

**VIRUS HIV?
Lež, které uvěřil celý svět.**

David Šubík, Karl Krafeld, Stefan Lanka a kol.

© David Šubík 2000 (kap. 1–5, 9 a 10, 12–16)

© Christian Fiala 2000 (6–8)

© John Lauritsen 2000 (11)

VIRUS HIV?
Lež, které uvěřil celý svět.

*Jak byznys s krví ochránil Českou republiku před
epidemií AIDS*

*Jak vlády vyspělých zemí používají HIV jako geno-
cidní mechanismus v zemích třetího světa*

Německo – důkazy o vládní korupci

David Šubík, Karl Krafeld, Stefan Lanka a kol.

David Šubík
Francouzská 46
602 00 Brno

Pro: Prezident České republiky
Václav Havel
Hrad, Praha 1

OTEVŘENÝ DOPIS PREZIDENTU ČESKÉ REPUBLIKY VÁCLAVU HAVLOVI

Vážený pane prezidente,
obracím se na Vás jako na nejvyššího představitele České republiky a mezinárodně uznávanou morální autoritu.

Na XIII. Světové konferenci HIV/AIDS se prezident Jihoafrické republiky Thabo Mbeki odvážně postavil před 12 000 delegátů této konference a otevřel tabuizovanou otázku, zda je to virus, či chudoba, která způsobuje to, co je v Africe nazýváno AIDS a na co zde umírají tisíce lidí.

Ve skutečnosti jsou tato a další otázky (Kde je důkaz existence viru HIV? Kde je důkaz validity testů HIV pozitivitu?) kladeny řadou odborníků takřka od doby, kdy vznikla teorie HIV/AIDS. Po šestnácti letech uvedení teorie do praxe není sto žádný z AIDS odborníků nebo žádná z institucí tyto jednoduché otázky zodpovědět. Namísto odpovědi přichází cenzura a perzekuce tazatelů.

V České republice se snažím již déle než dva roky získat od Ministerstva zdravotnictví vědecké důkazy, které by opravňovaly postup při testování HIV a léčbě AIDS pacientů. Diskuse byly vždy ukončeny, aniž by Ministerstvo podalo jediný vědecký důkaz o existenci HIV.

Thabo Mbeki, stejně jako Vy, před svým nástupem do prezidentského úřadu prošel „kariérou disidenta“. Dnes v ní pokračuje coby „AIDS disident“, jak je médií a zdravotnickými institucemi nazýván každý, kdo kritizuje HIV/AIDS propagandu. Sám víte nejlépe, co znamená být médií označen jako disident.

Dnes je proti Thabo Mbekimu organizován extrémní nátlak jak ze strany politiků, tak ze strany „vědců“ (mezi nimi jsou i čeští HIV/AIDS představitelé!!!).

Je naší morální povinností pomoci prezidentovi Mbekimu i všem, kteří doplácí na smyšlenou teorii HIV/AIDS u nás i v zahraničí.

Je však zároveň naší zákonnou povinností nedopustit, aby státní orgány České republiky vědomě postupovaly proti zájmům a zdraví občanů tak, jak se to děje v souvislosti s HIV/AIDS.

Z pozice řadového občana jsem udělal maximum, aniž bych dosáhl jakékoli změny v postupu Ministerstva zdravotnictví. Obracím se tedy na Vás jako na prezidenta, abyste se stal garantem úplného prošetření celé kauzy HIV/AIDS v České republice. Kniha, kterou právě držíte v rukou podává dostatek důkazů o tom, že Ministerstvo zdravotnictví již minimálně dva roky vědomě poškozují zdraví občanů a mrhá penězi ze státního rozpočtu.

Zároveň věřím, že Vám jako světově uznávané morální autoritě nejsou lhostejné osudy lidí, kteří jsou obětmi vědecko-politických machinací a že se postavíte všemi svými prostředky za nápravu jednoho z nejméně humánních příběhů historie 20. století.

S úctou



David Šubík

P.S.: Dopis je zaslán zároveň ministrovi zdravotnictví, ministrovi spravedlnosti a předsedovi parlamentu České republiky.

VĚNOVÁNÍ

Tato kniha je věnována Alfredu Hässigovi a Eduardu Versinimu. Jsme pyšní na to, že jsme se od nich mohli učit a zároveň být poctěni jejich přátelstvím. Je nám velmi líto, že tyto analýzy HIV/AIDS přišly příliš pozdě na to, aby ušetřily životy jejich i všech ostatních. To je to nejtěžší břímě, které v sobě musíme nést.



Alfred Hässig (1921–1999)

Švýcarský imunolog, který se zasloužil o zastavení nezákonného obchodu s krví lidí z rozvojových zemí a prokázal, že žádný virus nemůže způsobovat to, co bylo připisováno HIV. Zemřel následkem celkového vyčerpání ve svých sedmdesáti osmi letech, když byl proti němu veden soudní proces, který lze pokládat za jeden z nejnespravedlivějších v historii švýcarského soudnictví. Zemřel dříve, než mohl prokázat svou nevinu.



Eduardo Versini (1935–1998)

Vynikající lékař, jeden z pionýrů dialýzy v Argentině. Zemřel kvůli lžím argentinských úřadů o HIV, když pět let bojoval za pacienty své kliniky.

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji vydavateli Radimu Výrubkovi, že měl odvahu vydat tuto knihu.

Děkuji všem svým spoluautorům, že přijali mou nabídku a podíleli se na vydání této knihy.

Dále děkuji těm, kteří napomohli vydání této knihy: Lluís Botíñas & Plural 21, Huw Christie & Continuum, Petr Hrbáč, Jan Král.

Speciální dík patří JUDr. Jiřímu Šeniglovi (za dlouholetou nezištnou podporu) a Dolors Carreras.

David Šubík

Obsah

Obsah	7
Předmluva	9
Používané zkratky	10
Úvod	11
1. Virus HIV? (<i>K. Krafeld, S. Lanka, D. Šubík</i>)	13
2. Úmyslná manipulace s fakty o platnosti HIV testů ve Spolkové republice Německo (<i>K. Krafeld, S. Lanka, D. Šubík</i>)	21
3. Testy HIV positivity – co říkají výrobci (<i>D. Šubík</i>)	27
4. Česká republika – boj s ignorací (<i>D. Šubík</i>)	45
5. Proč není v České republice epidemie AIDS (<i>K. Krafeld, S. Lanka, D. Šubík</i>)	49
6. Co je AIDS v Africe (<i>Ch. Fiala</i>)	53
7. Chronologie libovůle (<i>Ch. Fiala</i>)	63
8. HIV/AIDS – jak velké nebezpečí hrozí mladistvým? (<i>Ch. Fiala</i>)	73
9. Jak vyrobit nemoc (<i>K. Krafeld, S. Lanka, D. Šubík</i>)	77
10. Jed na předpis (<i>D. Šubík</i>)	79
11. Klinické hodnocení AZT (<i>J. Lauritsen</i>)	81
12. AZT v Německu (<i>K. Krafeld, S. Lanka, D. Šubík</i>)	93
13. Snímek izolovaného viru (<i>K. Krafeld, S. Lanka, D. Šubík</i>)	95
14. Lékaři odmítají poskytnout informace před provedením testu (<i>K. Krafeld, S. Lanka, D. Šubík</i>)	107
15. Neúčinná kritika AIDS v západních průmyslových zemích (<i>K. Krafeld, S. Lanka, D. Šubík</i>)	111
16. Před Durbanem a po Durbanu (<i>D. Šubík</i>)	129
16. Slovo na závěr	139
17. O autorech	141

Předmluva

Knihou, kterou právě držíte v rukou, se Vám pokusíme otevřít nový pohled nejen na problematiku nemoci AIDS, ale především na způsob fungování tzv. vyspělých demokracií, ke kterým směřuje i Česká republika.

Snažíme se doložit, že virus HIV stejně jako epidemie AIDS neexistuje a nikdy neexistoval. Zároveň však dokládáme, že o tom od počátku nejlépe věděli právě ti, kteří se nejvíce zasloužili o víru v epidemii AIDS způsobovanou virem HIV.

U odborných pasáží jsme se snažili udržet srozumitelnou úroveň i pro čtenáře-laiky s tím, že uvádíme zdroje literatury pro toho, kdo by měl zájem problematiku studovat hlouběji.

Klademe důraz na důkazy, které vyvracejí doposud zastávanou hypotézu, že virus HIV způsobuje AIDS. Do té doby, než bude tato hypotéza veřejně zamítnuta, nemá smysl pokračovat v diskusi o AIDS.

Věda je v tomto nesmlouvavá: existuje-li jediný důkaz proti, má větší váhu než jakýkoli počet argumentů svědčících pro danou hypotézu a ta pak musí být zamítnuta. U hypotézy „HIV způsobuje AIDS“ nejde o jeden, ale celou řadu protiargumentů, a přesto tato hypotéza nikdy zamítnuta nebyla. Naopak. Již šestnáct let strach z HIV/AIDS ovlivňuje více či méně životy nás všech, aniž by k tomu byl jakýkoli důvod.

Je proto nezbytné, aby instituce, které jsou garanty správnosti této hypotézy, buď předložily důkazy, které by vyvrátily VŠECHNY protiargumenty, anebo prohlásily teorii HIV/AIDS za neplatnou. Teprve pak bude možné začít otevřeně a věcně diskutovat o veškerých otázkách spojených s problémy, které se skrývají pod nálepkou AIDS.

Celá řada odborníků je okamžitě připravena nabídnout AIDS stigmatizovaným lidem efektivní léčbu, která je ve valné většině možná a známá. Přejme si, aby k tomu došlo co nejdříve.

Za kolektiv autorů David Šubík

ZKRATKY A OPAKOVANÁ JMÉNA

- AIDS** – Acquired Immune Deficiency Syndrom. Syndrom, který dnes zahrnuje necelých třicet odlišných klinických stavů/nemocí, z nichž každý/á má svého svébytného původce. Obecně se předpokládá, že tento syndrom je následkem infekce virem **HIV**. Hypotetický řetězec – **HIV** způsobuje AID (imunitní nedostatečnost), která vede k syndromu AIDS doposud nebyl vědecky prokázán.
- BfAM** – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte – Spolkový institut pro léčiva a medicínské produkty.
- BZgA** – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – Spolková centrála pro zdravotnickou osvětu.
- CDC** – Centers for Disease Control and Prevention – Centra pro prevenci a kontrolu nemocí. Americká státní instituce, která monitoruje nemoci a vyhledává nová onemocnění. Jednou z úloh je prevence proti novodobým epidemiím. K tomu byla zřízena mimo jiné polotajná, dnes takřka tajná organizace **EIS**. CDC vytváří kritéria diagnostiky **HIV/AIDS** ve Spojených státech amerických.
- EIS** – Epidemic Intelligence Service – Tajná epidemická policie. Speciální složka **CDC**, jejíž členové mají zvláštní školení a pracují na veškerých úrovních medicínských institucí po celém světě (od řadových lékařů po šéfredaktory lékařských časopisů a vedoucí zdravotnických organizací). Tato velmi vlivná složka dokáže perfektně manipulovat veřejným míněním v oblasti zdravotnictví.
- ELISA** – enzym-linked immunosorbent assay – imunoanalýza využívaná ke stanovení koncentrace určitých látek v lidském organismu. Výsledek nepotvrzuje přítomnost nebo nepřítomnost těchto látek v krvi, ale zda jsou přítomny ve větším, či menším množství, než je stanovená hranice. Testy na tomto principu se k testování přítomnosti **HIV** protilátek používají nejčastěji.
- FDA** – US Food and Drug Administration. Jedna ze dvou amerických státních institucí, která schvaluje a reguluje léčbu **AIDS** v USA. Tou druhou je **NIH**.
- Gallo Robert** – Americký vědecký pracovník, který v roce 1984 prohlásil, že objevil příčinu nemoci **AIDS** – retrovirus, který známe pod názvem **HIV** (původně HTLV-III).
- HIV** – Human Immunodeficiency Virus – Virus lidské imunodeficiency. Název pro hypotetickou příčinu imunitní nedostatečnosti, která má v důsledku vést k syndromu **AIDS**. Jeho existence doposud nebyla prokázána na základě standardních virologických postupů: izolace viru spolu s elektron-mikroskopickou fotografií. Za objevitele je považován francouzský vědec **Luc Montagnier**. Po určitou dobu byl jako spoluobjevitel prohlašován i **Robert Gallo**. Ani jeden z nich nesplnil kritéria pro objev nového viru.
- Kaposiho sarkom** – kožní onemocnění nádorového charakteru. Jedna ze dvou nemocí, která stála u zrodu diagnózy **AIDS**, když se objevila na počátku osmdesátých let u pěti homosexuálních narkomanů.
- Montagnier Luc** – francouzský vědecký pracovník pracující v **Pasteurově Institutu v Paříži**. V roce 1983 publikoval v časopise Science spolu se svými spolupracovníky článek, kterým oznamoval objev nového retroviru (LAV). Vzhledem k tomu, že tento článek neobsahoval fotografii tohoto viru v izolované formě, není možné považovat tuto publikaci za důkaz existence nového viru. Přesto byl později tento virus přejmenován na **HIV** a dodnes je obecně považován za příčinu **AIDS**.
- NCI** – National Cancer Institute – Národní institut pro výzkum rakoviny. Pracoviště, na kterém pracoval **Robert Gallo** v době, kdy prohlásil retrovirus **HIV** za příčinu **AIDS**. Tento institut je součástí **NIH**.
- NIH** – National Institutes of Health – Národní instituty zdraví. Státní organizace, která spolu s **CDC** stála u zrodu diagnózy **AIDS**, když potřebovala najít příčinu zřídka se vyskytujících nemocí (**Kaposiho sarkomu, PCP**) mezi homosexuálními narkomany.
- NRL HIV/AIDS** – Národní referenční laboratoř **HIV/AIDS** je jedním z pracovišť Státního zdravotního ústavu. V této laboratoři se provádějí veškerá potvrzení **HIV** pozitivita z celého území České republiky. Zároveň vypracovává podklady pro schválení testovacích aparatur na testování **HIV** pozitivita.
- Pasteur Institute Paris** – pracoviště **Luce Montagniera**, na kterém byl údajně poprvé izolován virus **HIV**.
- PCP** – Pneumocystis carinii Pneumonia – onemocnění plic způsobené houbou Pneumocystis carinii. Spolu s **Kaposiho sarkomem** tvořilo základ první definice **AIDS**.
- PEI** – Paul Ehrlich Institute. Spolková instituce zodpovědná za povolování testů **HIV** v SRN.
- Western Blot** – testovací technika používaná většinou k potvrzování **HIV** pozitivních výsledků. Při testování **HIV** protilátek touto metodou se zjišťuje přítomnost deseti různých bílkovin ve třech skupinách. Kritéria pro interpretaci tohoto testu se v jednotlivých zemích různí, tzn. že stejný výsledek testu (= určitý počet reagujících bílkovin z určitých skupin) může být v jedné zemi považován za pozitivní, v jiné za neurčitý a v jiné za negativní. V Anglii bylo používání tohoto testu na počátku 90. let zamítnuto.
- WHO** – World Health Organization – Světová zdravotnická organizace se sídlem v Ženevě. Provádí monitoring zdravotního stavu jednotlivých zemí po celém světě. Vytvořila definici **AIDS** pro rozvojové země, která je dosud platná, a několik definic pro vyspělé země – včetně té, která dosud platí u nás a v ostatních evropských zemích.

