

Světlem obchází strach

Prof. Dr. Harald Matthes, Dr. Friedemann Schad

13. března 2020

Věcně vědecký text k tématu koronavirus od prof. Haralda Matthese, vedoucího lékaře nemocnice Havelhöhe v Berlíně a Dr. Friedemanna Schada, primáře onkologie, oba jsou odbornými lékaři v nemocnici Havelhöhe v Berlíně.

Infekce SARS-CoV-2/Covid-19: Světlem obchází strach – Výzva k realistickému přístupu k novému infekčnímu onemocnění

V Německu ale i po celém světě jsou kvůli šíření koronaviru různými karanténními opatřeními, zákazy shromažďování, resp. rušením velkých bohoslužeb omezována i podstatná základní práva, jako je právo na svobodu a na ochranu svobody osobnosti. Na denním pořádku je hysterická nálada s obřími nákupy do zásoby, s krádežemi ochranných masek, ochranných brýlí a desinfekčních prostředků v nemocnicích.

Jaký potenciál nebezpečnosti má dle současné situace infekce koronaviru? Jaká opatření z toho lze racionálně vyvodit?

Nový koronavirus (SARS-CoV-2/Covid-19) pravděpodobně přešel na člověka ze zvířat na tržišti Huanan Seafood ve Wuchanu, která je velkým tržištěm se zvířaty a má 600 stánků s cca 1500 zaměstnanci. Na trhu se prodávají zvířata z volné přírody, plazi a čerstvé orgány z vykuchaných zvířat. Za původce nového koronaviru v živočišné říši je pokládán netopýr, jeden z mála létajících savců, kteří byli již v minulosti vícekrát zdrojem různých infekcí přenosných na člověka (tzv. zoonózy jako ebola, HIV, ptačí chřipka, virus Nipah, západonilský virus, MERS, virus Zika). Mezi těmito zoonózami je mnoho infekcí, které v minulosti vedly při přenosu na člověka k vysoké úmrtnosti. Tak byla smrtelnost (letalita) u eboly mezi 50 až 90 % či HIV zpočátku bez terapie 100 %. Ale také infekce Nipah a MERS (který je také koronavirovou infekcí), vykazovaly statistickou smrtelnost od 20 do 40 %.

Proto je pochopitelné, že Světová zdravotnická organizace tyto nové infekce (tzv. nový subtyp koronaviru) ze zvířat klasifikuje jako třetí pandemickou fázi a hned nařídila vysokou opatrnost. Proto je u každého nového propuknutí skrze subtyp nutno dbát na rozdílné průběhy a dbát na kritéria přijatelnosti rizika. V Číně po počátečním váhání následovala drastická opatření masové karantény obyvatelstva (město Wu-čan s cca 11 milióny obyvatel), nařízené izolace a zákaz cestování a volného pohybu, úplné zastavení veřejné dopravy, povinné nošení ochranných roušek na veřejnosti atd. Po více než 80 000 zjištěných infekčních onemocněních koronavirem v Číně mohou však být uváděna jen omezená epidemiologická fakta, protože transparentnost a kvalita dat jsou omezené.

Současná fakta

Infekce se rozšířila na všechny kontinenty. Inkubační doba jsou dva dny až dva týdny. Infekciozita je nižší než u běžné chřipky a výrazně nižší než u SARS-1, HIV, polyomelitidy

(dětské obrny) či dokonce spalniček. Při kontaktu s infikovaným člověkem se zřejmě nakazí pouze každý desátý až dvacátý, což je 5–10 % (prof. Drosten; Charité). Mimo Čínu byl proveden vysoký počet diagnostik (PCR na koronavirus) lidí, kteří přišli do kontaktu s prokazatelně infikovanými osobami i s těmi, u nichž bylo pouhé podezření z infekce či vykazují příznaky onemocnění. Tato čísla ukazují, že cca 50 až pravděpodobněji 80 % infikovaných nemá žádné nebo jen lehké klinické příznaky (škrábání v krku, kašel, chřipce podobné příznaky, zvýšená teplota, nevolnost). Pouze cca 14–15 % vykazuje silnější příznaky s vysokou teplotou a dýchacími potížemi. Jenom u max. 5 % má onemocnění těžký průběh a je zapotřebí intenzivnější odborné léčby, při níž je u asi 0,5–2% nutná maximální intenzivní péče jako mechanická ventilace. U této malé části nemocných dochází k sepsi (otravě krve), popř. k celkovému selhání orgánů (dechové nedostatečnosti/umělé dýchání; selhání funkce ledvin a srdečního oběhu). Smrtnost je mimo Čínu u dobrých zdravotnických systémů jen 0,3–0,7 % (Prof. Drosten; Charité, Berlín tisková konference 3.3.2020). Těžší průběh se týká především starších lidí, polymorbidních osob (s vícečetným onemocněním), osob s těžkým onemocněním plic a imunosuprimovaných osob (se sníženou imunitou).

