

ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟΥ COVID-19

"ΝΟΜΙΚΟ ΠΑΡΑΔΟΞΟ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ Η΄ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΑΚΡΟΒΑΣΙΑ;"

Προοίμιο

"Κτήμα ες αεί", Θουκιδίδου Ιστορίαι

Με την επιβολή υποχρεωτικότητας στον υγειονομικό τομέα τίθεται κεφαλαιώδης θέμα τόσο αυτεξούσιου και ελευθερίας του ατόμου, όσο και ζήτημα ανθρώπινης αξιοπρέπειας και σεβασμού του ατόμου ως πολίτη και φυσικό πρόσωπο. Πολύ περισσότερο όταν αφορά εργαζόμενο του χώρου υγείας. Ωστόσο, υπάρχουν και ζητήματα που άπτονται της επιστήμης, στα οποία επίσης συμπεραίνεται η διάτρητη κατά το πνεύμα της ιατρικής δεοντολογίας τεχνική τεκμηρίωση.

Στο παρόν κείμενο δίδεται φως στο ζήτημα της υποχρεωτικότητας των συγκεκριμένων εμβολιασμών με κατάθεση των επιστημονικών δεδομένων στο χώρο εργασίας, την πορεία της πανδημίας, τον καθομολογούμενο προβληματισμό για τις πρωτοφανείς στα ιατρικά δεδομένα επιπλοκές των εμβολίων, τη μετέωρη αναγκαιότητα μαζικών εμβολιασμών ειδικά σε νεώτερες ηλικίες και παιδιά, την προχειρότητα έγκρισης των σκευασμάτων, την ύπαρξη και άλλων θεραπευτικών παραγόντων, όπως επίσης και την κατάσταση ανοσίας του πληθυσμού.

Ο νομικός, πολιτικός και δικαστικός κόσμος έχουν χρέος να προβληματιστούν για την αλήθεια και να ισοζυγίσουν το κόστος όφελος με βάση τις παραδοσιακές αξίες της ελληνικής πολιτείας που παλαιόθεν είχαν ως βάση τους τον άνθρωπο-πρόσωπο πρωταγωνιστή της ζωής του και αυτόβουλο, ως κινητήριο μοχλό της προκοπής της κοινωνίας μακριά από τάσεις ολοκληρωτισμού και διχασμού.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Από τον καιρό της πανδημίας πριν την εισαγωγή των εμβολίων ήταν γνωστό ότι τα μέτρα ατομικής προστασίας ήταν καίρια για τη μετάδοση σε χώρους ιατρικών υπηρεσιών (1).

Ανταπόκριση από το περιοδικό Lancet καθιέρωνε τη δοκιμασία Real-time PCR ως ακρογωνιαίο λίθο. Μεγάλη μελέτη από το H.B. θέτει για 2 μήνες την πτώση της αποτελεσματικότητας από 25-30% ως επισήμανση συνέχειας των μέτρων ατομικής προστασίας (3). Η μετάδοσή είναι ίδια σε εμβολιασμένους και μη σε μελέτη πανεπιστημίων των Η.Π.Α (4). Καθώς προχώρησε η πανδημία με την επικράτηση του στελέχους Δέλτα διαφαίνεται σε εργασιακούς χώρους η πτώση κατά 66% στην αποφυγή της μετάδοσης (5) στο εξάμηνο.

Βέβαια τονίζεται ο παράγοντας της ενδοκοινοτικής μετάδοσης, ο οποίος όμως δεν αφορά το εργασιακό περιβάλλον. Μελέτη από το Βιετνάμ μάλιστα τονίζει την μη κατωτερότητα μη εμβολιασμένων σχετικά με την μετάδοση σε εργασιακούς χώρους.(6) Μελέτες στο NEJM τονίζουν σαφώς την αξία των εμβολιασμών, αλλά για λίγο διάστημα, καθώς μετά από 2 μήνες κάθε φορά βαίνει μεγαλύτερο το ποσοστό νοσήσεων (7,8). Μελέτη καταχορυμένη στο CDC ονοματίζει και τον εμβολιασμό ως όπλο, αλλά δεδομένου του νεαρού της ηλικίας του υγειονομικού δεν θεωρεί ότι είναι μονοσήμαντη αλλά πολυσήμαντη (multicomponent) η σωστή στρατηγική προστασίας των υγειονομικών χώρων (9). Δεν υπάρχει στρατηγική που να μην συμπεριλαμβάνει τα μέτρα ατομικής προστασίας ως βάση και να επιβάλλει την υποχρεωτικότητα ως πανάκεια εξάλειψης μετάδοσης.

ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΠΡΟΦΙΛ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ- ΣΤΕΛΕΧΟΣ ΔΕΛΤΑ

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι τα εμβόλια κατά του κορωνοϊού στις μελέτες δείχνουν αποτελεσματικότητα έναντι της βαρειάς νόσησης σε ποσοστό 88%, επικαιροποιημένο με τη βασική μελέτη αδειοδότησης (10). Μελέτες από τις Η.Π.Α. δείχνουν αποτελεσματικότητα 86%, ενώ με την πάροδο του χρόνου αυξάνεται το ποσοστό νοσηλευόμενων εμβολιασμένων κατά 50% (από 10 σε 25%), ενώ η μετάδοση στη μετάλλαξη δέλτα μεταξύ εμβολιασμένων έχει μείωση αποτελεσματικότητας κατά 20-25% (11,12). Μελέτη που τονίζει την χαμηλή παραγωγή εξουδερωτικών αντισωμάτων (13) (Εικ.1) και τα επίσημα νέα από το Ισραήλ με μείωση της αποτελεσματικότητας στη μετάδοση ακόμα και στο 16% προβληματίζουν. Η τεράστια αύξηση κρουσμάτων σε σχέση με το ποσοστό εμβολιασμού προβληματίζει σε σχέση με το ερώτημα τιθάσευσης της πανδημίας και με ποιον τρόπο.

Μελέτη πρωταρχική από το Ισραήλ (14) τονίζει την ηλικοεξαρτώμενη κατανομή των νοσηλειών (Εικ 2) που πρέπει να τίθεται κάθε φορά, όπως και το CDC φέρει στις 30.07 ενισχυμένα μέτρα, καθώς το στέλεχος Δέλτα εμφανίζει ίσως και αύξηση μεταξύ των εμβολιασμένων ιδίως στις κρίσιμες ηλικιακές ομάδες πάνω από 65 ετών.(15,16). Επιπλέον, υπάρχουν στοιχεία που συνηγορούν ότι το στέλεχος Δέλτα είναι ηπιότερο, αλλά θα χρειαστεί λίγος χρόνος ακόμα για να επιβεβαιωθεί. Σε κάθε περίπτωση η διοίκηση και τα νομοθετικά όργανα, όπως και η δικαιοσύνη θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψιν ότι τουλάχιστον στο έγκυρο και εκλογικευμένο σύστημα υγείας του ΗΒ με μεγάλο ποσοστό εμβολιασμών- τουλάχιστον στις ευαίσθητες ομάδες ο δείκτης θετικότητας είναι ίσες μεταξύ εμβολιασμένων και μη. Το στοιχείο αυτό εκθέτει το διαχωρισμό των πολιτών με βάση τον εμβολιασμό τους και εκθέτει το κύρος της ευνομούμενης πολιτείας, υπονοώντας διαφορές με βάση τη βιολογία ανύπαρκτες. Οι δείκτες θνητότητας (Εικ 3) αν και σαφώς ελαττωμένοι, κάτι που διαφαίνεται από την επιδημιολογική κατάσταση και στην Ελλάδα με πολύ λιγότερους νεκρούς για τα ίδια εβδομαδιαία ή μηνιαία κρούσματα, δίνουν ένα μήνυμα εξέλιξης προς το καλύτερο της πανδημίας, γεγονός που επιβάλλει επιβεβαίωση στο επόμενο διάστημα (Εικ 4). Η ομολογουμένη διαπίστωση ότι η επίπτωση της νόσου με βάση τα κρούσματα συμβαδίζει γραμμικά με τα ποσοστά εμβολιασμού του πληθυσμού προκαλεί προβληματισμό ακόμα και στους ιθύνοντες του CDC, οι οποίοι δέχονται ότι τα εμβόλια δεν μπορούν να τιθασέυσουν τη νόσο και εύχονται να μην προκαλούν μεγάλη κυτταρική ζημιά. (CDC Jule 2021) (Εικ 5).

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΜΒΟΛΙΩΝ

Οι οργανισμοί αναφοράς ανεπιθύμητων αντιδράσεων ομονοούν ότι οι αριθμοί είναι 20-30πλάσιοι μεγαλύτεροι σε σχέση με τα άλλα εμβόλια την τελευταία 30ετία (VAERS, EudraVigilance) και βαίνουν ανοδικώς με το πέρασ του χρόνου, φθάνοντας στο εξάμηνο στα 20000 πανευρωπαϊκά. Σε μελέτη από τη Γερμανία οι θάνατοι από εμβόλιο υπολογίζονται σε εξάμηνο 800 περίπου, με 300 να συμβαίνουν μόνο το μήνα Μάιο των μαζικών εμβολιασμών. Αυτό αντιπροσωπεύει 0.1/εβδομάδα/100000 συμβάματα με βάση το μέσο όρο εξαμήνου (17). Στην ίδια μελέτη η θνητότητα θετικών εμβολιασμένων είναι μεγαλύτερη των μη, συνάδον στοιχείο της επιβάρυνσης ηλικιωμένων εμβολιασμένων. Η επίπτωση της νόσου είναι κατά 1/3 στους εμβολιασμένους λιγότερη, αλλά υπαρκτή που σημαίνει ότι η αποτελεσματικότητα πέφτει στο εξάμηνο 50-66%. Τα θύματα των εμβολίων είναι περίπου αυτά των τροχαίων στη Γερμανία. Να τονίσουμε ότι τα στοιχεία δεν επιδέχονται καμία αμφισβήτηση καθώς προέρχονται από τα πανίσχυρα ινστιτούτα δημόσιας υγείας και επιδημιολογίας Paul Ehrlich και Robert Koch, όπως και από το υπουργείο υγείας της Γερμανίας. Στο HB ιδιωτική εταιρεία πρότεινε την συγκράτηση των εμβολίων μετά από συστηματικές και άκρως ειδικές επιπλοκές που μοιάζουν με τις επιπλοκές του κορωνοϊού. Τα εμβόλια μιμούνται τις δράσεις του ιού.(18)