Úvod

Země koulí obchází strašidlo, strašidlo jménem AIDS.

Je to přece zvláštní: Virus, který v průmyslových zemích přitahují především muži-homosexuálové, se v Africe této náchylnosti vzdává a napadá zde děti, ženy a heterosexuální muže.

Tento virus má i další zvláštnosti. To vědí všichni, kdo dnes žijí na východ od dřívější hranice mezi Východem a Západem. Už dlouho předtím, než byla tato hranice na obě strany otevřena, kontakt mezi Západem a Východem existoval. Ale zatímco se na Západě rychle šířil virus, který si oblíbil zejména muže-homosexuály oděné v kůži, vypadalo to, jako by měl jakýsi podivný strach z lidí žijících na východ od železné opony. Že by se bál komunistů?

Je to skutečně vědecká záhada. Na mezinárodním kongresu o AIDS v roce 1998 v Ženevě drželo před budovou Světové zdravotnické organizace (WHO) hladovku několik španělských občanů, kterým bylo řečeno, že jsou infikováni smrtelným virem HIV. Jejich cílem bylo získat od WHO nebo od někoho z 12 000 účastníků konference vědecký důkaz o existenci tohoto viru. Nic víc, nic méně. Každý den zasílali dopis s tímto požadavkem prezidentu konference Dr. Hirschelovi. Od oznámení objevu tohoto viru vládou Spojených států uběhlo 16 let. Po celém světě byly použity miliardy dolarů na výzkum HIV, ale žádný důkaz dotyční neobdrželi.

V Německu a ve Španělsku jsou už mnoho let zdravotnické úřady žádány o předložení vědeckého důkazu existence viru. Španělské úřady přiznávají, že žádné důkazy k dispozici nemají. V Německu jsou občané odkazováni na knihovny, kde však tento důkaz hledají marně.

Zatímco virus smrtelně řádí v Africe, v Thajsku se prosazuje jen ztěžka, a to i přes nemalou finanční výpomoc, zejména ze strany USA. Světová zdravotnická organizace z Thajska ohlašuje statisíce infikovaných, kteří však jaksí nechtějí umírat. Teprve uprostřed devadesátých let přišla do Thajska pro AIDS-investory spása: virus konečně napadl i heterosexuální muže na severu země (což přesně korelovalo s nástupem nových drog z Barmy).

A jak řadí smrtící virus v Africe? Lidé s průjmem, podvýživou a horečkou, nedostatečnou stravou ve špatných hygienických podmínkách, aniž by byli testováni, jsou označeni jako nemocní AIDS a obdrží „léky“, které způsobí přesně to, co má způsobit virus – že umírají. Mnozí umírají také ze strachu. Těmto chudákům byla zničena jejich kulturní identita, už když přišli do země křesťanští misionáři s křtelnicemi. Před podobným zničením identity pomocí křtelnic jsou lidé v Thajsku prozatím imunní.

Kdyby v souvislosti s AIDS neumírali lidé, kteří na základě výsledků testů berou léky, jež i podle přiložených návodů k užívání způsobují přesně to, co se tvrdí o viru (ničení buněk imunitního systému), dalo by se na AIDS pohlížet jako na jeden z nejpovedenějších žertů na této planetě.

V souvislosti s AIDS se zdá jako postavené na hlavu také to, co bylo dříve označováno jako věda. Ve vědě minulých časů byl ten, kdo předkládá tvrzení, povinen zpřístupnit i důkazy. Pokud někdo tvrdil, že na nějaké planetě existují malí zelení mužičci se sedmkrát zakrouceným ocasem, ležela na něm povinnost toto tvrzení dokázat. Tato konzervativní vědecká pozice zde bude obhajována: Důkazy musí zpřístupnit ten, kdo něco tvrdí a tvrzení rozšiřuje, ne ten, kdo tvrzení zpochybňuje.

Tato kniha z tohoto pohledu není polemikou k tvrzením o AIDS. Ta by byla možná jen tehdy, kdyby bylo prvotní stanovisko dostatečně fundované, což v tomto případě není. Cílem této knihy je nastolit otázky týkající se AIDS a přinutit k předložení důkazů ty, kdo tvrzení o AIDS šíří.

Jestliže česká vláda nepředloží ani po vydání této knihy žádné vědecké důkazy pro svá tvrzení o AIDS, která slepě převzala od západních vlád, pak je tato kniha více než varováním před otrockým přebíráním lékařsky relevantních „vědeckých“ teorií Západu.

Byl-li s AIDS doposud konfrontován jen malý počet českých občanů, s přejímáním těchto teorií pozeňnaných Západem byli konfrontováni takřka všichni. Jak se tyto teorie dotýkají samotných principů humanismu, není nutné rozebírat.

Je svoboda na Západě tak svobodná, jak se tváří? Jsou lidská práva na Západě skutečně na prvním místě...?

Na tyto a mnoho dalších otázek se zřejmě vyplatí hledat odpovědi.

Karl Krafeld & David Šubík

Virus HIV?

Dne 23. 4. 1984 seznámila vláda USA celý svět se zcela novou skutečností: nemoc, původně nazývaná GRID,^{*} posléze přejmenovaná na AIDS, je způsobena virem, který dnes všichni známe pod zkratkou HIV. Tuto zprávu prezentovala tehdejší ministryně zdravotnictví Hecklerová a jako objevitele nového smrtonosného viru představila státního výzkumníka z National Cancer Institute – Dr. Roberta Galla.

Ke dni oznámení objevu neexistovala jediná publikace, která by tuto informaci dokládala. Teprve měsíc po této tiskové konferenci Dr. Gallo publikoval v časopise Science články, které měly doložit jeho objev. Paradoxně tyto články nevnese do problému více světla, ale pouze věc zkomplikovaly. Vztah mezi prezentovaným virem a nemocí AIDS nebyl v žádném případě kauzální, jak bylo prezentováno během tiskové konference – naopak, u více než 50 % pacientů s AIDS v jeho skupině nebyla prokázána přítomnost proklamovaného viru, a navíc už po prvních dvou publikacích bylo zřejmé, že Gallo zveřejnil pouze to, co již rok před ním publikovala výzkumná skupina Luce Montagniera z Pasteurova institutu v Paříži. [1, 2] Jediný rozdíl byl v tom, že Montagnierova skupina v roce 1983 nedávala rovnítko mezi HIV a AIDS. [3]

Deset let se táhl spor mezi vládami obou zemí o prvenství objevu tohoto „viru“, ale od roku 1994 již platí jako nesporné, že Gallo pouze kultivoval a později publikoval jako vlastní objev substanci, kterou mu Montagnier zaslal v roce 1983 za účelem přezkoumání.

Přesto se od onoho aprílového dne v roce 1984 pokládá za dokázané, že se v případě AIDS jedná o virem přenášenou infekční chorobu. Jediná nejistota panovala v otázce, kdo tento virus objevil. Nikdo se nezabýval tím, **co** skutečně objevil.

* GRID – Gay Related Immune Deficiency – S homosexualitou spojená imunitní nedostatečnost. Původní diagnóza AIDS vytvořená na základě pozorování pěti homosexuálních mužů s Kaposiho sarkomem a Pneumocistis carinii pneumonií.

Uběhlo deset let sporů o prvenství objevu HIV, když jeden německý časopis otiskl článek virologa Dr. Lanky, ve kterém je jasně doloženo, že ani Montagnier, ani Gallo neprokázali virus způsobem, který by odpovídal vědeckým standardům virologie. Ty znal Dr. Lanka velmi přesně, neboť ještě jako student na univerzitě v Kostnici musel obhajovat objev tehdy neznámého viru. Požadavky, které na něj kladla vědecká obec a které musely být splněny u všech předchozích virů, nebyly nikdy naplněny v případě HIV. To bylo podstatou jeho článku z roku 1994. [4]

Mezitím se výzkumem HIV a AIDS zabývaly početné skupiny vědců, do kterých se investovaly miliónové částky všech měn vyspělých zemí, aniž by kdo přezkoumával samotnou podstatu hypotézy: „HIV způsobuje AIDS“. A to vše i přes to, že kolem objevu tohoto nového viru bylo mnoho nejasností a že vědecká pověst Dr. Galla nebyla zrovna nejlepší. V odborných kruzích byl Gallo pokládán za toho, jehož tvrzení nemůže převzít bez přezkoumání žádný vědec, který by chtěl být brán vážně. To mimo jiné dokládají dvě kapitoly v knize slavného matematika Serge Langa „Challenges“, která se zabývá nejzávažnějšími proviněními se vůči vědecké etice v USA. Dvě z osmi kapitol se zabývají právě případem Roberta Galla a HIV/AIDS. [5]

Proč nejen výzkumy Roberta Galla a Luce Montagniera, ale i většiny ostatních vědců, kteří se zabývali HIV – coby tzv. retrovirem – musely zákonitě vést k falešným závěrům, Stefan Lanka vysvětluje v jednom z rozhovorů:

„Zabýval jsem se otázkou, co jsou viry zač z pohledu evolučního, protože to vypadalo, jako by neměly žádnou jinou funkci než budit hrůzu a zabít ostatní buňky. Tak jsem se pustil do vývojové biologie a zjistil jsem, že první genetickou molekulou života byla RNA a teprve později se objevila DNA. Každý z našich genomů i genomů vyšších rostlin a zvířat je výsledkem takzvaného zpětného přepisu (reverzní transkripce): RNA přepsaná do DNA.

*Už tehdy jsem si uvědomil, že uvažování o molekulární genetice bylo velmi dogmatické. Základní dogma se vytvořilo na počátku 60. let a snaží se udržet dokonce ještě dnes, ačkoli je směšné. Toto dogma říká, že se DNA chová stále stejným způsobem: „DNA vytváří RNA, RNA nemůže být přepsána zpět do DNA, RNA může vzniknout pouze na základě DNA.“ To bylo a je centrální dogma molekulární genetiky. Zjistil jsem, že tento druh uvažování měl kořeny ve výzkumech, které byly podporovány „semenářským“ průmyslem ve Spojených státech a celý souhrn už existujících znalostí byl potlačen, nebo dokonce pomluven jako „líná věda“, protože většina těchto poznatků pocházela z Evropy. Tito vědci však správně položili základy, které vycházely z toho, že genetický materiál stabilní **není** (zvýraznil autor). Je to proces změny a to znamená, že genetický materiál může být a je zpětně přepisován. Přepis probíhá **oběma** (zvýraznil autor) směry...*

Během studia vývojových aspektů biologie jsem si rychle uvědomil, že zpětný přepis je běžným jevem pro **všechny** (zvýraznil autor) formy života a ve skutečnosti je základem všech jeho vyšších forem. Později jsem se naučil, že zpětný přepis slouží jako opravný mechanismus pro DNA v chromozomech. Hlavní proud molekulárních genetiků se přesto stále odvolává na centrální dogma: „Nic takového jako zpětný přepis z RNA do DNA neexistuje.“ Když v roce 1970 byl biochemicky detekován zpětný průběh genetického materiálu, nikdo dogma ani nezamítnul, ani jej nezměnil. Namísto toho byl tento zpětný průběh nazván „výjimkou“, která byla vysvětlena existencí retrovirů.“ [6]

Odstrašující však není jenom to, že deset let byl obhajován virus, aniž by kdokoli vážně vědecky prokázal jeho existenci. Závažnější je to, že i šest let po zveřejnění Lankových tvrzení v Časopise Wechselwirkung v prosinci '94 nevyvrátil žádný vědec výroky Dr. Lanka pomocí standardního důkazu – tedy izolace viru způsobujícího nemoc AIDS, ačkoli k tomu Dr. Lanka celých šest let vyzýval na nejrůznějších fórech.

Článek Chybná diagnóza AIDS?, který uveřejnil časopis Wechselwirkung v roce '94 je třeba brát jako jeden z nejvýznamnějších dokumentů vědecké historie 20. století a proto zde budou citovány v překladu některé pasáže.

Dr. Lanka nejdříve odkazuje historické spojení mezi výzkumem rakoviny a výzkumem AIDS:

„Hypotéza, že tyto viry (retroviry – pozn. autor) způsobují rakovinu, se stala mezinárodním výzkumným programem, a přesto nemohl být tento předpoklad s konečnou platností potvrzen. [7] Rychlý nárůst případů rakoviny nebylo možné ani předpovědět, ani objasnit, ani nebylo možno nalézt vhodnou metodu léčení. [8] O rakovinových virech se mluvilo všude a tak jako o 13 let později u AIDS byli za rozšiřování rakoviny činěni zodpovědnými homosexuální, prostituuující osoby a černoši...“

Jak jsou identifikovány nové viry

Při izolaci virů musí být viry izolovány z buněk, tělesných tekutin, nebo z buněčných kultur a musí být zbaveny veškerých nečistot. Toto je první krok izolace a ze dvou důvodů je velmi jednoduchý. Za prvé viry vykazují v protikladu k žijícím buňkám, podle druhu, vždy stejnou velikost a tvar. Tak mohou být na základě své hustoty nebo svých sedimentačních vlastností lehce odděleny od ostatních buněčných zbytků a tím izolovány. Za druhé, již dlouho existují vhodné tekutiny, jako např. ze silikonových kuliček, které nezpůsobují žádné osmotické síly a ponechávají virové částice v izolaci intaktní.

Pro zobrazení jsou izolované viry fotografovány v elektronovém mikroskopu a musí potom vypadat přesně tak, jako částice, které jsou pozorovány v buňkách, v tělních tekutinách, nebo buněčných kulturách. Neboť mnohdy vidíme obzvlášť v tkáni placenty, rakovinové tkáni, ale často také spontánně v buněčných kulturách částice, které vypadají podobně jako viry, ale vůbec žádnými viry nejsou. Dále musí být bílkoviny viru, které tvoří obal a které genetickou substancí předávají, rozděleny podle své velikosti a vyfotografovány v elektrickém poli. Přitom se vyskytuje pro každý druh viru specifický délkový vzor, neboť se každý druh viru skládá z rozdílně četných nebo rozdílně velkých bílkovin. Totéž platí pro genetickou substancí virů, která se skládá z RNA nebo DNA a která může být různě dlouhá. Bílkoviny mohou být lehce stráveny a RNA nebo DNA, podobně jako bílkoviny, se rozloží v elektrickém poli podle délky a může se vyfotografovat. Jsou-li tyto první tři kroky zdokumentovány a liší-li se zkoumaný virus ve složení své bílkoviny a genetické substance od ostatních známých virů, můžeme mluvit o novém viru.“ [4] (zvýraznění autor)

PROČ JE IZOLACE NEZBYTNÁ

Výše popsaný krok izolace viru je zcela nezbytný nejen z důvodu doložení objevu nového viru. Australská profesorka Eleni Papadopulos-Eleopulos vyjmenovává ty důvody, pro které nelze izolaci viru obejít [9]:

- 1. Aby bylo možné dokázat, že částice, které můžeme pozorovat v buňkách nebo v krvi a které vypadají jako viry, jsou skutečně infekční – to znamená, že tyto částice jsou viry.**

Všude v těle lze pozorovat částice, které se mohou tvarem a velikostí podobat viru, ale přitom to viry nejsou. [10] Zpozorování této částice, ať už *in vitro* nebo *in vivo*, není důkazem toho, že pochází zvenčí, tzn. že je infekční, exogenní. Aby pozorované částice byly prokázány jako viry, musí být izolovány (purifikovány), musí být charakterizovány její bílkoviny a DNA/RNA.