Šíření/Cesty nákazy

Šíření nákazy probíhá převážně kapénkovou infekcí, při níž se kašlem, kýchním nebo hovorem dostávají na sliznice malé kapénky od nakažených. Jen každá 10. až 20. nechráněná osoba se kontaktem s nakaženým sama infikuje (5–10 %). Z důvodu velkého počtu infikovaných bez příznaků existuje nebezpečí, že tento přenos zůstane nerozpoznán, protože infikovaný je bez příznaků či s nepatrnými symptomy a sám infekci nepozná.

Prostá ústenka v podobě běžné chirurgické masky není doporučována ani RKI (Ústav Roberta Kocha v Berlíně spadající pod ministerstvo zdravotnictví a pomáhající vládě v boji proti epidemiím, pozn. překl.), protože pro zdravé nepředstavuje žádnou výraznou ochranu a dává jim falešnou jistotu, zatímco u infikovaných se po krátkém použití provlhčí a při kašli nemocného jsou viry i skrze vlhkou a viry prostoupenou masku rozptýleny po okolí. Při zdravotnickém kontaktu s infikovanými koronavirem se zdravotník chrání ochrannou maskou třídy FFP2, brýlemi chráněnými i z boku a prostým ochranným pracovním oblekem s rukavicemi.

Preventivními opatřeními jsou pravidelné mytí rukou mýdlem (po dobu minimálně dvaceti sekund; zejména také mezi prsty), zachování odstupu 1,5 až 2 metry od ostatních osob a vyhýbání se tělesným kontaktům jako jsou pozdravy s políbením atd. Rozhodující je vystříhat se dotýkání obličeje a očí rukama.

Hodnocení potenciálu nebezpečnosti

Prostá analýza všech fakt ukazuje malou infekciozitu s rizikem nákazy nižším než u chřipky (influenza A/B). Smrtnost je svými 0,3–0,7 % mírně nad běžnou chřipkou a hluboko pod pandemií SARS-1, stejně tak je hluboko pod infekcí koronaviru zimní sezóny 2002/2003, která tehdy celosvětově byla na 9,6 %. Protože zpočátku se první příznaky v různých zemích objevují v rizikových skupinách (většinou staří, polymorbidní atd.), kde je smrtnost do 15 %, lze mít za to, že nynější míra smrtnosti 0,3–0,7 % bude dále klesat, jak stále ukazovaly oficiální oznámení posledních deseti dnů. Také jsou dosud ve vysoce vyvinutých systémech zdravotní péče málo početné těžké případy dobře zaopatřeny, aby se právě pro rizikovou klientelu

zachovala realistická čísla. Iniciátor Enquête-Kommission (vyšetřovací komise) "Etika a právo moderní medicíny", někdejší člen Spolkového sněmu Dr. Wolfgang Wodarg zpochybňuje serióznost současných epidemiologických dat, protože koronavirus patří k běžným patogenům zimních akutních onemocnění dýchacích cest a my jsme současná plošná měření koronavirových infekcí nikdy systematicky nepoživovali, protože nejsou k dispozici žádná základní data pro jejich běžné šíření a s vysokou pravděpodobností jsou nyní nadhodnocována. Wodarg mluví o současném alarmismu – panikaření a nezodpovědném jednání.

Vyhodnocování opatření

Jestliže počáteční drakonická opatření celoplošné karanténní skupinové izolace postižené oblasti v Číně vedla k narušení řetězce infekčního šíření a u nového subtypu koronavirové infekce s přechodem ze zvířete na člověka sloužila odvrácení nebezpečí neznámého rizika smrtelnosti, vykazují současná data výrazně menší smrtelnost, než jakou měla u dřívějších nových subtypů ze zvířat, jako Nipah, MERS nebo také pandemie SARS-1 v letech 2002/2003. Nikdy předtím nebyla v západních demokraciích taková dalekosáhlá reakce na pandemii, jako v současnosti v Evropě a v celém světě. Dokonce u epidemií eboly se smrtelností 50–90 % nebyla činěna taková opatření jako nyní. U chřipkové pandemie 2017/18 zemřelo více než 25 000 lidí v samotném Německu a nebyla podnikána žádná restriktivní opatření plošného uzavírání oblastí a omezování osobních práv.

Teď máme situaci, kdy lidé nemocní s chřipkou resp. prokazatelně chřipkou infikovaní veřejně nakupují a smějí chodit na masové akce, zatímco samotné důvodné podezření infekce Covid-19 postačuje k tomu být dán do karantény a k hrozbě placení pokut do výše 450 000 €. Při podobné nebezpečnosti obou infekcí (infekciozita a letalita/smrtelnost) to nelze racionálně pochopit a odporuje to veškerým vědeckým hodnocením.

