

Prof. Dr. med. Sucharit Bhakdi
Adres usunięto
24238 Martensrade

Pani Kanclerz Dr. rer. nat. Angela Merkel
Bundeskanzleramt
Willy-Brandt-Straße 1
10557 Berlin

Kiel, den 26. Marzec 2020

List otwarty

Szanowna Pani Kanclerz,

Jako emerytowany i wieloletni kierownik Instytutu Mikrobiologii i Higieny Medycznej Gutenberga w Moguncji czuję się zobowiązany zadać krytyczne pytania do daleko idących ograniczeń w życiu publicznym, które obecnie podejmujemy w celu ograniczenia rozprzestrzeniania się wirusa COVID-19.

Nie zależy mi na lekceważeniu zagrożeń związanych z chorobą wirusową lub rozpowszechnianiu przesłania politycznego. Uważam jednak, że moim obowiązkiem jest wniesienie naukowego wkładu w prawidłową klasyfikację bieżącej sytuacji w zakresie danych, umieszczenie faktów, które znamy do tej pory, w perspektywie - a także zadawanie pytań, które mogą zostać pominięte podczas ożywionej dyskusji.

Główną przyczyną mojego niepokoju są nieprzewidywalne społeczno-gospodarcze konsekwencje drastycznych środków ograniczających rozprzestrzenianie COVID-19, które są obecnie stosowane w dużych częściach Europy i są już w dużej mierze praktykowane w Niemczech.

Pragnę krytycznie - i przy zachowaniu niezbędnego przewidywania - omówić zalety i wady ograniczenia życia publicznego i wynikające z niego skutki długoterminowe.

Postawiłem pięć pytań, na które do tej pory nie udzielono odpowiedzi, ale są one niezbędne dla zrównoważonej analizy.

Chciałbym prosić o szybką opinię i niejako apelować do rządu federalnego o opracowanie strategii, które skutecznie chronią grupy wysokiego ryzyka bez ograniczania życia publicznego i zasiewów bez jeszcze intensywniejszej polaryzacji społeczeństwa, niż to się już dzieje.

Z poważaniem



Prof. Dr. med. Sucharit Bhakdi

1. Statystyka

Choroby zakaźne – od czasów Roberta Kocha - tradycyjnie rozróżnia się infekcje od chorób. Choroba wymaga manifestacji klinicznej. [1] Dlatego tylko pacjenci z objawami takimi jak gorączka lub kaszel powinni być włączeni do statystyk jako nowe przypadki.

Innymi słowy, nowa infekcja - mierzona testem COVID-19 - niekoniecznie oznacza, że mamy do czynienia z nowo chorym pacjentem, który potrzebuje łóżka szpitalnego. Jednak obecnie zakłada się, że pięć procent wszystkich zarażonych osób poważnie zachoruje i wymaga wentylacji. Na tej podstawie prognozy wskazują, że system opieki zdrowotnej może być przeciążony.

Moje pytanie: Czy w prognozach rozróżniono między zarażonymi bezobjawowo i rzeczywiście chorymi pacjentami - tj. osobami, u których wystąpiły objawy?

2. Zagrożenie

Wiele wirusów koronowych jest w obiegu od dłuższego czasu - w dużej mierze niezauważone w mediach. Gdyby okazało się, że wirusa COVID-19 nie należy uważać za mający znacznie wyższy potencjał zagrożenia niż już krążące wirusy koronowe, wszystkie środki zaradcze byłyby oczywiście zbędne.

W uznanym międzynarodowym czasopiśmie „International Journal of Antimicrobial Agents” wkrótce pojawi się praca, która dokładnie odpowiada na to pytanie. Wstępne wyniki badań można już dziś zobaczyć i dojść do wniosku, że nowy wirus NIE różni się pod względem niebezpieczeństwa od tradycyjnych wirusów koronowych. Autorzy wyrażają to w tytule swojej pracy „SARS-CoV-2: Strach kontra dane”. [3]

Moje pytanie: Jakie jest obecnie obciążenie na oddziałach intensywnej terapii dla pacjentów ze zdiagnozowanym COVID-19 w porównaniu z innymi zakażeniami koronawirusem i w jakim stopniu dane te są brane pod uwagę przy podejmowaniu dalszych decyzji przez rząd federalny? Ponadto: Czy powyższe badanie zostało odnotowane w poprzednich planach? Oczywiście muszą tu również obowiązywać następujące zasady: Zdiagnozowany oznacza, że wirus odgrywa również znaczącą rolę w stanie pacjenta i że wcześniejsze choroby nie odgrywają istotnej roli.

3. Rozpowszechnianie

Według raportu Süddeutsche Zeitung, nawet często cytowany Instytut Roberta Kocha nie wie dokładnie, ile osób testuje się na COVID-19. Jednak faktem jest, że wraz ze wzrostem ilości testowanych ludzi w Niemczech ostatnio zaobserwowano szybki wzrost liczby przypadków. [4] Podejrzewa się zatem, że wirus rozprzestrzenił się już niezauważony w zdrowej populacji. Miałoby to dwie konsekwencje: po pierwsze oznaczałoby, że oficjalny wskaźnik zgonów - 26 marca 2020 r., Miał 206 zgonów z powodu około 37 300 zakażeń, czyli 0,55 procent [5] - został ustawiony zbyt wysoko; a po drugie, że nie jest już możliwe zapobieganie rozprzestrzenianiu się wśród zdrowej populacji.

Moje pytanie: Czy istnieje losowa próbka zdrowej populacji ogólnej w celu zweryfikowania rzeczywistego rozprzestrzeniania się wirusa, czy też jest to na czas?