- 2. Aby mohl být zjištěn biologický efekt pozorovaných částic.**

K tomu je absolutně nezbytné pracovat s čistými (purifikovanými) částicemi. V žádném jiném případě si nemůžeme být jisti, zda pozorovaný efekt (např. ničení některých buněk apod.) způsobují právě námi pozorované částice.

3. Aby mohly být charakterizovány virové bílkoviny.

Jediný způsob, jak dokázat, že bílkovina je virovou bílkovinou, je získat ji přímo z viru. Vzhledem k tomu, že virus je tak malá částice, je nutné pracovat s velkými počty (tisíce, milióny) virových částic. Materiál, se kterým pracujeme, však nesmí obsahovat nic jiného než virus, jehož bílkoviny chceme charakterizovat. U materiálů, které obsahují bílkovinné nečistoty není možné posoudit, která z bílkovin je virová a která ne. **Pouze poté, co jsou virové bílkoviny takto charakterizovány, mohou být použity jako antigeny v protilátkových testech.**

4. Aby mohl být charakterizován genom viru.

Stejně jako u virových bílkovin jediný způsob, jak prokázat, že daná RNA/DNA náleží výlučně viru, je ten, že jej získáme z materiálu, který obsahuje virus a nic jiného než virus. Pokud materiál obsahuje nečistoty, nesmějí obsahovat RNA/DNA. **Jedině takto získaný genom může být použit pro PCR testy a genomickou hybridizaci.**

5. Aby mohl být virus použit jako zlatý standard.

Pouze to, že virus nebo virové bílkoviny reagují s protilátkami přítomnými v pacientově séru, ještě nedokazuje, že tyto protilátky jsou namířeny proti viru nebo jeho bílkovinám. Tzn. že reakce je specifická. **K určení specifity protilátkové reakce je nezbytné použít virus jako zlatý standard** (viz příští kapitola).

Jediným způsobem ověření toho, že někdo virus skutečně izoloval, že bílkoviny a genetický materiál skutečně náleží danému viru, je to, že dotyčný spolu s prezentovanými údaji předloží fotografii **IZOLOVANÉHO** (tedy od všech ostatních částic zbaveného) viru. Pak mohou ostatní vědci nezávisle posoudit, zda jsou prezentovaná data pravdivá.

Tuto fotografii nepředložil ani v roce 1983 Luc Montagnier, ani v roce 1984 Robert Gallo. Tuto fotografii k dnešnímu datu nepředložilo žádné pracoviště na celém světě. Neexistuje tedy jediný důvod domnívat se, že k tomuto kroku kdy došlo – jinými slovy: **že virus HIV byl kdy objeven a že existuje není k dnešnímu dni možné nijak doložit.**

Když na tiskové konferenci 23. 4. 1984 oznamovala ministryně Hecklerová objevení nového viru, uvedla, že tentýž den byl objev přihlášen jako patent k ochraně práv u testovacích aparatur.

Lanka odmítá tento počin, neboť buněčné kultury, které byly základem patentové přihlášky, průkazně nebyly zničeny virem, který je údajně zničit měl.

Na tento paradox poprvé ukázal již prof. Peter Duesberg z Californské univerzity v Berkeley, který upozorňoval, že vláda USA oznamuje objev smrtelného viru, který zabíjí lidské buňky, a tentýž den předkládá u patentové přihlášky důkaz, že tento virus tyto buňky neničí.

Skutečnost je taková, že dodnes existují linie z těchto buněčných kultur, a tak jako dříve se buňky těchto kultur rychle množí a v žádném případě nejsou virem zničeny. Je tedy zjevné, že patentovou přihláškou z 23. 4. 1984 vláda USA dala najevo, že virus, který tentýž den prohlásila jako nově objevený, není v žádném případě schopen činit to, co virus činit má, tj. ničit buňky, a že si je toho plně vědoma.

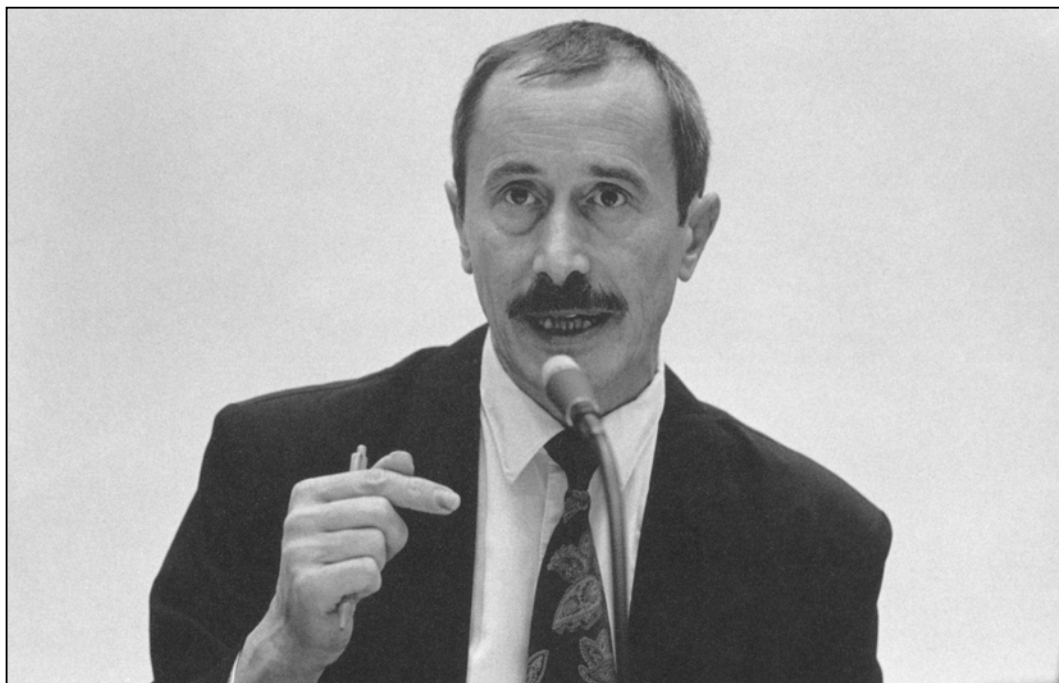
Takže hned v první den historie hypotézy „HIV způsobuje AIDS“ vyvstaly dvě na sobě nezávislé otázky:

- 1. Jak lze posoudit, zda skutečně existuje tento virus, když k tomu není žádná dokumentace?**
- 2. Jak to, že je prezentován nový infekční agens – v tomto případě virus, který má ničit imunitní buňky, když existují patentované kultury, údajně tímto virem napadené, které virem zničeny nejsou?**

Zjevně byla vypracována strategie k tomu, aby ani jedna z těchto otázek nedala možnost k otevřené vědecké diskusi, a tak se udrželo tvrzení, kterému dnes věří celý svět, totiž že AIDS je infekčním onemocněním, jehož příčinou je virus HIV...

LITERATURA:

1. Popovic, M. a kol.: Detection, Isolation and Continuous Production of Cytopathic retroviruses (HTLV-III) from Patients with AIDS and pre-AIDS. In: Science, 1984, č. 224, s. 497–500.
2. Gallo, R. C. a kol.: Frequent detection and isolation of cytopathic retroviruses (HTLV-III) from patients with AIDS and at risk from AIDS. In: Science 1984, č. 224, s. 500–503.
3. Barré-Sinoussi, F. a kol.: Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). In: Science, 1983, č. 220, s. 868–871.
4. Lanka, S.: Fehldiagnose AIDS. In: Wechselwirkung, 1994, December, s. 48–53.
5. Lang, S.: Challenges. Springer-Verlag, New York 1998.
6. Lanka, S.: Interview. In: Zenger magazine, 1998, December, s. 7.
7. Higginson, J., Muir, C. S., Munoz N.: Human cancer: Epidemiology and enviromental causes. In: Cambridge University Press, 1992.
8. Beardsley, T.: Krebs eine ernüchterende Bilanz. In: Spektrum der Wissenschaft, 1994, č. 3, s. 46–53.
9. Papadopulos-Eleopulos, E. a kol.: The Last Debate. In: Reappraising AIDS, 1999, December.
10. Lanka, S.: HIV – Reality or Artefact? In: Continuum, 3, 1995, č. 1, s. 4–9.



Karl Krafeld: „V brzkém ukončení HIV/AIDS, které s sebou přinese globální transformaci, vidím budoucnost lidské společnosti.“

Úmyslná manipulace s fakty o platnosti HIV testů ve Spolkové republice Německo

Spolková centrála pro zdravotnickou osvětu (BZgA) poskytuje jednotlivým zdravotnickým úřadům informace o provádění testu na protilátky proti HIV formou brožury, která se jmenuje *Příručka testu HIV. Pracovní pomůcka pro poradenství a provádění testů*. Je třeba vycházet z toho, že v této příručce jsou dokumentovány vědomosti jak spolkových zdravotnických úřadů, tak jejich místních poboček.

Ať nahlédneme do této příručky z roku 1993, nebo do její nejnovější reedice ze srpna roku 1999, najdeme v kapitole o vyhodnocení testů konstatování: „...*neboť nakonec je jenom testovaný člověk schopen sám pro sebe vyhodnotit výsledek testu.*“ [1] To by mohlo být hodnoceno jako velkorysý a bezesporu demokratický počin, který však v historii vědeckých metod nemá obdoby a vzhledem k tomu, že je to vážně míněná instrukce v oficiální brožure pro zdravotníky Spolkové republiky Německo, je tím bezpochyby dokumentováno vědomí, že test sám o sobě nemá vypovídací platnost s ohledem na případnou infekci virem HIV.

Jde opravdu o svérázné řešení situace, jestliže rozhodnutí, zda člověk je, nebo není napaden nevyčísitelnou infekcí nezávisí na testu, který má identifikovat obranné protilátky proti viru, jenž tuto infekci údajně způsobuje, ale na tom, jak osoba, jež tento test podstoupila, vyhodnotí sama pro sebe výsledky daného testu. V případě testovaných laiků, kterých je drtivá většina, je pak role testu zcela nejasná.

Shrnuto do jedné věty: zda je někdo infikován virem HIV – podle výše zmíněné Příručky – nemůže určit ani test na protilátky proti HIV, ani ošetřující lékař, ale pouze osoba, která test podstoupila. (!!!)

Naproti tomu v brožurách, které BZgA rozšiřuje prostřednictvím místních zdravotnických úřadů k informování testovaných osob, uvádí tatáž instituce zcela jiné tvrzení: „...*test na HIV protilátky dává jistotu.*“ tvrdí BZgA v brožure *Poznatky o HIV testu*. [2] Nikde se v ní nelze dočíst, proč dává jistotu testovaným osobám a ne těm, kteří testy pro-

vádějí. Německé zdravotnické úřady tak prokazatelně manipulují s informacemi a uvádějí ty, kteří podstupují test na HIV protilátky, úmyslně v omyl. Hlavní zodpovědnost za to bezesporu nese Spolkový zdravotnický úřad, který je autorem těchto informací. To se týká i brožury „*Když je test pozitivní*“, kterou BZgA vytvořila pro pozitivně testované. Zde stojí: „*Prokázání nákazy HIV způsobí většinou šok...*“ (zvýraznění autor) Jak mohlo dojít k „prokázání nákazy“ dříve, než testovaná osoba vyhodnotila test, musí být z pohledu lékaře stejně šokující, jako pozitivní výsledek pro testovanou osobu!

K tomuto rozporu zaujímá následující stanovisko kompetentní vedoucí referátu BZgA Dr. Wolfgang Müller v e-mailu s datem 10. 1. 2000 poslaném panu Bernardu Asshauer-Jerzimbekovi: „*V podrobné brožuře o testu (od r. 1988) je pojednáno i o chybně pozitivních výsledcích testu. Taková detailní diskuse, jako je v Příručce, není přirozeně ve stručných brožurách pro obyvatelstvo uvedena.*“

Ve skutečnosti u otázky, zda test sám o sobě dává jistotu, nejde o podrobnost odpovědi, ale o odpověď ANO/NE. Pro BZgA (resp. dr. Mülera) je NE příliš podrobná odpověď, a ANO příliš krátká odpověď. Pro testovanou osobu není v tomto případě rozdíl mezi „ano“ či „ne“ v délce. Pro takového člověka je rozdíl mezi „ano“ a „ne“ fundamentální.

Z hlediska metodologického se u každého testu rozlišují dvě základní kvality: reliability, tzn. spolehlivost a validity, tzn. platnost. Test je spolehlivý tehdy, když vede za daných okolností pokaždé ke stejnému výsledku. To mu dává možnost, aby vůbec mohl být srovnáván s jinými technikami. Spolehlivost však sama o sobě ještě nic neříká o tom, co výsledek vypovídá – například zda je v krvi přítomen virus, alkohol nebo cokoli jiného. Tuto vypovídací schopnost získá pouze tím, je-li konfrontován s přímou testovací metodou, která jediná je schopna jednoznačně určit, zda testovaná látka přítomna je, nebo není. Teprve pak lze test uznat jako validní – platný.

Platnost testovací metody konstatuje, zda test skutečně měří to, co měřit má. Platnost testu je vědecky dokazována pomocí tzv. zlatého standardu, což znamená, že nepřímá prokazovací metoda je konfrontována s přímou prokazovací metodou. Člen australského vědeckého týmu v Perthu – Valendar F. Turner – se to snaží přiblížit pomocí přirovnání: „*Pokud máte rádi analogie, tak diagnostikování infekcí pomocí protilátek, tzn. sérologickými diagnostikami, je jako snaha rozpoznat jednotlivé objekty podle stínů, které vrhají na zem. Je mezi nimi souvislost, ale mraky, budovy, stromy atd., to vše může vytvářet stíny, které mohou vypadat stejně nebo podobně.*“ [3] Takže abychom si byli jisti, že stín, který jsme rozpoznali, skutečně náleží danému objektu, musíme ho konfrontovat s objektem samotným.