Και ενώ υπάρχουν αναφορές για πολύ βαρείες επιπλοκές, 10πλάσιες των θανάτων, η διεθνής ιατρική κοινότητα αναφέρεται στη μείωση νοσηλειών και θανάτων με βάση τις μελέτες αδειοδότησης, χωρίς να υπάρχουν μελέτες με βάση το τελικό σημείο των βαρειών νοσηλειών και των θανάτων (19). Στο HB σημειώθηκαν 390 βαρείες θρομβώσεις με την υποσημείωση ότι είναι λιγότερες από τις επιπλοκές του ιού.(20) Αυτό σημαίνει ότι όλα συνυπολογίζονται.

Αν λοιπόν όλα συνυπολογίζονται τότε σαφώς γίνεται κατανοητό γιατί απορρίφθηκε μελέτη υπολογισμού των επιπλοκών από μία πολωνο-ολλανδική ομάδα που υπολόγισε απόλυτη μείωση κινδύνου και όχι σχετική, αφού μιλάμε για ασφάλεια. Έτσι ο ισχυρισμός ότι για κάθε 2-11 περιστατικά που γλιτώνουμε από τον ιό, θυσιάζουμε 2. Οι ερευνητές προς τιμήν τους υπολόγισαν τη ζωή σε χρόνια προσδόκιμα επιβίωσης. Οι λόγοι απόρριψης στην ιατρική είναι σεβαστοί από περιοδικά, μόνο που κατόπιν επιβεβαιώθηκαν οι απορριφθέντες. Σε μεγάλα ειδησεογραφικά πρακτορεία της Ελλάδας μεταδόθηκε η είδηση από της Αμερική ότι αν μειώνονταν οι εμβολιασμοί στο μισό, γεγονός ουτοπικό, αναλογίζοντας τον γηράσκοντα πληθυσμό των ΗΠΑ, επιβίωσαν 12000 ασθενείς παραπάνω. Αν λάβει κανείς υπόψιν ότι ήδη μετρούμε 20000 θύματα των εμβολίων στις ΗΠΑ, σαφώς και οι απορρίφθείσα ομάδα δικαιώνεται.

Στην κρίση των αρχών είναι το γεγονός της υποχρεωτικότητας σε υγειονομικούς σε μία θεραπεία που προκαλεί 1/10 θύματα με βραχυπρόθεσμα, αδρά όρια σε σχέση με αυτούς που επιβιώνουν. Τεκμαίρεται η αναγκαιότητα να τεθεί υπό αυστηρότατη αίρεση το θέμα του μαζικού εμβολιασμού.

ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΜΑΖΙΚΟΥ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ

Οι πολιτικές μαζικού εμβολιασμού σε ένα δυναμικό φαινόμενο όπως η παρούσα πανδημία θέτει περιορισμούς που τέθηκαν αμέσως από την ιατρική κοινότητα. Η ανάγκη

για ορθολογικό τρόπο διαχείρισης επιβάλλει επαγρύπνηση ως προς τις επιπλοκές, το σαφή υπολογισμό της επίπτωσης τους και της ηλικιακής κατανομής.(23)

Μελέτη στη Γερμανία επί των νοσηλευόμενων σε εντατική υπογραμμίζει την οριοθέτηση των στρατηγικών εισαγωγής και χαρακτηρισμού ως COVID-19-ΜΕΘ νοσηλευόμενου ασθενούς (24). Η παρουσίαση μελετών βραχύχρονων που εκμαιεύουν απλά επιδημιολογικά στοιχεία συμπτωματολογίας δε ωφελούν, όπως αυτές των εγκύων γυναικών.(25)

Είναι σαφές ότι η αλληλογραφία στο πανίσχυρο περιοδικό Lancet, στην οποία αναγνωρίζεται η πιθανότητα συνδρόμου από τα αντισώματα που παράγονται και διασταυρώνονται (ADE syndrome) δεν συνάδει με τη δογματική θέση του αδιάκριτου μαζικού εμβολιασμού.(26) (Εικ. 5) Τα εμβόλια πρέπει να σέβονται την εξελικτική διαδικασία μιας πανδημίας με συνεπικουρική στόχευση φαρμάκων που δίνονται την κατάλληλη στιγμή. Συνεπώς, η στρατηγική πρέπει να είναι εξελικτικά ορθολογική (evolutionary rational) (27).