4. Umieralność

Strach przed wzrostem śmiertelności w Niemczech (obecnie 0,55 proc.) Jest obecnie szczególnie intensywnie dyskutowany w mediach. Wiele osób obawia się, że może być jak we Włoszech (10 procent) i Hiszpanii (7 procent), jeśli nie podejmie się żadnych działań na czas.

Jednocześnie na całym świecie popełniany jest błąd polegający na zgłaszaniu zgonów związanych z wirusami, gdy tylko zostanie ustalone, że wirus był obecny w chwili śmierci - niezależnie od innych czynników. Narusza to podstawowy wymóg infekcjologii: diagnozę można postawić tylko wtedy, gdy zostanie zapewnione, że czynnik ma znaczący udział w chorobie lub śmierci. Grupa robocza naukowych towarzystw medycznych wyraźnie pisze w swoich wytycznych: „Oprócz przyczyny śmierci należy określić łańcuch przyczynowy, a odpowiadającą mu podstawową chorobę na trzecim miejscu w akcie zgonu. Czasami należy również podać czteroczęściowe łańcuchy przyczynowe.” [6]

Obecnie nie ma oficjalnych informacji, czy przynajmniej z perspektywy czasu przeprowadzono bardziej krytyczne analizy dokumentacji medycznej w celu ustalenia, ile zgonów jest rzeczywiście spowodowanych wirusem.

Moje pytanie: Czy Niemcy po prostu podążyły w kierunku ogólnych podejrzeń co do COVID-19? Czy zamierza się kontynuować tę kategoryzację bezkrytycznie, jak w innych krajach? Jak odróżnić rzeczywistą liczbę zgonów związanych z koroną od przypadkowej obecności wirusa w chwili śmierci?

5. Porównywalność

Przerażająca sytuacja we Włoszech jest wielokrotnie wykorzystywana jako scenariusz odniesienia. Jednak prawdziwa rola wirusa w tym kraju jest całkowicie niejasna z wielu powodów - nie tylko dlatego, że mają tu zastosowanie pytania 3 i 4, ale także dlatego, że istnieją wyjątkowe czynniki zewnętrzne, które czynią te regiony szczególnie wrażliwymi.

Obejmuje to zwiększone zanieczyszczenie powietrza w północnych Włoszech. Według szacunków WHO sytuacja ta spowodowała ponad 8 000 dodatkowych zgonów rocznie w 13 największych miastach we Włoszech, nawet bez wirusa. [7] Od tego czasu sytuacja nie uległa znaczącej zmianie. Wreszcie wykazano również, że zanieczyszczenie powietrza u bardzo młodych i starszych osób bardzo silnie zwiększa ryzyko wirusowych chorób płuc. [9]

Ponadto 27,4 procent najbardziej narażonej populacji w tym kraju mieszka z młodymi ludźmi, w Hiszpanii nawet 33,5 procent. Dla porównania w Niemczech jest to tylko siedem procent [10].

Ponadto, według prof. Dr. Reinhard Busse, dyrektor Departamentu Zarządzania Opieką Zdrowotną w TU Berlin, Niemcy są znacznie lepiej wyposażone niż Włochy pod względem oddziałów intensywnej opieki medycznej – lepiej wyposażone o współczynnik około 2,5 [11].

Moje pytanie: Jakie wysiłki podejmuje się, aby przybliżyć społeczeństwu te podstawowe różnice i aby ludzie zrozumieli, że scenariusze takie jak te we Włoszech lub Hiszpanii nie są realistyczne?

Referencje:

- [1] Słownik ochrony przed infekcjami i epidemiologii infekcji. Terminy techniczne - definicje - interpretacje. Robert Koch Institute, Berlin 2015.
https://www.rki.de/DE/Content/Service/Publikationen/Fachwoerterbuch_Infektionsschutz.html (strona wywołana 26.3.2020)
- [2] Killerby et al., Human Coronavirus Circulation in the United States 2014–2017. *J Clin Virol.* 2018, 101, 52-56
- [3] Roussel et al. SARS-CoV-2: Fear Versus Data. *Int. J. Antimicrob. Agents* 2020, 105947
- [4] Charisius, H. Covid-19: Jak dobrze testują Niemcy? *Süddeutsche Zeitung.*
<https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/covid-19-coronavirus-testverfahren-1.4855487> (strona wywołana 27.3.2020)
- [5] Johns Hopkins University, *Coronavirus Resource Center.* 2020, <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> (strona wywołana 26.3.2020)
- [6] Wytyczna S1 054-001, zasady przeprowadzania kostnicy medycznej. AWMF Online, https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/054-002l_S1_Regelinzur-Durchfuehrung-der-aerztlichen-Leichenschau_2018-02_01.pdf (strona wywołana 26.3.2020)
- [7] Martuzzi et al. Health Impact of PM10 and Ozone in 13 Italian Cities. World Health Organization Regional Office for Europe. WHOLIS number E88700 2006 [8] European Environment Agency, *Air Pollution Country Fact Sheets 2019,*
<https://www.eea.europa.eu/themes/air/country-fact-sheets/2019-countryfactsheets> (strona wywołana 26.3.2020)
- [9] Croft et al. The Association between Respiratory Infection and Air Pollution in the Setting of Air Quality Policy and Economic Change. *Ann. Am. Thorac. Soc.* 2019, 16, 321–330.
- [10] United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Living Arrangements of Older Persons: A Report on an Expanded International Dataset (ST/ESA/SER.A/407). **2017**
- [11] Niemieckie Pismo Lekarskie, *Deutsches Ärzteblatt, Zdaniem ekspertów przeciążenie niemieckich szpitali przez COVID-19*
<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/111029/UeberlastungdeutscherKrankenhaeuser-durch-COVID-19-laut-Experten-unwahrscheinlich> (strona wywołana 26.3.2020)