U každé takové nepřímé testovací metody musíme určit dvě kritéria: specifickost a citlivost. Specifickost udává, jak často test dává falešně pozitivní výsledek, a citlivostí se rozumí, jak je test schopen reagovat na přítomnost vyhledávaného agens, tzn. jak často dává negativní výsledek, i když to, co hledáme, přítomno je. K tomu opět můžeme citovat V. F. Turnera:

„Co chce každý znát, je to, zda test může být pozitivní, i když se nejedná o HIV infekci. Jinými slovy, zda je můj test falešně pozitivní? Takže, co jsou vědci povinni udělat dávno před tím, než uvedou test do klinické praxe, je to, že určí, co známe jako specifickost testu. To znamená míru toho, jak často nám vyjde pozitivní výsledek, přestože víme, že HIV přítomen není. To je nutno ověřit izolací viru. Kdyby byl test 100% „specifický“, odpověď by samozřejmě zněla: „nikdy“... Senzitivita – citlivost je mírou toho, jak často vyjde test pozitivní, když předem víme, že to, co testujeme přítomno je. Například: pokud máme 1000 těhotných žen, zajímá nás, zda test diagnostikuje všechny jako těhotné. Pokud rozpozná pouze 980, znamená to, že jeho citlivost je pouze 98%. A naopak: zda je test „specifický“ znamená, zda může být pozitivní, i když zcela jistě víme, že žena těhotná není. Například, pokud z tisíce žen o nichž víme, že těhotné nejsou, byl jeden test pozitivní, byla by jeho specifickost 99,9%. Nikdo si nemůže dovolit uvést těhotenské testy do praxe, aniž by předem určil tyto parametry.“ [3]

Dr. Turner je členem výzkumné skupiny v Perthu, kterou vede Dr. Eleni Papadopulos-Eleopulos. V roce 1993 zveřejnila tato výzkumná skupina v časopise Bio/Technology práci, ve které bylo prokázáno, že testy na protilátky proti HIV nemohou mít vypovídací platnost, protože žádný z testů nebyl konfrontován se vzorkem lidí, u nichž byla provedena izolace viru, tj. se „zlatým standardem“. U žádného testu nedošlo k tomu, že by někdo ověřil, zda pozitivní výsledek testu skutečně odpovídá přítomnosti viru v krvi a negativní výsledek potvrzuje jeho nepřítomnost. Naopak mohou tyto testy prokazatelně reagovat pozitivně s protilátkami proti tuberkulóze, malárii a jiným onemocněním. K dnešnímu dni je známo již přes šedesát nemocí, které mohou způsobit pozitivní reakci v protilátkovém testu na HIV. Oproti tomu samotná existence viru HIV nikdy prokázána nebyla a nelze tedy ověřit, zda pozitivní výsledek těchto testů může diagnostikovat infekci virem HIV. [4]

Ve SRN jsou příslušná povolení k zavedení jednotlivých testů detekujících HIV infekci udělována Institutem Paula Ehrlicha (PEI), tzn. že tento institut garantuje správnost výsledků testů, které jsou jím schváleny k užívání. To má své důsledky i pro Českou republiku, neboť výsledky schvalovacího řízení z této instituce slouží jako podklad ke schválení jednotlivých aparatur v České republice.

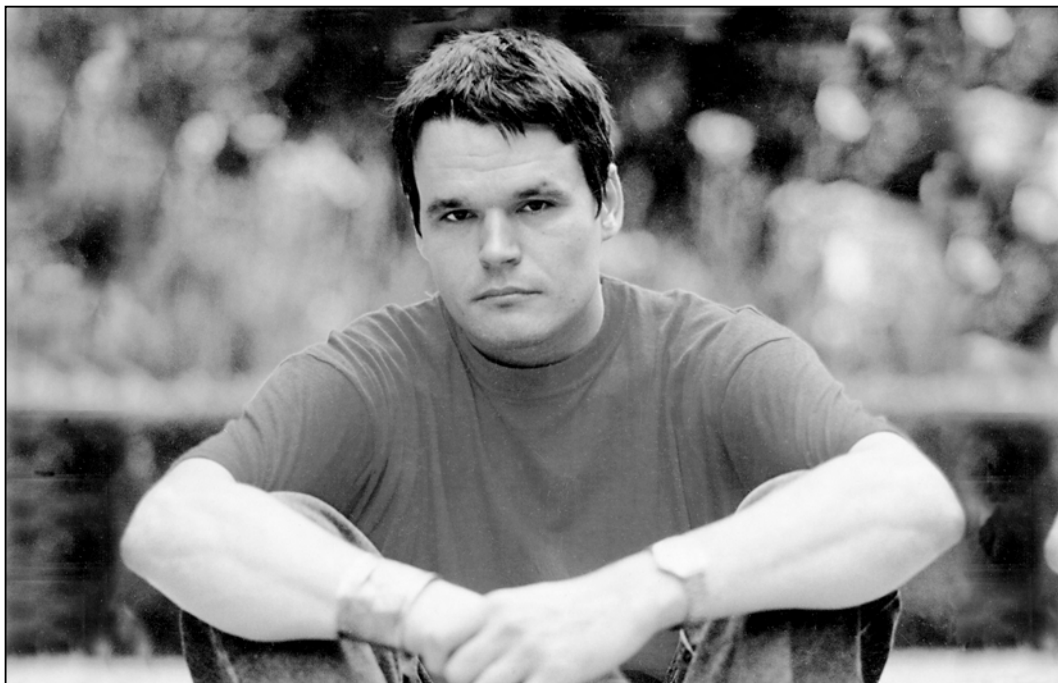
18. 9. 1995 odpovídá Dr. Löwer z Institutu P. Ehrlicha v dopise Dr. Lankovi: „*Hojně citovaná práce Papadopulos – Eleopulos a kol. (Bio/Technology 11, 1993, s. 696–707) shrnuje ve vyhodnocení četných studií problémy testovacích metod, které byly známy v odborných kruzích i v době zveřejnění...*“, čímž jinými slovy přiznává, že již v roce 1993 si byli vědomi toho, že používané testy nemají vypovídací platnost vzhledem k HIV infekci. Tím začíná být mnohem jasnější instrukce z Příručky Spolkové centrály pro zdravotnickou osvětu: „...**neboť nakonec je jenom testovaný člověk schopen sám pro sebe vyhodnotit výsledek testu.**“ (zvýraznění autor)

Platnost těhotenského testu je lehce ověřitelná: je-li test pozitivní, už po několika týdnech poznáme, že jsme se nemýlili, a nejpозději do devíti měsíců se musí dostavit „pozitivní efekt“. Vzhledem k tomu, že se HIV infekce neprojevuje **žádným** specifickým znakem (všechny nemoci a klinické stavy, které jsou zahrnuty do diagnózy AIDS, se zároveň vyskytují zcela nezávisle na HIV), jediný způsob, jak prokázat platnost testu na HIV protilátky, je ten, že by se přítomnost viru prokázala zároveň přímou průkaznou metodou. Takto ale nepostupoval žádný z výrobců běžně používaných a oficiálně schválených testovacích aparatur, jak se lze snadno dočíst v příbalových letáčích k těmto testům (viz příští kapitola). Odborníkům na AIDS a lékařům v západních průmyslových státech je (nebo by měla být) tato základní informace známa, a přesto je laické veřejnosti zapírána, ba naopak, výsledky testů jsou prezentovány jako 100 % hodnověrné.

Z trhu jsou tak stahovány testy, které jsou údajně nespolehlivé, ačkoli až do svého stažení byly vydávány za spolehlivé a jako takové se používaly. Testovaným osobám samozřejmě nikdo neoznámí, že testy, které byly dříve použity, jsou již dávno staženy a jejich používání je zakázané. Zároveň jsou zaváděny testy nové, údajně spolehlivější než ty předchozí. Všechny tyto testy něco prokazují, na něco reagují. A tak jako testy inteligence v žádném případě neměří inteligenci, ale pouze schopnost odpovídat na otázky, ze kterých jsou sestaveny, tak podobně test na HIV protilátky nedokazuje přítomnost HIV, ale pouze přítomnost běžných lidských bílkovin, které v tom daném případě pozitivně reagují. To je vše, co nám tento test může říci. K prokázání infekce virem HIV, neustále potvrzovaným jako „smrtící“ virus, jsou tyto testy – ve shodě se zdravotnickými úřady SRN – nevhodné. Navzdory všem vědomostem se nadále používají a na základě těchto testů padají „rozsudky smrti“ nad „nevinnými lidmi“.

LITERATURA:

1. Handbuch HIV Test. Arbeitshilfen zur Bertung und Testdurchführung. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1999.
2. Wissenswertes über den HIV Test. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1999.
3. Turner, V. F.: Do antibody tests prove HIV infection?. In: Continuum, 5, 1997/8, č. 2, s. 10–19.
4. Papadopulos–Eleopulos, E. a kol.: Is a Positive Western Blot Proof of HIV Infection?. In: Bio/Technology 1993, č. 11, s. 696–707.



Stefan Lanka: „Když jsem na univerzitě objevil nový virus, neizoloval jsem ho jednou nebo dvakrát, izoloval jsem ho stokrát, abych si byl 100% jistý. O HIV nenajdeš jediný důkaz tohoto nezbytného kroku.“

David Šubík

Testy HIV positivity (co říkají výrobci)

Zajímalo mne, jaké testy jsou v České republice používány k tomu, aby mohl být někdo označen jako HIV pozitivní. Napsal jsem tedy svůj dotaz do Národní referenční laboratoře HIV/AIDS a vedoucí této laboratoře (Dr. Brůčková) mi zaslala jejich seznam i s příbalovými letáky k jednotlivým testovacím aparaturám. Jsou to testovací aparatury, jejichž „registraci až doposud prováděl Státní ústav pro kontrolu léčiv na podkladě výsledků hodnocení NRL AIDS. Tato laboratoř provádí evaluaci testů jednak vlastním šetřením, jednak vyžaduje od výrobce žádajícího o registraci potvrzení o licenci udělené v některé z organizací, které tato hodnocení provádějí na široké škále vzorků. Jsou to FDA v USA, Paul Ehrlich Institut v SRN a Agence Francaise de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé.“ (Dr. Brůčková v dopise z 24. 2. 2000)

Tyto testy jsou používány jak ke „screeningu“ – tzn. prověřování krevních vzorků, zda nejsou náhodou HIV pozitivní, tak ke „konfirmasi“ – tzn. potvrzení, že skutečně HIV pozitivní jsou. Které z nich slouží jako „vyhledávací“, a které jako „potvrzovací“ nebylo ze seznamu jasné, a tak jsem se na paní doktorku Brůčkovou obrátil i s tímto dotazem. Ta mi 24. 2. 2000 odpovídá:

„Ke confirmaci pozitivních výsledků používáme kombinace různých testů. Jejich výběr provádíme individuálně podle charakteru jednotlivých vzorků, to znamená především podle výsledků získaných v terénní laboratoři a podle původu vzorku. Obvykle postupujeme takto:

- *u vysoce reaktivních vzorků provádíme pro orientaci ihned některý z registrovaných rychlých testů,*
- *opakuje vyšetření v ELISA testu téhož výrobce, který použila terénní laboratoř (tím si zároveň do určité míry ověřujeme provádění testů pro detekci HIV protilátek v terénních laboratořích),*
- *vzorek dále vyšetříme ve dvou ELISA testech různých výrobců,*

- provedeme vyšetření vzorku v některé z blotingových metod (Western Blot, Pepti Lav blot),
- provedeme vyšetření na přítomnost antigenu p24.

Tento systém konfirmačních testů nám eventuálně podá informaci, jedná-li se v pozitivním případě o infekci akutní či infekci dlouhodobější, získanou před delším časovým obdobím.

- U **nízko reaktivních** vzorků postupujeme stejně jako u vysoce reaktivních s tím rozdílem, že je-li nález negativní ve třech ELISA testech různých výrobců, provádíme dále jen průkaz antigenu p24. U **krevních dárců** s nízko reaktivními nálezy provádíme celé konfirmační schéma.

Je jasné, že u celé řady vzorků doplňujeme toto základní schéma podle potřeby, protože ne vždy dospějeme k jednoznačnému výsledku. Např. u dětí narozených HIV infikovaným matkám provádíme průkaz provirové DNA molekulárně biologickými metodami.“

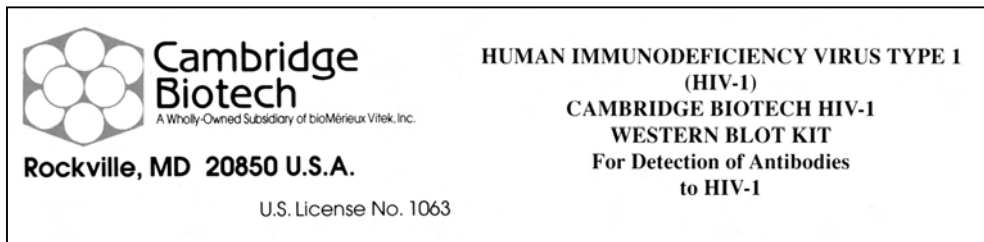
Kombinace více testů, nejasné interpretační schéma, používání různých testů pro jednotlivé případy... To jsou metody, které nelze považovat za vědecké. Tento *individuální* postup při testování mi nebyl vůbec *jasný* a tak jsem se pustil do pročítání jednotlivých lektur testovacích aparatur, které NRL používá.

Vycházel jsem z informace, kterou se může dozvědět každý lékař, který nahlédne do knihy Jaroslava Svobody Imunologie v klinické praxi I, kde se píše:

„Pokud v laboratoři vyjde při screeningovém testu (obvykle ELISA test) výsledek pozitivní, ihned z téhož vzorku krve provedeme konfirmaci (potvrzení) této positivity, protože při ELISA testech se setkáváme podle situace až v 50 % s falešně pozitivními výsledky. Případně pozitivní výsledek screeningového testu v žádném případě pacientovi neoznamujeme a pozitivitu testu pacientovi oznámíme až po konfirmaci testu (nejčastěji v systému Western Blot).“
[1, str. 122]

Zajímala mne tedy přesnost testu, který má potvrdit nebo vyvrátit výsledky, které mohou být až v 50 % *falešnými výsledky*. Upřímně řečeno není zcela jasné, k čemu je technika, která podává tak nepřesné výsledky, tzn. že je stejná pravděpodobnost, že se splete, jako že nám dá věrohodný výsledek.

V NRL používají blotingovou soupravu firmy Cambridge Biotech:



patterns over time. Although nonspecific reactivity may sometimes be attributed to autoantibodies, it is possible that in some cases the pattern may represent a cross reaction with another human retrovirus. Persons with HIV-1 infection may also present incomplete patterns due to the natural history of AIDs or other immunodeficiency states. In particular, it has been noted that AIDS patients lose antibody reactions to p24 and p31, and that infected infants may fail to seroconvert. In addition, infants may test POSITIVE for HIV-1 due to passive transfer of maternal antibodies which may persist for several months. Also, infected patients with malignancies and patients receiving immunosuppressive drugs may fail to develop a POSITIVE pattern.

Since reactivity of any degree with any of the virus-specific proteins (i.e.,

Príbalový leták str. 17:

„Nespecifická reaktivita může být také přičtena autoprotilátkám, je možné, že v některých případech výsledek reprezentuje zkříženou reakci s jiným lidským retrovirem... novorozenci mohou být testováni POZITIVNĚ na HIV 1 kvůli pasivnímu přenosu mateřských protilátek, který může přetrvávat několik měsíců. Také infikovaní pacienti se zhoubnými nádory a pacienti, kteří dostávají imunosupresivní léčbu, mohou způsobit POZITIVNÍ výsledek.“

Although a blot POSITIVE for antibodies to HIV-1 indicates infection with the virus, a diagnosis of Acquired Immunodeficiency Syndrome or AIDS can only be made clinically if a person meets the case definition of AIDS established by the Centers for Disease Control.⁴ Persons with POSITIVE blots for antibodies to HIV-1 should be referred for medical evaluation which may include additional testing. The clinical implications of antibodies to HIV-1 in an asymptomatic person are not known. However, a larger proportion of such persons have virus detectable in their peripheral blood and some will develop immunodeficiency.⁹⁻¹⁰

Príbalový leták str. 18:

„Klinické důsledky protilátek proti HIV 1 u asymptomatických osob nejsou známy.“

U tohoto testu výrobce vůbec neudává, jaká je jeho specifita a jaká je jeho citlivost. Je tedy záhadou, jak může být vůbec povolen k užívání. Jediné, co zde vidíme, je srovnání s „pěti ELISA testy, kterým byla udělena licence“. Které testovací aparatury to jsou a kdo jim udělil licenci se dále samozřejmě neuvádí. Těžko však říct, jak interpretovat výsledky, které nám tady firma Cambridge Biotech prezentuje: u 335 krevních vzorků, které vyšly u jednoho nebo více z pěti ELISA testů jako pozitivní, vyšlo u Western Blot testu pozitivních pouze 179 – tedy 53,4 %. 178 negativních výsledků pěti ELISA testů je konfrontováno se 163 negativními výsledky Western Blotu – tedy 91 % shoda. 45 vzorků vyšlo ve Western Blotu jako neurčitelné.

