΝ</u>, αντικρούοντας το περιεχόμενό της, η αντίκρουση δε αυτή <u>να είναι επιστημονικά τεκμηριωμένη με αντίστοιχα επιστημονικά δεδομένα και στοιχεία, μελέτες και συμπεράσματα</u>.

ΣΑΣ ΔΗΛΩΝΟΥΜΕ ότι η άπρακτη παρέλευση της ανωτέρω διορίας, θα συνιστά <u>σιωπηρή αποδοχή του περιεχομένου της παρούσης</u>, και <u>ομολογία</u> ότι το σύνολο των συμπερασμάτων αυτής <u>απολύτως ορθά</u>.

Πείστε μας ότι δεν ισχύουν αυτά που αναφέρουμε και καταγγέλλουμε, και εντάξτε και …εμάς στην εμβολιαστική εκστρατεία.

Αλλιώς, διακόψτε τη…

Με τη ρητή επιφύλαξη παντός νομίμου δικαιώματός μου, αρμόδιος Δικαστικός Επιμελητής παραγγέλλεται να επιδώσει την παρούσα στον Κυριάκο Μητσοτάκη, Πρωθυπουργό, κάτοικο Αθηνών, οδός Ηρώδου Αττικού αρ. 19 – Μέγαρο Μαξίμου, και για τις νόμιμες συνέπειες, αντιγράφοντας ολόκληρη την παρούσα στην έκθεση επίδοσής της.

***Αντίστοιχες παραγγελίες υπάρχουν στα εξώδικα που επιδόθηκαν στους άλλους τέσσερις.**

Αθήνα, 5 Αυγούστου 2021

Ο Πληρεξούσιος Δικηγόρος

Νικόλαος Ι. Αντωνιάδης

Δικηγόρος Αθηνών