FDA ΑΔΕΙΟΔΟΤΗΣΗ

Η αδειοδότηση αστραπή του FDA δόθηκε με πολιτικά κριτήρια αναγκαιότητας συνθηκών και ελλείψει άλλης αποτελεσματικής αγωγής. Αν και πολλά μπορούν να ειπωθούν ως προς την πληρότητα φακέλου, που ξεκινάει από την φαρμακοκινητική, την έλλειψη μελετών καρκινογένεσης και αυτοάνοσης τάσης, γεγονός είναι ότι η κύρια μεέλη δεν έχει τελικό σημείο την επιβίωση. Αντίθετα, τα θετικά σημεία των εμβολιασμών είναι καθομολογούμενα στις μεγάλες ηλικίες με κάποια ερωτηματικά ως προς το απόλυτο όφελος.

Σε κάθε περίπτωση η υπερατλαντική αδειοδότηση και μάλιστα μέχρι την ηλικία των 16, δεν προκρίνει μαζικό εμβολιασμό σε υποχρεωτική μορφή.

Υπάρχουν τόσο επιδημιολογικά, όσο και παθοφυσιολογικά και παθολογοανατομικά δεδομένα που καθιστούν τους αδιάκριτους εμβολιασμούς σε πανδημία κοινού ιού ένα ριψοκίνδυνο εγχείρημα.

Η EMA δεν έχει αδειοδοτήσει ακόμα πλήρως κανένα εμβόλιο, τα υπάρχοντα έχουν απωλέσει την δύναμή τους να προλαμβάνουν την νόσο, ενώ υπάρχει ήπια πτώση στην αποτελεσματικότητα ως προς τη βαρεία νόσηση. Στο πλαίσιο της αναγκαιότητας για επικαιροποίηση εμβολίων η συζήτηση υποχρεωτικότητας δίνει λάθος κατεύθυνση στρατηγικής.

ΦΥΣΙΚΗ ΝΟΣΗΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ vs ΕΠΙΚΤΗΤΗ ΑΝΟΣΙΑ

Ο πληθυσμός που νόσησε εγκαταλείπει φυσική ανοσία που είναι σαφώς ανώτερη της επίκτητης ανεξαρτήτως της βαρύτητας της νόσου, πανθομολογουμένως με όλα τα στελέχη της πανδημίας (29), ιδιαίτερα σε ότι αφορά τα σημεία εισόδου του λοιμώδους παράγοντα με παραγωγή και της κεφαλαιώδους σημασίας IgA αντισωμάτων (30). Το πανίσχυρο κέντρο έρευνας Helmholtz διατείνεται για την σαφή ανωτερότητα της φυσικής ανοσίας (31) με πρόθεση την παραγωγή αντισωματικών παραγόντων που θα χορηγούνται εγκαίρως σε ευαίσθητους ασθενείς (32). Τίθεται στην κρίση της ακαδημαϊκής ιατρικής κοινότητας μελέτες που διατυμπανίζουν την κινητοποίηση της κυτταρικής ανοσίας με διαφορετικά εμβόλια. Αυτά τα δεδομένα θα φάνταζαν απίθανα πριν την έναρξη της πανδημίας.(33). Συνεπώς, ο πληθυσμός των φυσικώς νοσούντων αποδεικνύει όπως το ανθρώπινο γένος έχει την δυναμική να αντιμετωπίσει επιδημική έξαρση κορωνοϊού, έστω υπό αυτήν τη δύσκολη συνθήκη υψηλής επίπτωσης νόσου. Αξίζει τον κόπο να καταγράφονται συστηματικώς και να υπάρχει διαρκής έρευνα ποιο ήταν εκείνο το στοιχείο που επιβίωσαν. Η επίπτωση πολλές φορές εξαρτάται από εξωγενείς παράγοντες. Ευχής έργο είναι η συστηματική καταγραφή και έρευνα των πραγματικών δεδομένων με συνέπεια και διαφάνεια, ώστε να μειώνονται τα συμβάματα ορθολογικώς, διαψεύδοντας απλά μαθηματικά μοντέλα πρόβλεψης.(33)

ΕΠΙΚΡΙΣΗ

Ψύχραιμη και μετρημένη ανάλυση των δεδομένων στοιχειοθετεί:

- την απουσία δεσμευτικής αναγκαιότητας εμβολιασμών στο υγειονομικό προσωπικό, καθώς αντίκειται σε αρχές αξιοπρέπειας του βασικού συντελεστή καταπολέμησης της πανδημίας.
- Τα δεδομένα δείχνουν την αποτελεσματική προφύλαξη μετάδοσης με τα μέτρα ατομικής προστασίας.
- Ο εμβολιασμένος υγειονομικός εξίσου μπορεί να μεταδώσει.
- Ο υπάρχων τρόπος testing είναι αποτελεσματικός.
- Το υγειονομικό προσωπικό είναι νεαρώτερης ηλικίας και ως εκ τούτου υπεισέρχεται το ερώτημα της αναγκαιότητας εμβολιασμού.