Výrobce upozorňuje na možnost falešně pozitivních výsledků, ale jejich vyčíslení ve formě udání specifičnosti tohoto testu nelze najít.

TABLE B
WESTERN BLOT INTERPRETATION AS DEFINED
WITHIN CLINICAL GROUPS^a

Clinical Group	ELISA Status	Number Studies	Number (%) NEGATIVE	Number (%) INDETERMINATE	Number (%) POSITIVE
Low Risk	Negative ^b	86	73(85)	13(15)	0(0)
	Positive ^c	278	123(44)	29(11)	126(45)
High Risk	Negative ^b	92	90(98)	2(2)	0(0)
	Positive ^c	57	3(5)	1(2)	53(98)
AIDS	Unknown	52	0(0)	0(0)	52(100)

^aUsing criteria outlined under INTERPRETATION OF RESULTS.

^bNegative on up to five licensed ELISA tests.

^cRepeatedly reactive on one or more of five licensed ELISA tests.

V posledním řádku tabulky „B“ máme kategorii AIDS. Výrobci není známo, jak u těchto padesátidvou krevních vzorků dopadly výsledky ELISA testů, v každém případě Western Blot je označil všechny jako pozitivní. To nám však stále nic neříká, protože diagnóza AIDS je diagnóza klinická, u níž se AIDS liší například od tuberkulózy právě pozitivním výsledkem v testu HIV. Porovnávat tyto hodnoty znamená pohybovat se v tautologickém kruhu: HIV pozitivní test předurčuje podmínky pro AIDS, AIDS předurčuje podmínky, za kterých má být test pozitivní. To je samozřejmě směšné. Pokud není test konfrontován s přímým důkazem existence infekčního činitele, v tomto případě s oním strašidelným HIV, nelze jej brát vůbec v potaz.

Jediná šance tedy byla, že snad alespoň jeden z oněch ELISA testů takto vyhodnocen byl. V takovém případě by však stačilo ke srovnání používat tento jeden test, který by byl přesně citován, a ne soubor pěti blíže nespecifikovaných testů.

V každém případě jsem začal pročítat letáky k jednotlivým ELISA testům:

HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS (HIV-1/HIV-2): (RECOMBINANT, SYNTHETIC PEPTIDE ANTIGEN)	E
ABBOTT HIV-1/HIV-2 3RD GENERATION PLUS EIA	B7A840
Note Changes Highlighted	67-6410/R7
NAME AND INTENDED USE ABBOTT HIV-1/HIV-2 3RD GENERATION PLUS EIA is an <i>in vitro</i> enzyme immunoassay for the simultaneous detection of antibodies to Human Immunodeficiency Viruses type 1 and/or type 2 (HIV-1/HIV-2) in human serum or plasma.	
<small>© 1994, 1998 Abbott / Printed in Germany / ABBOTT HIV-1/HIV-2 3RD GENERATION PLUS EIA September 1998</small>	

SENSITIVITY AND SPECIFICITY

At present there is no recognized standard for establishing the presence or absence of antibody to HIV-1 and HIV-2 in human blood.

Apparent sensitivity for HIV-1 and HIV-2 antibody is expressed in terms of detection rate using confirmatory assay results (Western Blot) as a basis for comparison.

Apparent specificity is based on testing of random blood donors (serum and plasma specimens). The studies show that:

Příbalový leták str. 8:

„Nyní neexistuje uznávaný standard pro stanovení přítomnosti nebo nepřítomnosti protilátek proti HIV 1 nebo HIV 2 v lidské krvi.

Prohlášená citlivost pro HIV 1 a HIV 2 protilátky je vyjádřena pomocí míry detekčnosti za užití konfirmačních testovacích výsledků (Western Blot) jako podkladu pro srovnání.

Prohlášená specifita je podložena testováním náhodně vybraných krevních dárců (vzorků krevního séra a plazmy).“

K tomu lze dodat pouze řečnickou otázku, jak to, že v září 1998, kdy byl tento leták vytištěn, „neexistuje uznávaný standard pro stanovení přítomnosti nebo nepřítomnosti protilátek proti HIV 1 nebo HIV 2 v lidské krvi“? Tzn. že čtrnáct let po patentu na tento test neexistuje standard pro detekci?

Bohužel je tomu přesně tak a jen málo komu se to podaří vyslovit tak pregnantně jako firmě Abbott. Vzhledem k tomu, že tento test je srovnáván s Western Blotem, pátral jsem dál, jestli přece jenom některá z testovacích aparatur standard na testování HIV nezná...

Dalším ELISA testem používaným v NRL je:



9 Limitations of the procedure

All highly sensitive immunoassay systems have a potential for nonspecific reactions; therefore, the specificity of repeatably reactive specimens should be verified using appropriate test methods.

Příbalový leták str. 13

„Všechny vysoce citlivé imunotestovací systémy mají možnost nespecifických reakcí; proto by specifická u opakovaně reaktivních vzorků měla být ověřena použitím příslušných testovacích metod.“

10 Performance characteristics of the test

Vironostika HIV Uni-Form II *plus O* was evaluated by Organon Teknika Development Laboratories for sensitivity in seroconversion panels from Boston Biomedica Inc. (BBI), Serologicals Inc. and an in house panel of the CLB (Blood transfusion services, Amsterdam), and in serum samples from persons in different stages of HIV infection, including anti-HIV-1 group O samples. The specificity was evaluated using random donor samples.

The results are summarized in Tables 1, 2 and 3.

For all panels, Vironostika HIV Uni-Form II *plus O* met the sensitivity requirements for third generation assays for anti-HIV.

Citlivost testu, jak lze vyčíst z poznámky, je srovnávána s třetí generací ELISA testů – jako je například výše uvedený ABBOTT, specifická byla vyhodnocena na základě testování náhodně vybraných vzorků dárcovské krve.

Následujícím testem je ELFA test francouzského výrobce bioMérieux sa:

30 114	08204E - 10/98
VIDAS HIV DUO (HIV4)	
<i>Pour diagnostic in vitro</i>	
VIDAS HIV DUO est un test de dépistage de l'infection à VIH automatisé sur le système VIDAS, basé sur la détection combinée de l'antigène p24 de VIH-1 et des immunoglobulines G anti-VIH 1 et anti-VIH 2 dans le sérum ou le plasma humain par technique ELFA (Enzyme Linked Fluorescent Assay).	

Interpretation :	
1) Samples with a test value lower than 0.25 are considered to be negative, within the performance limitations of the reagent. In cases of suspected primary infection, values ≥ 0.25 must be interpreted with caution.	should be tested for. In the case of a positive result, this must be confirmed after neutralization.
2) Samples with a test value higher or equal to 0.25, should be retested :	N.B. : according to the legislation in force in certain countries, it may be necessary to test a second sample by Western Blot.
- Repeatable positive samples with VIDAS HIV DUO should be confirmed first of all by another ELISA test. If this second ELISA test is negative, p24 antigenemia	- Non-repeatable positive samples should be studied using further tests, if necessary using a new sample collected two weeks later.
	N.B. : country-specific requirements for HIV diagnostics must be taken into account if necessary.

Příbalový leták str. 4:

„Opakovaně pozitivní vzorky u VIDAS HIV DUO by měly být nejprve potvrzeny jiným ELISA testem. ...s ohledem na platnou legislativu některých zemí může být nezbytné znovu vzorek testovat pomocí Western Blotu.“

PERFORMANCE	
1. Sensitivity - Specificity	
6278 samples were tested in 10 sites in comparison with at least one other reference technique.	antigenemia level (before and after neutralization).
All samples found to be positive were confirmed using a Western Blot and/or EIA technique to determine the p24	The samples found to be indeterminate after confirmation were not used for the performance calculation, if the result was not validated using a second sample.

Příbalový leták str. 4:

„Citlivost – Specificita

6278 vzorků bylo testováno na deseti pracovištích ve srovnání s alespoň jednou referenční technikou. Všechny vzorky, které byly shledány pozitivními, byly potvrzeny užitím Western Blotu a/nebo EIA technikou...“

Je tedy zcela zjevné, že ani tento fluorescentní test k určení antigenu p24 a imunoglobulinů G standard pro testování HIV udávat nemůže.

Screeningový ELISA test firmy Sanofi Pasteur:

GENSCREEN® HIV1/2 version 2

1 plate - 96 tests	72278
5 plates - 480 tests	72279

**SCREENING KIT FOR THE DETECTION
OF ANTIBODIES TO HIV1 AND HIV2
IN SERUM/PLASMA BY ENZYME IMMUNOASSAY**

sanofi
PASTEUR

Sensitivity studies with GENSCREEN® HIV1/2 version 2 test have been performed on positive samples from patients diagnosed with AIDS or related complex (ARC) and on sensitivity panels with documented samples from patients recently infected by HIV virus.

- the HIV1 group M sensitivity was 100%. It has been evaluated on 223 diagnosed with AIDS or related complex (ARC).
- the HIV2 sensitivity was 100%. It has been evaluated on 119 diluted or undiluted samples from positive samples confirmed by Western-Blot.
- the sensitivity on HIV-1 group M seroconversions and HIV1 group O was satisfactory.

The specificity of the test on blood bank donors was 99,98% on 5025 tested samples.

Highly sensitive ELISA technic may produce false positive results.

To verify the specificity of the reaction, every positive result (in accordance with the interpretation criterias of GENSCREEN® HIV1/2 version 2 test) should be confirmed with an appropriate method (Western-Blot).

Heating of samples may affect the quality of the results .

The colorimetric method, for the sample and conjugate deposition verification does not allow to verify the accuracy of the dispensed volume of samples and conjugate. This method shows only the presence of sample and conjugate. The rate of wrong answers with this method is closely linked to the accuracy of the utilized system (cumulated coefficient of variation of dispensing and reading over 10% significantly decrease the quality of the verification) .

Příbalový leták str. 14:

- *Citlivost skupiny M HIV 1 byla 100%. To bylo vyhodnoceno na základě 223 lidí diagnostikovaných jako AIDS nebo ARC (k AIDS se ze vztahující se komplex – pozn. autor).*
- *Citlivost HIV 2 byla 100%. To bylo vyhodnoceno podle 119 zředěných nebo nezředěných vzorků z pozitivních vzorků potvrzených Western Blotem.*

Specifická testu u banky krevních dárců na 5 025 testovaných vzorcích byla 99,98%.“

Příbalový leták str. 15:


„Vysoce citlivá ELISA-technika může způsobit falešně pozitivní výsledky... K ověření specifčnosti reakcí by měl být každý pozitivní výsledek (ve shodě s interpretačními kritérii...) potvrzen příslušnou testovací metodou (Western Blot).“

Výrobce na jednu stranu tvrdí, že citlivost testu je 100% a specifčnost 99,98%, na druhou stranu však varuje před falešnými pozitivitami. Není jasné, zda myslí jiné než 2 z 10 000, na které poukazuje 99,98% specifčnost. Především ale chybí důkaz toho, že ať už negativní, nebo pozitivní vzorky, které byly k vyhodnocení testu použity, byly skutečně negativní, nebo pozitivní.

NRL používá ještě další dvě testovací soupravy firmy Sanofi Pasteur:

GENELAVIA® MIXT	
1 Plate	72266
5 Plates	72267

**SCREENING KIT FOR THE DETECTION OF ANTIBODIES
TO HIV1 AND HIV2 IN SERUM/PLASMA
BY ENZYME IMMUNOASSAY**



13- LIMITATIONS OF THE PROCEDURE

A negative result indicates that the tested sample does not contains HIV antibodies. It does not preclude the possibility of exposure to, or infection with HIV.

A positive result indicates that the tested sample contains antibodies to HIV1 and/or HIV2.

The exact nature of these antibodies can then be confirmed by means of the ELAVIA ® Ac-Ab-AkI and ELAVIA ® Ac-Ab-AkII. test kits.

Positive samples must be retested in duplicate. All repeatably reactive results should be confirmed with an appropriate method (Western Blot)
False reactive results may occur with enzyme immunoassays. This is largely due to non respect of the good laboratory practice and operating procedure.

14- REFERENCES

See French version.

Příbalový leták str. 14:

„Pozitivní vzorky musí být znovu přetestovány. Všechny opakovaně reaktivní výsledky by měly být potvrzeny vhodnou metodou (Western Blot). U enzymových imunoanalýz se mohou vyskytnout falešně pozitivní výsledky. To je převážně způsobeno nerespektováním řádné laboratorní práce a pracovních postupů.“


Údaje, které výrobce uvádí v souvislosti s citlivostí a specificitou, jsou jako u ostatních bezcenné.

Genetic Systems™ HIV-1 Ag Confirmatory Assay

For Confirmatory Neutralization of Genetic Systems™ HIV-1 Antigen EIA Reactive Specimens

For in vitro diagnostic use 71121 • 25 tests

Revised: December 1998



Specificity

A total of 2063 fresh serum (941) and plasma (1122) samples from a blood donor population were tested with the Genetic Systems™ HIV-1 Ag EIA. All of the samples were negative based on previous results of HIV Ab screening and detection of HIV antigen. This specificity study was performed at the two incubation temperatures indicated in the package insert protocol. The two samples found to be repeatedly false positive were not neutralized by the confirmatory test.

Sensitivity

SFTS Panel 96 and Positive Samples

A sensitivity study was conducted with 74 samples (SFTS panel positives and positive patients with different stages of HIV-1 infection) found repeatedly reactive with the Genetic Systems™ HIV-1 Ag EIA. Seventy-two (72) samples repeatedly reactive with the Genetic Systems™ HIV-1 Ag EIA were all confirmed with the Genetic Systems™ HIV-1 Ag Confirmatory Assay. Two patient samples, nonreactive with another EIA test, were not confirmed with the neutralization test.

Příbalový leták str. 15

Specificita: byla určována na základě srovnání s enzymovou imunoanalýzou (EIA) téhož výrobce. Citlivost: taktéž porovnávána s EIA téhož výrobce. Přitom tento test má v názvu, že je to test pro ověřovací zrušení reaktivních (tzn. pozitivních) výsledků tohoto EIA testu. Ani slovo se nepíše se o tom, že by jeden nebo druhý test byl konfrontován s přímou testovací metodou.

Dalšími dvěma testy jsou ELISA testy firmy Murex:

Español/C01VK54ES **Codigo del Producto**
Wellcozyme* HIV 1 + 2 VK54/55

Enzimoimmunoensayo para la detección de anticuerpos frente al virus de la Inmunodeficiencia Humana tipos 1 y 2 (HIV-1 y HIV-2)

99,74% (6093/9117) fueron inicialmente no reactivas; 0,26% (24/9117) fueron inicialmente reactivas, y 0,08% (7/9117) fueron repetidamente reactivas.

La **especificidad** de la prueba con muestras europeas, considerando un 0% de prevalencia de anticuerpos HIV en donantes seleccionados al azar, se estima en un 99,92% (9110/9117).