Stejně tak se ukazují státem nařízené roušky v Číně nebo plošné desinfekce nádraží atd. jako málo založené na faktických důkazech, tedy neodůvodněné. Akcionismus byl v Evropě bez přemýšlení přejat od čínské vlády a WHO (Světové zdravotnické organizace), bez kritického tázání se po smyslu a ratiu takového opatření a to prosím v Evropě mající výrazně vyšší stupeň svobody a osobních práv než ostatní země světa. Proto Wodarg píše: „Kdo je pouze kvůli pozitivnímu PCR testu na koronavirus odložen do karantény a utrpí finanční újmu, má za určitých podmínek podle §56 infekčního ochranného zákona nárok na odškodnění. Rovněž tak by se lidé měli bránit proti nesmyslnému zbavení svobody.“

Totální karanténa celých území i karanténa jednotlivce neslibují ještě úspěšné přerušování řetězce infekčního šíření, protože mnozí infikovaní bez příznaků přispívají k dalšímu šíření infekce a sami nepřijdou na myšlenku jít se dát testovat. Tím vzniká vysoký počet statisticky nezjištěných údajů o osobách infikovaných Covid-19 a chřipkou.

Podobná rizika smrtelnosti u Covid-19 a u běžné chřipky nemohou tento vehementní nerovný přístup ospravedlnit. Stejně tak sociální a hospodářské důsledky se v tomto srovnání ukazují být jako nepřiměřené.

Virolog prof. Drosten (Charité) vyvolal zpočátku velkou vlnu nevole, když pokládal míru infekce 70 % u obyvatelstva za potřebnou k tomu, aby se zabránilo dalšímu šíření. Na tento výklad bylo zprvu pohlíženo jako na černý scénář, je však racionálně srozumitelný. Drostenovy výpočty

vycházejí z následujícího: řetězec infekce skrze jednoho infikovaného, jenž nakazí další tři osoby, bude zastaven teprve tehdy, když budou dvě třetiny imunizovány a tím bude řetězec narušen.

Aby bylo možno čelit infekcím, musí být populace imunizována. Dosud se to dařilo především díky očkovacím strategiím. Ty však s vysokou pravděpodobností nebudou pro Covid-19 do roku 2021 k dispozici. Má-li být provedena rychlá imunizace, bylo by právě pro nerizikové skupiny s rizikem smrtelnosti pod dvě promile (0,2%) rychlé šíření infekce Covid-19 výhodou. To by neměl být pro 80 % s asymptomatickými nebo mírně symptomatickými průběhy žádný problém. Důmyslná stratifikace rizika a ochrana rizikových skupin se jeví být smysluplnější než nerozvážené uvalování karantén, které k žádnému prolomení infekčního řetězce nevedou, nýbrž pouze zpomalují přirozené šíření a tím epidemii prodlužují. V chřipkové sezóně 2017/18 zemřelo na obvyklou chřipku 25 000 lidí a chřipka proběhla bez jakékoli veřejné diskuze, nyní jsou masívně omezována základní práva a s nimi sociální i hospodářský život. Je-li chřipka většinou po dvou až třech měsících za sezónu překonána, je při současné strategii nutno počítat se zbržděvanou a proto zpomalovanou tvorbou kolektivní imunity jako předpokladu k přerušení infekčního řetězce.

Co bylo použito jako odůvodnění zavádění povinného očkování proti spalničkám, že musí být dosaženo kolektivní imunizace 94 % obyvatelstva a to se nacházelo jen několik procentních bodů před zavedením povinnosti očkování, to se nyní v diskuzi týkající se vytváření kolektivní imunity vůči Covid-19 naprosto ignoruje. Zdá se, že zde politika uplatňuje donucovací způsoby neadekvátně a bez racionálního podkladu.

Hodnocení sociálně politických opatření

Iracionální jednání a nekonzistentní zdůvodňování vždy budilo v obyvatelstvu strach a hysterii a bylo tiskem vděčně přijímáno, aby se dál šířilo časem i prostorem. Stále jednostrannější patogeneticky orientovaný pohled napomáhá postojům vyhýbání se a eliminace, které již nejsou racionální a vědecky opodstatněné. Také u rizikových ohrožení jako v oblasti chřipky jsou již u nové infekce Covid-19 ignorovány riziku přizpůsobené strategie zvládnání situace. Namísto všeobecných karanténních opatření a domácí izolace je nutno již při pouhém podezření vytvářet specifické postupy na zvládnání onemocnění nebo prevence nákazy pro rizikové skupiny obyvatel.

Přeložil Karel Dolista.

Zdroj: <https://www.themen-der-zeit.de/die-angst-geht-um/>