- Ο εμβολιασμένος και νοσεί και μεταδίδει και νοσεί βαρεια και πεθαίνει.
- Τα εμβόλια παρουσιάζουν με ισχυρότατη τεκμηρίωση από διασταυρούμενα κέντρα του δυτικού κόσμου σοβαρές συστηματικές και πρωτοφανείς παρενέργειες.
- Η σχέση όφελους / κόστους είναι 1/10
- Τα εμβόλια είναι αποτελεσματικά βαίνοντας πιο ελλειμματικά με το πέρας εξαμήνου
- Χρήζουν επαναξιολόγησης κατεπειγόντως σε ευρωπαϊκή βάση, ιδιαίτερα της μορφής που είχαντον Δεκέμβριο του 2020
- Ο μαζικός εμβολιασμός δεν έχει παθοφυσιολογική, επιδημιολογική και θεραπευτική βάση.
- Ο μαζικός εμβολιασμός αλλοιώνει την ιατρική προσέγγιση της στρατηγικής στην πανδημία.
- Ο μαζικός εμβολιασμός θέτει τη διοίκηση, την νομοθετική κοινότητα το ερώτημα της ωφέλειας.
- Η πανδημία είναι σε χρονικό σημείο επαναξιολόγησης με πολύ πιθανή την μάλλον καλύτερη έκβαση των πεπραγμένων.
- Η επόμενη μέρα μετά την σημερινή προϋποθέτει αδήριτα την ανάγκη ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣ ΣΗΜΑΙΝΕΙ ΑΥΤΟ ΕΜΒΟΛΙΑ ΛΙΓΟΤΕΡΟ
- Τα παιδιά και οι έγκυες είναι ομάδες που δεν στοιχειοθετούν ένδειξη εμβολιασμών κατά COVID-19 για διαφορετικούς αλλά και κοινό λόγο μη ένδειξης ικανοποιητικής σύστασης.

- Η συνείδηση του ΕΛΛΗΝΑ ΠΟΛΙΤΗ (ΤΟΥΤΕΣΤΙΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΑΡΧΗΣ) ΕΙΝΑΙ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ ΔΙΑΚΟΝΙΑΣ ΚΑΘΕ ΓΙΑΤΡΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ και αντίστροφα.

- Ο ΕΛΛΗΝΑΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΣ ΕΧΕΙ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΝΑ ΑΡΝΗΘΕΙ ΕΝΑ ΕΜΒΟΛΙΟ ΠΟΥ ΔΕΝ ΤΟΥ ΕΞΑΣΦΑΛΙΖΕΙ ΚΑΝΕΙΣ ΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΓΙΑ ΝΟΣΗΣΗ, ΤΟΝ ΛΟΓΟ ΠΟΥ ΕΠΙΚΑΛΟΥΝΤΑΙ ΟΤΙ ΥΠΟΧΡΕΟΥΤΑΙ ΝΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΕΙ.

ΟΙ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΠΡΩΤΟΦΑΝΕΙΣ ΣΕ ΕΝΤΑΣΗ ΚΑΙ ΜΟΡΦΗ ΚΑΙ ΔΕΝ ΕΠΙΤΡΕΠΟΥΝ ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΑΦΟΡΙΣΜΟ ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΚΑΝΕΙΣ ΝΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΕΙ ΓΙΑ ΝΑ ΠΑΡΑΜΕΙΝΕΙ ΠΟΛΙΤΗΣ ΜΕ ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΓΙΑ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΠΡΕΠΕΙΑ .

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

1. G. Celebi et al. Specific risk factors for SARSCoV-2 transmission among health care workers in a university hospital.

American Journal of Infection control 48 (2020) 1225-1230.

2. C. Leeds. COVID 19: Health care workers, risks, protection and transmission.

The Lancet Regional Health. Dec 25, 2020.

3. Hall V.J. et al. COVID-19 vaccine coverage in healthy care workers in England and effectiveness of BNT162b2 mRNA vaccines against infection.

(SIREN Study) a prospective, multicentre cohort study.

The Lancet, Vol 397, May 8 2021.

4. Riemersma K et al. Vaccinated and unvaccinated individuals have similar viral load in communities with a high prevalence of the SARS-CoV2 delta variant.