Muestras clínicas
 Wellcozyme HIV 1+2 fue examinado en muestras de suero de pacientes enfermos de SIDA, CRS, condiciones asociadas al SIDA (incluyendo linfadenopatía e infecciones oportunistas), o en muestras de grupos de alto riesgo.

Las muestras de pacientes aquejados de otras enfermedades no relacionadas con el SIDA (incluyendo las afecciones víricas agudas, enfermedades de autoinmunidad y neoplasias) fueron ensayadas también. Los resultados están recopilados en la Tabla 2.

Aparte de las muestras antes indicadas, se analizaron cuatro paneles comerciales de seroconversión, y 22 muestras de 11 pacientes en curso de seroconversión. Wellcozyme HIV 1+2 detectó la existencia de anticuerpos HIV antes que el Western Blot muestra bandas del core y de la envoltura en los cuatro paneles comerciales y en tres de los 11 pacientes hospitalizados. En las otras 8 muestras de pacientes hospitalizados, los datos Western Blot no estaban disponibles, pero Wellcozyme HIV 1+2 detectó la existencia de anticuerpos HIV en el mismo tiempo que otros enzimoimmunoensayos sensibles.

La **sensibilidad** del Wellcozyme HIV 1+2 frente a los anticuerpos HIV-1, suponiendo un 100% de prevalencia de anticuerpos HIV-1 en pacientes Europeas de SIDA y CRS, se estima en un 100% (224/224).

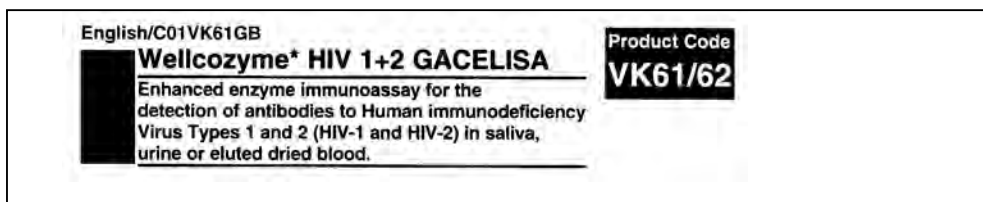
Muestras Clínicas Europeas
Reactividad de sueros de pacientes con SIDA, Condiciones asociadas al SIDA, alto riesgo de SIDA, y otras enfermedades

Grupo clínico	Nº de muestras	Anticuerpo positivo mediante el Wellcozyme HIV 1+2	Anticuerpo confirmado por Western Blot
SIDA	117	117	117
Complejo relacionado con el SIDA	107	107	107
Alto riesgo ^a	391	220 ^b	219
Varicos ^c	15	13	13
Enfermedades ^d			
Nº relacionadas con el SIDA	140	1	1

^a confirmación por Western Blot y/o, como mínimo, dos inmunoensayos alternativos.
^b Pacientes pertenecientes a grupos de riesgo establecidos.
^c Pacientes con condiciones asociadas al SIDA (Linfadenopatía generalizada persistente) o

Specificita je „odhadnuta“ na 99,92 % na základě testování evropských krevních vzorků náhodně vybraných krevních dárců. To, že tito dárci byli HIV negativní se pouze „předpokládalo“, o žádném přímém ověření není ani zmínka.

Citlivost je „odhadnuta“ na 100 % testováním vzorků, u nichž se „předpokládala“ přítomnost protilátek proti HIV. Ta, jak vyplývá z poznámky „a“ pod tabulkou č. 2, byla ověřena pomocí Western Blot testu a/nebo minimálně dvěma různými imunoanalýzami.



Enzymová imunoanalýza pro detekci protilátek proti HIV typu 1 a 2 ve slinách, moči nebo uschlé krvi.

Spolehlivost testu byla porovnávána pouze s jinými imunoanalýzami. Jakých výrobců, není uvedeno:

TABLE 1

Detection of Antibody to HIV in Saliva Samples

Region	No. of Samples	Antibody Positive by Wellcozyme HIV 1+2 GACELISA	Parallel Serum Positive by Alternative HIV 1+2 EIA
Africa	491 ^a	200 ^b	202 ^c
Asia	2030	266 ^d	265 ^e
Europe	743 ^f	313 ^a	311
TOTAL:-	3264	779	778

TABLE 2

Detection of Antibody to HIV in Urine

Region	No. of Samples	Antibody Positive by Wellcozyme HIV 1+2 GACELISA	Parallel Serum Positive by Alternative HIV 1+2 EIA
Africa	491 ^a	143 ^b	142
Europe	462 ^c	173	173
TOTAL:-	841	278	278

TABLE 2

Detection of Antibody to HIV in Urine

Region	No. of Samples	Antibody Positive by Wellcozyme HIV 1+2 GACELISA	Parallel Serum Positive by Alternative HIV 1+2 EIA
Africa	491 ^a	143 ^b	142
Europe	462 ^c	173	173
TOTAL:-	841	278	278

Poslední dva testy, jejichž příbalové letáky mi byly zaslány NRL, pocházejí od firmy Abbot:

Determine™
HIV-1/2

This package insert must be read carefully prior to use. Package insert instructions must be followed accordingly. Reliability of assay results cannot be guaranteed if there are deviations from the instructions in this package insert.

- No test provides absolute assurance that a sample does not contain low levels of antibodies to HIV-1 and HIV-2 such as those present at a very early stage of infection. Therefore a negative result at any time does not preclude the possibility of exposure to or infection with HIV-1 or HIV-2 viruses.
- Positive specimens should be retested using another method and the results should be evaluated in light of the overall clinical evaluation before a diagnosis is made.
- Whole blood or plasma specimens containing anticoagulants other than EDTA may give incorrect results.

Příbalový leták str. 1:

„Pozitivní výsledky by měly být znovu přetestovány za použití jiné metody a výsledky by měly být vyhodnoceny v kontextu celkového klinického vyhodnocení dříve, než je vyřčena diagnóza.“

Citlivost (100 %) a specifita (99,87 %) testu byla určena opět srovnáním s nespecifikovanými komerčně dostupnými testy.

PERFORMANCE CHARACTERISTICS
SPECIFICITY
 A total of 1,594 serum and plasma specimens from Asia, West Africa, and North America were tested by Abbott Determine HIV-1/2 and a commercially available test (Table I).

Table I
 Specificity of Abbott Determine HIV-1/2

Population	Number of Specimens Tested	Negative by Abbott Determine HIV-1/2	Negative by a Commercially Available Test

SENSITIVITY
 A total of 869 HIV-1 and HIV-2 antibody positive serum and plasma specimens from Asia, Africa, North and South America were tested by Abbott Determine HIV-1/2 and a commercially available test (Table III).

Table III
 Sensitivity of Abbott Determine HIV-1/2

Population	Number of Specimens Tested	Positive by Abbott Determine HIV-1/2	Positive by a Commercially Available Test
HIV-1 Positive	521	521/521 (100.00%)	521/521 (100.00%)
HIV-2 Positive	114	114/114 (100.00%)	114/114 (100.00%)
HIV-1 Subtypes A-G	222	222/222 (100.00%)	Not Tested Not Tested
HIV-1 Group O	12	12/12 (100.00%)	Not Tested Not Tested
Total	869	869/869 (100.00%)	635/635 (100.00%)

A total of 102 seropositive whole blood specimens from Thailand were tested with paired serum and plasma by Abbott Determine HIV-1/2. Thirty-two of the whole blood specimens were collected by both venipuncture and fingerstick (Table IV).

ANTIBODY TO HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS TYPE 1
⊠ HIVAG-1 Monoclonal

B1A010

Note Changes Highlighted

82-8515/R8

Enzyme Immunoassay for the Detection of Human Immunodeficiency Virus Type 1 (HIV-1) p24 Antigen in Human Serum or Plasma.

99.83%. (See SPECIFIC PERFORMANCE CHARACTERISTICS, Section II, Specificity). Nevertheless, the predictive value of a positive test is strongly influenced by the prevalence of the condition in the population tested.

IN LOW RISK POPULATIONS, where the rate of HIV-1 infection may not exceed 0.1%, the rate of HIV-1 p24 antigen positivity could be as low as 0.01%. Assuming a test sensitivity of 100%, the positive predictive value of a repeatedly reactive test would be only 5.9%, i.e. only six tests per 100 would be true positives. For this reason, IT IS STRONGLY RECOMMENDED THAT THE ⊠ HIVAG-1 MONOCLONAL BLOCKING ANTIBODY PROCEDURE BE PERFORMED ON ALL CLINICAL SAMPLES THAT ARE REPEATABLY REACTIVE.

IN POPULATIONS WITH KNOWN HIV-1 INFECTION, the predictive value of a repeatedly reactive test is significantly greater. For example, in asymptomatic seropositive persons, HIV-1 p24 antigen may be present in approximately 10% of cases. Again, assuming 100% test sensitivity, the predictive value of a repeatedly reactive test would be 98.6%, i.e. fewer than two false positives per 100 repeatable reactives.

Prílohový leták str. 7:

„U POPULACÍ S NÍZKÝM RIZIKEM, kde míra HIV 1 infekce nemůže překročit 0,1%, míra HIV 1 p24 antigenní pozitivity může být nízká až jako 0,01%. Pokládáme-li citlivost testu za stoprocentní, pak by předpovědatelná hodnota pozitivních, opakovaně reaktivních testů byla pouze 5,9 %, tzn. pouze šest testů ze sta by bylo skutečně pozitivních. Z tohoto důvodu SE DŮRAZNĚ DOPORUČUJE, ABY BYLA HIVAG-1 MONOCLONAL BLOCKING ANTIBODY PROCEDURA PROVÁDĚNA NA VŠECH KLINICKÝCH VZORCÍCH, KTERÉ JSOU OPAKOVANĚ REAKTIVNÍ.

U POPULACÍ s PROKÁZANOU HIV 1 INFEKČÍ je předpovědatelná hodnota opakovaně reaktivních testů významně vyšší... předpovědatelná hodnota opakovaně reaktivního testu by byla 98,6 %, tzn. méně než dvě falešné pozitivity ze sta opakovaně reaktivních.“

Specifická testu byla srovnávána na základě ověření negativity pomocí protilátkových testů.

Citlivost: „vzhledem k absenci náhradního testu na HIV 1 p24 antigen citlivost nemůže být formálně doložena.“

Dvě otázky musí napadnout každého:

1. Jak to, že nemůže být citlivost testu doložena přímou testovací metodou, která by dokázala přítomnost viru HIV?

2. K čemu je test, který mezi běžnou populací označí devadesát čtyři lidí ze sta jako falešně pozitivní? Pokud bychom měli test, který by měl například mezi raněnými vojáky detekovat životní funkce a ten by nám u devadesáti čtyř případů ze sta ukázal, že už jsou mrtví a oni by přitom byli pouze v bezvědomí, bylo by zřejmě slabou útěchou, že v márnici by tento test dával mnohem věrohodnější výsledky a devadesát osm mrtvol ze sta by označil jako mrtvé!

V žádném případě není možné uznat, že u HIV pozitivních reaguje tento test na antigen proti viru HIV a u zdravých jedinců reaguje na něco jiného.

S hrůzou tak může zjistit kdokoli, kdo pracuje se kteroukoli z těchto testovacích souprav, že sice může věřit tomu, že testuje protilátky proti HIV, důkaz o tom však žádný nemá. Jeden výrobce se alibisticky odvolává na ostatní, je však zcela zjevné, že ani jeden z testů nebyl konfrontován s přímým důkazem existence HIV. Tím můžeme výsledky těchto testů považovat za bezcenné, či naopak za extrémně nebezpečné, slouží-li jako podklad k vynesení verdiktu: HIV POZITIVNÍ!. Výrobce navíc výslovně přiznává, že nejsou známy klinické důsledky pozitivního výsledku testu u zdravých lidí (viz str. 31). To zcela protirečí informacím o tom, že pozitivní výsledek testu svědčí o HIV infekci, která způsobí AIDS. Možností označit někoho jako HIV pozitivního se tyto testy mění v inkviziční nástroj dnešní doby – medicínský rozsudek smrti vynesený nad nevinným člověkem, který si dovolil mít v krvi o trochu více bílkovin, než by se „hodilo“, než se dohodli „odborníci“. Slušný člověk jich může mít jenom po určitou úroveň, běda však, má-li jich víc, protože pak je jasné, že „obcovał s ďábłem“.*)

* Roberto Giraldo v jedné newyorské nemocnici jasně prokázal, že každý z nás má v krvi protilátky, které jsou označeny jako specifické proti HIV. Sto členů zdravotnického personálu bylo testováno ELISA testem na protilátky proti HIV. Běžně výrobce požaduje, aby testovaná krev byla zředěna (v tomto případě 1:400). Všechny sto zdravotníků bylo negativních, když byla testovaná krev takto zředěna. Když Roberto Giraldo provedl tentýž test s identickými krevními vzorky pouze s tím rozdílem, že nebyly zředěny, všech 100 zdravotníků vykazovalo POZITIVNÍ výsledky! (Giraldo RA, Everybody Reacts Positive on the ELISA test for HIV. In: Continuum, 5, 1998/9, č. 5, s. 8–10.)

Pozitivní reakce tak jasně záleží na míře zředění testované krve a/nebo na koncentraci testovaných bílkovin v testované krvi. **Určité množství jich však má – jak bylo prokázáno – 100 % zdravé populace.**

Když jsem o nedostatku důkazů věrohodnosti testovacích souprav mluvil během své schůzky 25. 4. 2000 v Národní referenční laboratoři HIV/AIDS s její vedoucí dr. Brůčkovou, vypadalo to takto:

DŠ: *Vy jste mi zaslala příbalové letáky k těmto testům a v žádném z nich není určeno, že by jejich specifita a citlivost byly určeny na základě „zlatého standardu“, tedy k vzorku lidí, kterým byl izolován virus. Vždycky jde pouze o srovnání s ostatními komerčně dostupnými testy, většinou jako hlavní argument bývá uváděn Western Blot test. K Western Blot testu jsem letáček nedostal a zajímá mne, jestli je alespoň tento test kalibrován na základě zlatého standardu?*

MB: *Pane magistře, vy operujete s termínem „zlatý standard“. Co to je „zlatý standard“?*

DŠ: *Zlatý standard je...*

MB: *V podstatě „zlatý standard“ neexistuje, protože „zlatý standard“ - to je takové, víceméně, vynalezený, bych řekla, výraz. My máme standardy jiné, rozhodně jim neříkáme „zlaté“.*

DŠ: *Dobře, vysvětlím...*

MB: *Zlatý standard se říkalo kdysi dávno, že zlatým standardem jakékoli virologické diagnostiky je izolace viru. Čili izolace viru = zlatý standard. My nemůžeme zlatý standard chtít od výrobců, kteří postupují od roku 1985, kdy byla první diagnostika připravena, postupují různými způsoby, protože první diagnostika se dělala z viru jako takového, z izolovaného viru.*

DŠ: *Ne, nedělala...*

MB: *Ale ano, pane magistře, to možná vím možná trochu lépe než vy. První diagnostika byla připravena z viru izolovaného...*

DŠ: *Kdo ho izoloval?*

MB: *Izoloval se na dvou pracovištích. Jednak na pracovišti americkém v The National Cancer Institute – pan Dr. Robert Gallo, jednak na pracovišti francouzském – pan Dr. Luc Montagniere.*

Vzhledem k tomu, že NRL HIV/AIDS vypracovává podklady pro registraci jednotlivých testů v České republice, jeho povinností je právě to, aby znal jak spolehlivé jsou jednotlivé testy vůči tomu, co se nazývá zlatý standard.