Wisconsin, MedRxiv- non peer reviewed, MedRxiv doi.org/10.1101/2021.

5. Keehnery et al. BNT162b2 mRNA COVID-19 among health care workers

NEJM, Correspondence, 384; 18, May 6, 2021.

6. V.C. Chau N et al. Transmission of SARSCoV-2 Delta Variant among vaccinated health care workers, Vietnam

The Lancet preprints (not peer reviewed) preliminary data, Aug 10, 2021.

7. Keehnery et al. BNT162b2 mRNA COVID-19 among health care workers

- NEJM, Correspondence, 384; 18, May 6, 2021.
8. Lange B. et al. Breakthrough Infection in BNT162b2 vaccinated health care workers.
NEJM, Correspondence, Aug 27, 2021.
9. Nanduri S. et al., Effectiveness of Pfizer BioNTech and Moderna vaccines in preventing SARS-CoV-2 Infection among Nursing Home Residents before and During widespread circulation of the SARS CoV2 Delta variant. Nutrition Healthcare Safety Network, March -1 August 2021.
CDC, morbidity and mortality weekly report
10. JL Bernal et al. Effectiveness of COVID-19 vaccines against the Delta variant.
NEJM, 2021; 385: 585-594.
11. CDC, Early Release/ Vol./ 70. Morbidity and Mortality Weekly Report, August 24, 2021.
12. Rossmann H. et al. COVID- 19 dynamics after a national immunization program in Israel.
Nature Medicine, Vol. 27, June 2021, 1055-1061.
13. Farinholt T. et al. Transmission event of SARS-CoV- 2 Delta variant reveals multiple vaccination breakthrough infection.
Houston, Boycell College of Medicine, USA, MedRxiv
doi.org/10.1011.2021.06.28.21258780 (not peer reviewed)
14. Rossmann H. et al. COVID- 19 dynamics after a national immunization program in Israel.
Nature Medicine, Vol. 27, June 2021, 1055-1061.
15. CDC, Early Release/ Vol./ 70. Morbidity and Mortality Weekly Report, July 30, 2021.
16. SARS-CoV-2 variant of concern and variant under investigation in England, Technical Briefing 19
Public Health England, July 23, 2021.
17. Moerl F. and M. Guenther
Corona Ausschuss.de, Deutsche Feldstudie, June 2021.
18. Evidence based Medicine Consultancy, Ltd, June, 2021.
19. Absalon J. et al. Six month safety and efficacy of BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine. On behalf of Pfizer Inc.
NY, USA, MedRxiv doi.org.110.1101/2021.07.28.21261159 (not peer reviewed)

20. Mauriello A. et al. Thromboembolism after COVID-19 vaccination in patients with preexisting thrombocytopenia.

Cell Death and Disease 2020, 12; 762.

21. Wallach H. et al. The Safety of COVID-19 vaccines. We should rethink the policy.

Vaccines 2021, 9, 693.

22. Vaccines Editorial Office. Retraction.

"Wallach H. et al. The Safety of COVID-19 vaccines. We should rethink the policy. Vaccines 2021, 9, 693."

Vaccines 2021,9, 693,9,729.

23. Lee G., The Input of Context in Covid-19 Vaccine Safety

Editorial NEJM , August 25, 2021.

24. Karagiannidis C. et al., Major differences in ICU admission during the first and the second COVID-19 wave in Germany

The Lancet, Vol. 9 May, 2021.

25. Kachiklis A. et al., Short-term reaction among pregnant and lactating individuals in the first wave of the Covid-19 vaccine rollout.

JAMA Network OPEN 2021 (4), 8.

26. N.Yahi et al., Letter to Editor

Journal of Infection, August 16, 2021: 16:58

27. Boots M. The need for evolutionary rational disease interventions. Vaccination can select for higher virulence

Plos Biol. 13 (8).

28. Pfizer Inc. Pharmacokinetics- Organ distribution, SARS CoV-2 Vaccine

29. Lyski Z. et al. SARS-CoV-2 memory B-cells recognize variants

Oregon Health and Science University, (not peer reviewed)

30. Gazit S et al. Comparing SARS-CoV-2 natural immunity to vaccine-induced immunity: Reinfection versus breakthrough infection

Maccabi Healthcare Services, Israel, doi/10.1102/2021.08.24.212622415 (not peer reviewed)