Ten však nehledají, protože jak paní doktorka dále přiznala, není možné se jej dohledat:

MB: *Kde jste mi to tady našel... „No recognized standard for establishing the presence or absence of antibody...“ Ano, tedy není žádná uznávaná standarta, která by teda... samozřejmě, samozřejmě se každé výrobce kryje.*

DŠ: Ne, to přece není možné...

MB: Ale samozřejmě! Prosím vás, já mám zkušenosti s výrobcí, vy ne!

DŠ: Já vím, ale co je závazné?

MB: Každý si píše, že nezaručuje neinfekčnost toho preparátu, protože se kryje. Ale samozřejmě nemůže, protože nechce být s ničím srovnáván... protože ten standard skutečně, aby se řeklo, takový neexistuje. To je pravda... To máte pravdu, „zlatý standard“ se tedy nedoberete.)*

Není tedy jasné, jak může paní Dr. Brůčková psát v publikaci *AIDS a my aneb co je třeba vědět o AIDS* Jiřího Holuba a kol.:

„Je pozitivní výsledek testu spolehlivý?

Ano, pozitivní výsledek testu je absolutně spolehlivý, jestliže se pro jeho ověření a potvrzení použijí tzv. konfirmační testy... Jejich provedení je náročnou a drahou záležitostí, nicméně nezbytnou pro získání přesných a spolehlivých výsledků...“ [2]

Tato „náročná a drahá záležitost“ jaksi ztrácí na nezbytnosti, když není jasné, co skutečně potvrzuje. Vždyť i Western Blot test, který NRL používá, byl srovnáván pouze se „screeningovými“ ELISA testy.

Prostředky použité na téměř 8 miliónů testů provedených k 31. 12. 1999 mohly být použity na skutečné problémy, kterých máme v České republice požehnaně.

Takže nejsou-li zodpovědní zástupci českého zdravotnictví schopni předložit vědecké důkazy opravňující používání těchto testů, pak je to záležitost jejich kolegů – psychiatrů anebo justice.

* Úryvky z tohoto rozhovoru jsou otištěny v autentické podobě přesně tak, jak byly zaznamenány během mé návštěvy v NRL HIV/AIDS 25. 4. 2000. Dr. Brůčková souhlasila se záznamem našeho rozhovoru a NRL si pořídila vlastní kopii záznamu. Přepis záznamu byl zaslán Dr. Brůčkové k autorizaci. Ta ji odmítla provést a vyjádřila nesouhlas s publikací rozhovoru nebo jeho částí. V poslední elektronické zprávě, kterou mi zaslala, píše:

„V odpověď na Váš e-mail posílám:

a) ...

b) Opakované vyjádření svého zamítavého stanoviska k publikaci našeho rozhovoru (nikoli interview) s upozorněním, že se podle našeho ústavního právníka publikací rozhovoru můžete vystavit právnímu postihu.“

Vzhledem k tomu, že se jedná o velmi důležité informace, které se bezprostředně týkají každého, kdo prošel testem na HIV nebo kdo by jej chtěl, měl nebo musel podstoupit, zamítavé stanovisko jsem nerespektoval. Ačkoliv jde o úryvky z rozhovoru, kontext je přesně zachován a nezměnil jsem jediné slovo, které paní Dr. Brůčková vyřkla.

LITERATURA:

1. Svoboda, J.: Imunologie v klinické praxi I. HIV onemocnění a AIDS jako modely postižení imunitního systému. Praha 1996.
2. Holub, J. a kol.: AIDS a my aneb co je třeba vědět o AIDS. Praha 1993.



Barcelona, březen 1998: „Ztratil jsem všechno, co jsem měl, včetně své práce, ale vím mnohem více o lidech. Mohl jsem si uvědomit, že ti, kteří lžou kvůli vlastnímu obohacení jsou vinní. Ale stejně vinní jsou ti, kteří o těchto lžích vědí, ale mlčí a jsou konformní k těmto lhářům. Abychom to mohli ukončit, musí každý z nás v sobě najít odvahu k boji mezi pravdou a lží, mezi znalostmi a nevdělaností... Doufám, že ti, kteří používají strach k tomu, aby ospravedlnili své lži, na to jednou doplatí a my budeme mít zase spravedlnost. Nic víc.“ Takto ukončil své poslední veřejné vystoupení Eduardo Versini těsně před svou smrtí. Na fotografii po přednášce s Davidem Šubíkem.

David Šubík

Česká republika – boj s ignorancí

V České republice bylo k 31. 12. 1999 evidováno Státním zdravotním ústavem 7 808 638 provedených vyšetření HIV pozitivitu, 442 pozitivních, zbylé negativní. Sto třiceti čtyřem pozitivně testovaným byla udělena diagnóza AIDS, z nich 106 již zemřelo. Tzn. k výše uvedenému datu u nás bylo 28 osob s diagnózou AIDS a 308 osob s pozitivním výsledkem „HIV testu“ bez příznaků syndromu AIDS. Roční úmrtnost kolísala mezi jedním a patnácti případy ročně (s maximem v roce 1996). Na to, že by se mělo jednat o *neléčitelnou smrtelnou chorobu pandemického charakteru*, je třeba namítnout, že se potýkáme s hůře zvladatelnými pohromami.

Přesto i tato čísla obětí AIDS a osob stigmatizovaných pozitivním výsledkem HIV testu by mohla být nižší, kdyby zodpovědní lidé na ministerstvu zdravotnictví byli schopni studovat materiály, které jim byly předány již před dvěma roky a kdyby slepě nepřejímali praktiky západoevropských institucí. Za tyto dva roky mohlo naše zdravotnictví ušetřit miliardovou částku za jeden a půl miliónu zbytečně provedených testů, která se mohla použít účelným způsobem. Chtělo to jen trochu vědecké erudice... Ale asi bude lepší, když to vezmu všechno popořádku.

V roce 1997, po přečtení mé diplomové práce z oblasti sociologie medicíny, mi nabídl německý virolog Stefan Lanka možnost spolupráce v rámci mezinárodní skupiny REGIMED (Research Group Investigative Medicine & Journalism – Výzkumná skupina investigativní medicíny a žurnalistu), již byl členem spolu s takovými kapacitami, jako byl švýcarský imunolog prof. Alfred Hässig, exředitel západoberlínské kliniky Heinrich Kremer a sociolog Karl Krafeld. Byla to jedinečná šance, které jsem bez váhání využil.

V březnu 1998 jsem byl spolu se svými kolegy pozván na konferenci AIDS-analytiků do Barcelony. Na konferenci, kde se sešli odborníci ze Západní Evropy, Ameriky a Afriky,

byly probírány veškeré podrobnosti o nemoci AIDS. Jako jediný delegát z „východní“ Evropy jsem působil asi exotičtěji než ugandský lékař Dr. Ssali.

Diskuse s nejrůznějšími odborníky a sociálními pracovníky z celého světa mi pomohly pochopit, jak vlastně funguje vědecko-politický AIDS-establishment. Uvědomil jsem si, že existují instituce, které aktivně určují směr vývoje AIDS, jako jsou v USA Epidemic Intelligent Servis, Centers for Disease Control nebo National Institutes of Health, popř. v Evropě Světová zdravotnická organizace nebo UN AIDS působící při Organizaci spojených národů. Tyto instituce vědomě udržují demagogickou hypotézu o virové příčině nemoci AIDS a jejich mocenské prostředky jsou takové, že jakákoli diskuse, kterou by měly prohrát na úrovni vědecké, je odmítnuta z pozic mocenských.

O institucích v České republice jsem nepředpokládal, že by jejich jednání mělo takto vědomý charakter manipulace vědeckých informací a že by si byly vědomy katastrofálních následků svých aktivit – ať už při testování HIV pozitivitu, nebo při léčbě antivirovými prostředky. HIV/AIDS propagandu jsem u nás viděl jako důsledek slepého přebírání teorií přicházejících ze Západu a jako akt lidské pohodlnosti. Svou roli mohla hrát i vypočítavost vzhledem k tomu, že do AIDS šlo vždycky velké množství peněz. Nikdo neměl zájem ani myšlenky na to, zpochybňovat to, co opodstatňuje přísun financí, pěkných zážitků na konferencích po celém světě... tedy HIV. Bylo mi jasné, že prolomit bariéru pohodlnosti našich „AIDS představitelů“ nebude snadné a donutit je prostudovat odborné materiály, které dokládají škodlivost jejich aktivit, už vůbec ne. Přesto jsem doufal v jejich odbornost a lidskost. Měl jsem za to, že si nedovolí vědomě poškozovat zdraví svých spoluobčanů.

Rozhodl jsem se nabídnout spolupráci ministerstvu zdravotnictví s určitým očekáváním, že bych mohl potkat někoho, kdo bude otevřený studiu nových informací. To jsem také udělal hned po návratu z Barcelony. 26. března 1998 jsem odeslal dopis tehdejší ministryni Zuzaně Roithové, ve kterém jsem ji žádal o audienci, během které bych jí mohl předat materiály opodstatňující mé tvrzení, že resort ministerstva zdravotnictví „*neodůvodněně plýtvá finančními prostředky i svými kapacitami na provádění tzv. testů na HIV pozitivitu a následně na léčbu tímto testem diagnostikované nemoci AIDS*“. Tím se rozběhl korespondenční kolotoč.

Odpovědí byl pověřen hlavní hygienik ČR MUDr. Vytlačil, který mi napsal, že tvrzení, která uvádím ve svém dopise, jsou nepodložená, aniž by materiály, které jsem ministryni nabízel, vůbec kdy viděl. Dopis končí: „*Pokud máte zájem o další podrobnosti v dané problematice, nezkráslené nesprávnými informacemi, doporučuji Vám, abyste se obrátil na epidemiologa kterékoliv hygienické stanice v Brně, kde Vám tyto informace rádi poskytnou.*“ (zvýraznění autor)

Na tuto odpověď jsem reagoval mimo jiné tím, že „*snaha ignorovat jakékoli informace, které by mohly vést k záchraně životů stovek občanů této republiky, mi připadá šokující*“ a požádal o přijetí znovu. Věc byla tentokrát předána MUDr. Walterovi, který mi měl zaslat odborné publikace, které by opodstatňovaly postup ministerstva. Bohužel ani jeden ze zaslaných článků neměl charakter vědecké publikace s uvedenými zdroji literatury a já jsem dál trval na svém: oficiálně předat publikace, které vyvracejí existenci viru HIV, ministryni zdravotnictví, aby byla provedena jejich odborná analýza a z ní vyvozeny důsledky.

Hlavní hygienik si pak vyžádal mnou nabízené materiály, které posléze „*předal k prostudování odborníkům – členům Výkonného výboru Národní komise HIV/AIDS, kteří se danou problematikou zabývají*“: S těmi jsem se nakonec setkal 9. 9. 1998. Když jsem týden před schůzkou telefonicky ověřoval, zda termín platí, nabídl jsem Dr. Walterovi, že se schůzky může zúčastnit i kolega Stefan Lanka, aby diskuse v biologických otázkách byla dostatečně fundovaná. Dr. Walter nic nenamítal a 9. 9. 1998 v devět ráno zastavil před budovou ministerstva na Palackého náměstí taxík, ze kterého jsme spolu se Stefanem vystoupili a šli zjistit, kde proběhne schůzka.

Ta začala něco po desáté hodině, když se sešli členové Výkonného výboru. Napjatá atmosféra explodovala hned na počátku, poté co jsme předali jednotlivým přítomným – Dr. Brůčkové, Dr. Staňkové, Dr. Procházkovi a Dr. Walterovi – předem připravený dodatek k zápisu z této schůzky. V něm uvádíme s odvoláním se na literaturu, která jim byla zaslána, že virová hypotéza nemoci AIDS je neopodstatněná, aplikovaná léčba extrémně škodlivá a používané testy bezcenné, a proto požadujeme okamžité zastavení HIV testování i aplikace antivirových prostředků. To způsobilo, že dalších patnáct minut měla diskuse tak emotivní a chaotický charakter, že stěží mohla mít nějaký smysl. Poté, co se emoce trochu zklidnily, začali jsme se bavit věcněji – rozhodně však ne věcně. Po chvíli bylo evidentní, že ani jeden z přítomných zaslané materiály neprostudoval, takže nám podávali nesystematicky otázky, na které Stefan bryskně odpovídal. To bylo to, s čím nepočítali. Všichni přítomní, očekávali návštěvu sociologa, který jim nebude schopen odpovídat na partikulární otázky a kterému řeknou to, co během této diskuse koneckonců zaznělo: „*Jste sociolog, tak dělejte sociologii a nás nechte dělat virologii!*“: Jenže seděli tváří tvář špičkovému biologovi a nebyli schopni reagovat na jeho argumenty. V jedenáct hodin čas určený pro schůzku vypršel a byla Dr. Waltrem ukončena, aniž bychom dospěli k jakýmkoli závěrům. Rozdali jsme přítomným znovu dva odborné články, které se Výkonný výbor znovu zavázal prostudovat a vypracovat k nim vědeckou oponenturu. Ze strany Výkonného výboru se nám dostalo informace, že postup ministerstva zdravotnictví je v souladu s mezinárodními konvencemi a tím pádem

opodstatněný a že z této pozice odmítají naše argumenty. Jediný smysl této schůzky pro nás nakonec byl ten, že jsme si ověřili, že ani jeden z přítomných nejeví skutečný lidský ani odborný zájem o danou problematiku. Těžko říct z jakých důvodů, ale ani jeden z nich nevyužil možnost dozvědět se informace, jež by napomohly v péči o ty, kterým oni sami pomocí testů HIV a antivirové terapie ničí život – mnohdy fatálně.

Samozřejmě, že žádná odborná oponentura nikdy z ministerstva nepřišla, ačkoli jsem ji několikrát urgoval. Hlavní hygienik reagoval odmítnutím jakékoli další komunikace: „...*pokud ve svých event. dalších podáních v uvedené záležitosti neuvedete žádné nové skutečnosti, které by svědčily o tom, že např. některá ze zmíněných organizací či některý ze států přijal Vaše teorie a změnil podle nich svoji praxi boje proti AIDS, nebudu potvrzovat jejich příjem, přешetřovat je ani na ně reagovat.*“ (zvýraznění autor) Tak jsem si řekl, ještě že v ostatních státech HIV pozitivní rovnou nepopravují, protože by hlavní hygienik zřejmě dal okamžitě rozkaz ke stejnému výkonu u nás!

V posledním dopise jsem informoval o celém případě nového ministra Ivana Davida, který se však plně ztotožnil s postupem svých podřízených. I když se v podstatě zopakoval příběh, který znám z Německa nebo Španělska, průběh mne trochu zarazil. Tam, kde měla nastat věcná diskuse o odborných otázkách, reagovali státní odborníci pouze tvrzeními, která nebyli schopni žádným způsobem doložit nebo je dokládali zcela nepřipustně – odvoláváním se na politické dohody.

Proč není v České republice epidemie AIDS

Podíváme-li se na statistiky HIV/AIDS v České republice trochu podrobněji, nemůžeme si nevěšimnout nápadných disparit:

Kdyby skutečně existovala epidemická infekce, muselo by se to odrazit v počtu nakažených. 442 pozitivně testovaných za osmnáct let pandemie rozhodně nesvědčí o tom, že onen „infekční agens“ byl kdy v naší republice přítomen. V populaci 10,2 miliónů byl maximální počet HIV pozitivních za rok 63 a oněch 442 pozitivních znamená 0,004 % populace. To už si dokážeme představit nakažlivější choroby.