31. Heinrich C. How well are we protected six months after infection or vaccination?

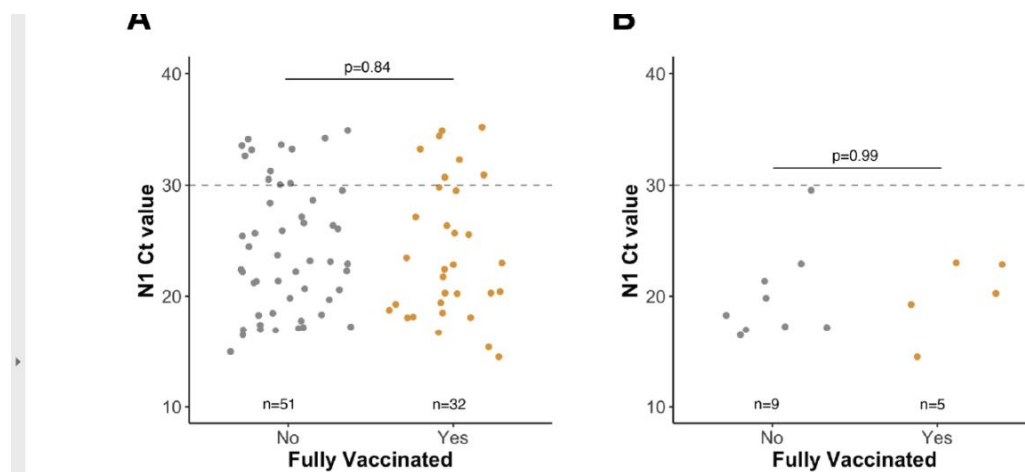
Helmholtz Association, 04 2021.

32. B. Wagner, What medication and therapies help with Covid-19

Helmholtz Association, March 13, 2021

33. Ioannidis J. Infection fatality rate of COVID-19 inferred from seroprevalence data.

Bull. WHO 2021; 99: 19-33F



ΕΙΚ 1: Δείκτης θετικότητας σε PCR(Ct values) ανάλογα με τον εμβολιασμό σε ασθενείς Α- (A) και Δ- (B) στελέχους αντίστοιχα

Διακρίνεται η ομοιομορφία των κύκλων ανεξαρτήτως εμβολιασμού

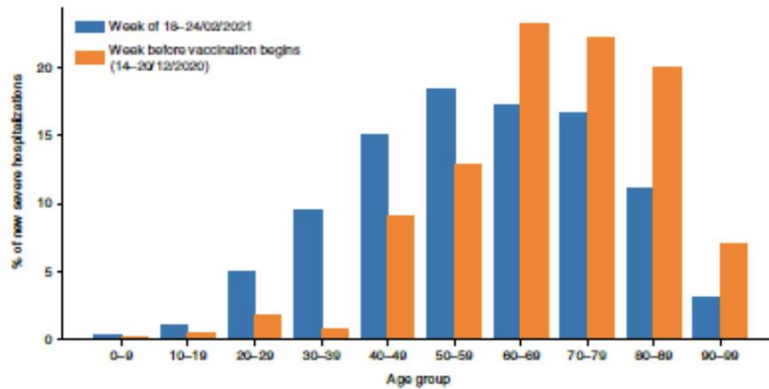
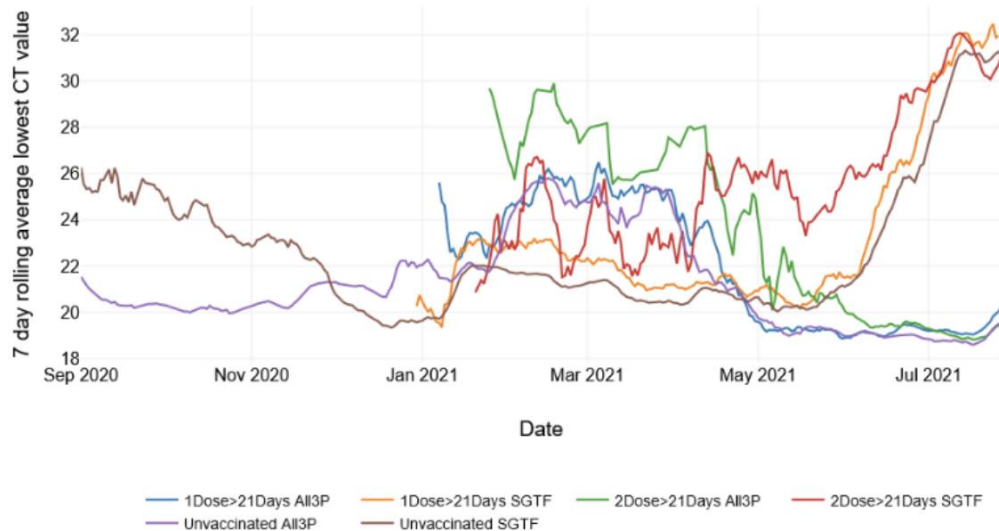


Fig. 4 | Severe hospitalizations age distributions. Percentage of each age group of all new severe hospitalizations at two different weeks: the week before the vaccination campaign initiated (orange) and the week of 18-24 February 2021 (blue).

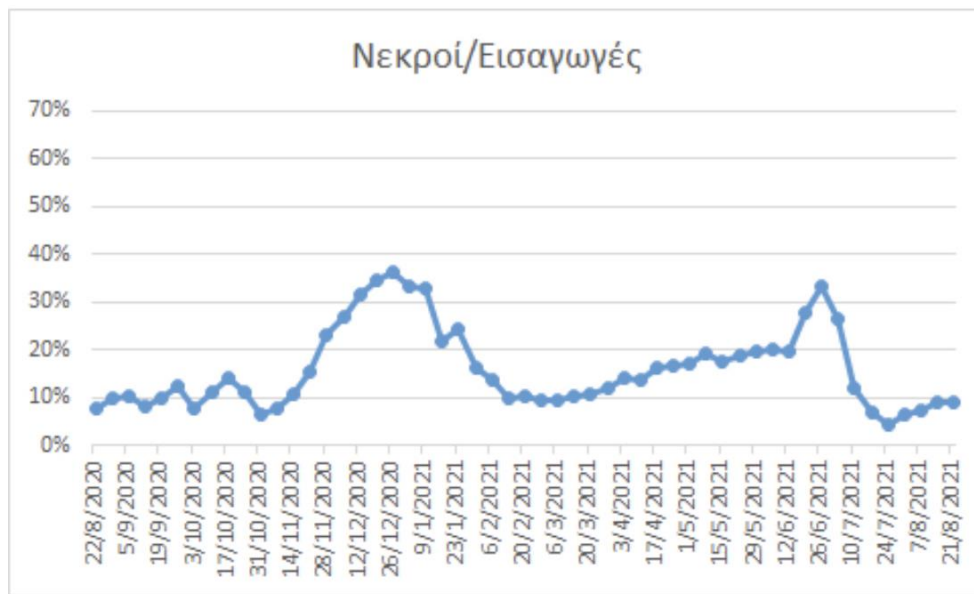
ΕΙΚ 2: Δεδομένα από το Ισραήλ δείχνουν δειγματοληπτικά για την περίοδο στελέχους Α μετά τους εμβολιασμούς αύξηση των νοσηλειών <60ετών δραματική

Figure 12. Average daily lowest Ct values for vaccinated vs. unvaccinated cases, by variant from NHSTT data from 1 September 2020 until 25 July 2021¹

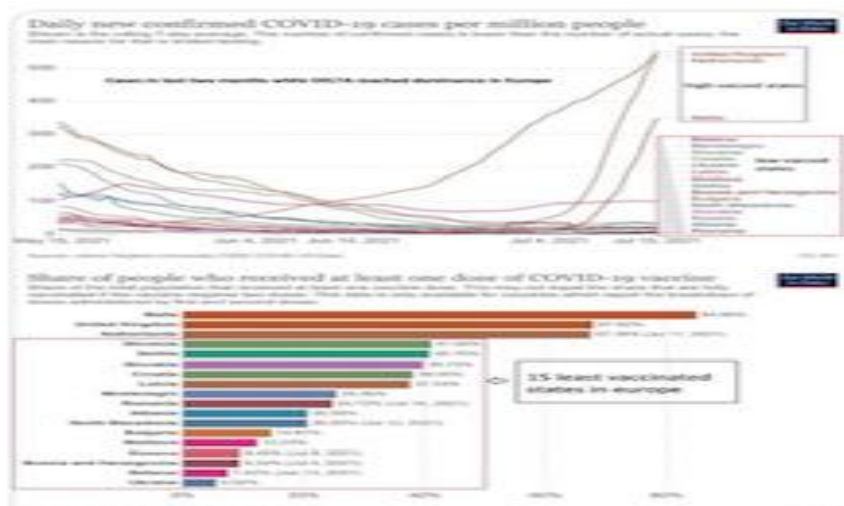


ΕΙΚ 3: Δείκτες θετικότητας ανάλογα με το στέλεχος δείχνουν ότι οι ανεμβολίαστοι στελέχους δέλτα (μωβ) έχουν ήπια πορεία με τους πλήρως εμβολιασμένους με δύο δόσεις χωρίς διαφορά (πράσινο)

Προβληματικοί είναι οι δείκτες με 1 δόση σε παλαιό στέλεχος (κίτρινο) και δέλτα (μπλε) και σε ανεμβολίαστο στελέχους Α (καφέ).



ΕΙΚ 4: Καμπύλη του λόγου Νεκροί/ εισαγωγές στο χρόνο σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία του ΕΟΔΥΥ



ΕΙΚ 5: Συσχέτιση κρουσμάτων ανά εκατομμύριο προς το βαθμό εμβολιαστικής κάλυψης

Γεννήθηκα για να αγαπώ μαζί σας και όχι για να μισώ

Σοφοκλή, "Αντιγόνη"

Μετά τιμής

Dr.Αηδονίδης Γεώργιος

Επεμβατικός Καρδιολόγος

Διδάκτωρ Ιατρικής Α.Π.Θ.

Υπότροφος της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας 2007-2008