V žádném případě nezlehčujeme tragický osud sto šesti obětí AIDS, které byly v České republice registrovány do konce roku 1999. Zároveň musíme být rádi, že jich bylo pouze 106 a že laboratoře, které provádí testy na HIV protilátky, postupovaly tak solidárně vůči ostatním spoluobčanům. Vždyť jenom za loňský rok bylo v transfúzní službě provedeno tři čtvrtě miliónu testů a žádný z nich neměl pozitivní výsledek! To je samozřejmě absurdní, protože jde o výsledek, který je extrémně pod úrovní falešné positivity.

Pomineme-li to, že není **co** testovat a jenom na chvíli si představíme, že by tento virus existovat mohl a že by testy skutečně zjišťovaly, zda někdo infikovaný je, či není, pak zkrátka i u zcela zdravých lidí na základě možných zkřížených reakcí nebo laboratorní chybě dochází k falešně pozitivním výsledkům. Výrobci testů na HIV protilátky jsou velmi střední ve vyčíslovávání specifity svých testů, ale od Jaroslava Svobody víme, že Elisa testy mohly být až v 50 % falešně pozitivní. U ověřovací techniky Western Blot, kterou používá Národní referenční laboratoř v Praze, není uvedeno, jaká je specifita tohoto testu, což už je samo o sobě podezřelé. Kdybychom však **předpokládali**, že dosahuje 99,99 %, tak z každých deseti tisíc testů musí být jeden falešně pozitivní.

Nulový počet pozitivních zkrátka není možný. Přesto Státní zdravotnický ústav vykazuje u krevních dárců od roku 1996 nulu. Přitom za tyto čtyři roky bylo provedeno více než dva milióny testů (2 012 115). Tím pádem i v ideálním případě, kdy si představíme, že

specifická testu by mohla být 99,99 %, nám ve statistice jenom za tyto čtyři roky chybí minimálně 200 pozitivních výsledků.

Nikdo není schopen poznat, zda je pozitivní či negativní výsledek testu pravdivý, nebo falešný, pokud nedojde k ověření přímou testovací metodou – v tomto případě izolací viru.

Bylo nám divné, že by si Světová zdravotnická organizace, která ve svých statistikách násobí každý případ HIV positivity v České republice 5,5 krát, nechala takto utíkat další případy. Kdyby dbala na „řádném“ provádění těchto testů, tak by dnes mohla vykazovat mnohem vyšší počty bez jakéhokoli násobení.

Kořeny této testovací praxe sahají až k samotným počátkům testování krevních dárců v roce 1986. Ještě za komunismu do roku 1989 bylo provedeno více než 1 milion testů (1,03 mil.), z čehož byl pouze jeden pozitivní! V té době se samozřejmě používaly testovací soupravy, které jsou již dávno staženy z laboratorní praxe pro svou nepřesnost.

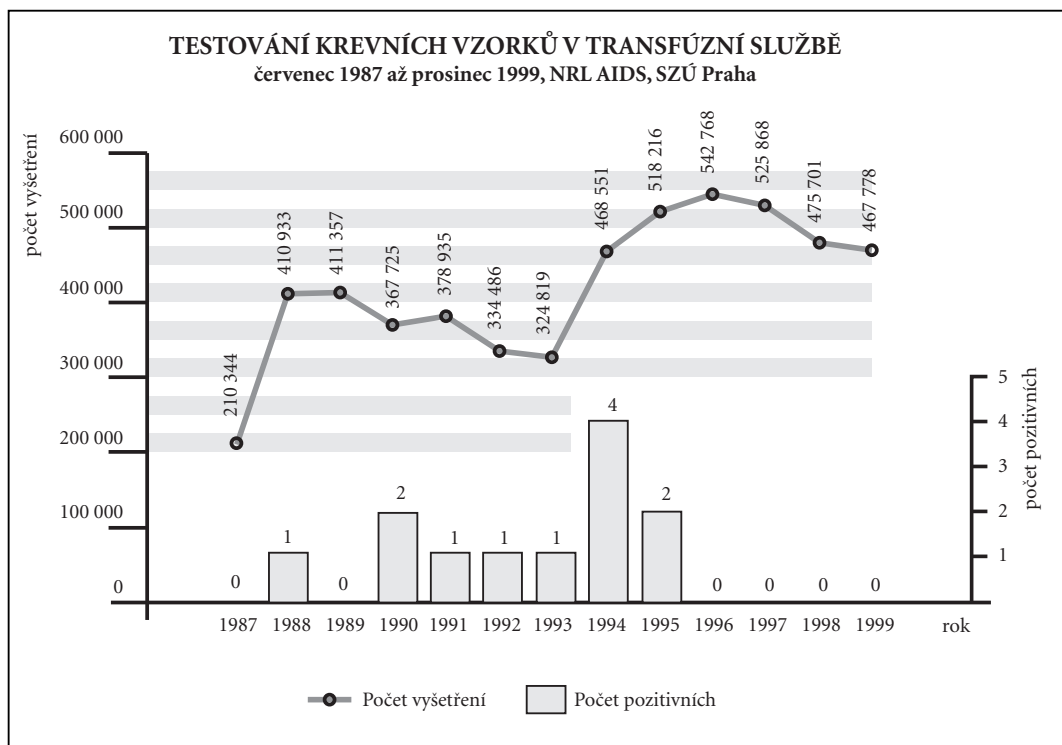
Uvědomíme-li si, že počet provedených testů víceméně odpovídá počtu odběrů, zjistíme, že se každoročně odebere enormní množství krve, která je pak bezesporu exportním artiklem. To vysvětluje tolerantní postoj Světové zdravotnické organizace. Zahraniční partneři si byli vědomi toho, že z Československa dostávají kvalitní krev, u které potřebují – z důvodu krytí – negativní výsledek HIV testu. O testu dobře věděli, že je bezcenný, ale aby se hra udržela, bylo nezbytné tyto testy vyžadovat. A aby mohl obchod dobře prosperovat, bylo nutné, aby tyto testy byly negativní. A tak byly. Tato praxe, jak lze vyčíst ze statistik, přetrvává dodnes.

Paradoxně tento export krevních konzerv způsobil, že jsme zemí s jedním z nejmenších počtů HIV pozitivních a tím pádem i s jedním z nejnižších počtů pacientů AIDS na světě. Škoda, že nás před touto „pandemií“ neochránily humanitnější prostředky.

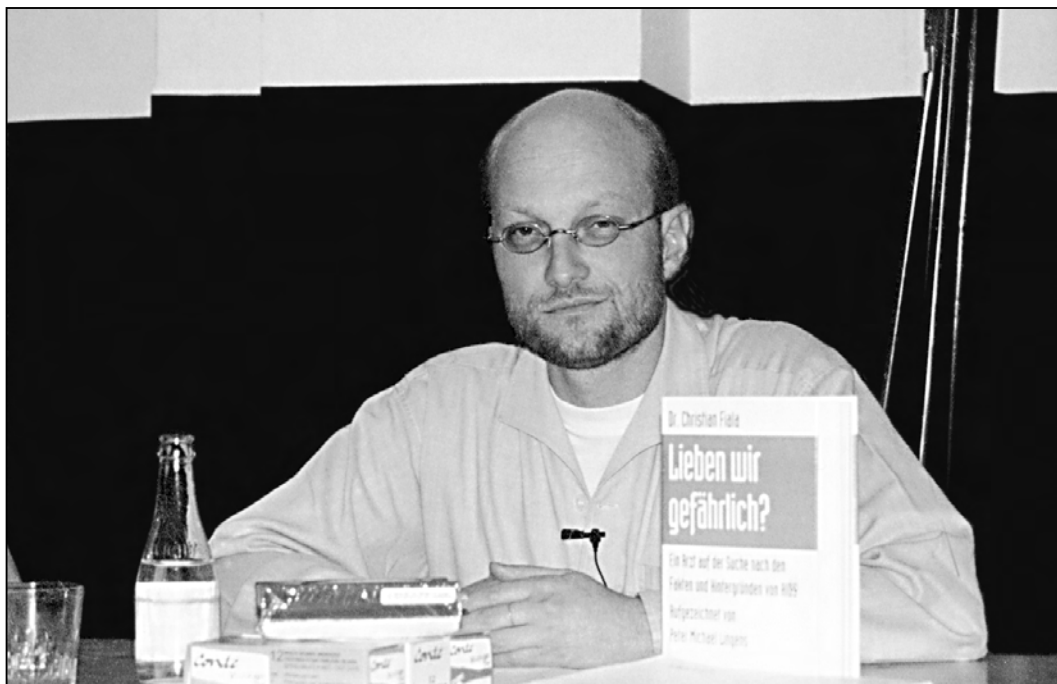
Všech 442 pozitivně testovaných se samozřejmě pohybují hluboko pod úrovní falešné positivity. Kdyby tedy někdo věřil, že virus, který nikdo nikdy neviděl, existuje, stále může považovat všech 442 za pozitivní falešně. Jedno je však jisté: kdyby tito pozitivní podstoupili test na HIV protilátky jako krevní dárci, většina z nich by tímto testem prošla jako negativní.

LITERATURA:

1. Svoboda, J.: Imunologie v klinické praxi I. HIV onemocnění a AIDS jako modely postižení imunitního systému. Praha 1996.
2. Brůčková, M. a kol.: Charakteristiky výskytu a šíření HIV/AIDS v ČR v r. 1998. In: AIDS Newsletter, 1999, č. 7, s. 55-59.
3. SZÚ, NRL pro AIDS. Charakteristiky výskytu a šíření HIV/AIDS v ČR v r. 1999.



Zdroj: SZÚ, NRL pro AIDS. Charakteristiky výskytu a šíření HIV/AIDS v ČR v roce 1999. www.aids-hiv.cz
12 HIV pozitivních výsledků za 12 let z 5 437 481 provedených vyšetření.



Barcelona, březen 1998: Christian Fiala uvádí svou knihu „Milujeme se nebezpečně?“ Svou přednášku uzavřel slovy: „Pokud se viru HIV nepodařilo rozšířit se mezi běžnou heterosexuální populací během posledních osmnácti let, pak se ani během příštích osmnácti let nerozšíří.“

Co je AIDS v Africe

Světová zdravotnická organizace publikovala následující definici onemocnění AIDS, která se od definice v Evropě podstatně liší a byla platná výhradně pro rozvojové země, kde stále platí. [1]

Tab. 1

Definice AIDS od WHO (1986 pro dospělé v rozvojových zemích, není-li z finančních důvodů možné provedení testu na protilátky HIV:	
Hlavní kritéria: – úbytek váhy >10% – průjem > měsíc – horečka > 1 měsíc (kontinuálně, nebo s přerušením)	Vedlejší kritéria: – kašel > 1 měsíc – generalizované svrbění – opakovaný pásový opar – houbová infekce v ústech / krku – chronická generalizovaná infekce herpes – generalizované zduření lymfatických uzlin
Vylučující kritéria: rakovina, těžká podvýživa, jiné příčiny	
Někdo má AIDS, když: – splňuje nejméně 2 hlavní kritéria a – nejméně 1 vedlejší kritérium a – neexistuje žádné vylučující kritérium a – při generalizovaném Kaposiho sarkomu (nebezpečné kožní onemocnění) nebo – při kryptokokové meningitidě (určitý druh zápalu mozkových blan)	

Takto je někdo prohlášen za nemocného AIDS, když má například déle než jeden měsíc průjem, silný úbytek váhy a například generalizované svrbění nebo kašel a nedá se prokázat žádná jiná příčina možnostmi, které jsou k dispozici. Test na HIV není podle této definice výslovně nezbytný a z důvodů nedostatku peněz se i dnes provádí jen zřídka.

Důsledně se například ani v ohlašovacím formuláři ugandského ministerstva zdravotnictví pro nemocné AIDS nepředpokládá, že bude prováděn test HIV. To znamená, že onemocnění AIDS, které podle slov prof. Luce Montagniera, objevitele HIV, „nemá žádné typické symptomy“, se v rozvojových zemích diagnostikuje výlučně na základě zcela nespecifických symptomů. [2]

Požadované symptomy nejsou zrovna řídkým jevem v zemi, která měla za sebou dvacet let systematického ničení a ve které je očekávaná průměrná délka života kvůli mnoha infekčním onemocněním a špatným hygienickým poměrům přibližně 50 let. A skutečně se nemůžeme divit, že měla Uganda po roce 1986 silný nárůst „případů AIDS“. Byla-li například polovina postelí na interním oddělení Makarerské univerzitní kliniky v Kampale obsazena pacienty AIDS, znamenalo to, že tito pacienti měli horečku, průjem nebo úbytek na váze, rovněž také jedno z uvedených vedlejších kritérií a byli, podle definice WHO, deklarováni bez testu HIV jako pacienti HIV. Z vylíčených podmínek je dále samozřejmé, že muži jsou postiženi průjemem a horečkou stejně jako ženy. Vyrovnané rozdělení pohlaví však dostalo zcela nový význam, když od roku 1986 byly tyto staré známé symptomy označeny jako „AIDS“^{*}. (obr. str. 57)

K tomu přistupuje skutečnost, že Uganda, stejně jako mnohé jiné země Afriky, tuto původní definici dále obměňovala. Takže dnes může tuberkulóza v Ugandě vést zcela oficiálně k diagnóze AIDS. Tím se statistika AIDS uměle zvyšuje.

V sousední Tanzanii kráčeli od počátku jinou cestou. Tam byla kritéria pro diagnózu AIDS zpočátku formulována úžeji. Nezbytná byla dvě hlavní kritéria a dvě vedlejší kritéria. To by mělo vést k méně údajným případům AIDS, než v Ugandě. Ovšem ne všechny ohlášené „případy AIDS“ skutečně splňovaly tato kritéria. Tak píše tanzanské ministerstvo zdravotnictví ve své zprávě ze srpna 1990: „Z 1987 nově ohlášených případů splňovalo zmíněná kritéria pouze 667 (33,6 %). [...] Ačkoliv 1320 případů (66,4 %) přesně vzato nejsou případy AIDS, počítali jsme je jako takové, protože jsme vycházeli z toho, že ti, kteří je ohlašovali, učinili jednoduše při vyplňování formulářů chybu.“ [3] (zvýraznění autor)

* Ve vyspělých zemích je podíl žen mezi pacienty AIDS značně nevyvážený. Uvedu několik příkladů z Hlášení Světové zdravotnické organizace z června 1998: Podíl žen mezi pacienty AIDS: Česká republika: 5 %, Dánsko: 16 %, Finsko: 9 %, Německo: 15 %, Kanada: 9 %, USA: 15 %, Austrálie: 4 % (Zdroj: Report on the Global HIV/AIDS Epidemic. June 1998. UNAIDS, WHO.)

Z toho je evidentní, že mezi ženskou populací ve vyspělých zemích v žádném případě o epidemii AIDS mluvit nelze. Chtějí-li statistikové rozšířit onemocnění AIDS na celou populaci, musejí si tedy pomáhat manipulovanými čísly z rozvojových zemí. (Pozn. D. Š.)

MINISTRY OF HEALTH/ACP
P.O.BOX 8, ENTEBBE
TEL: 20353, 20534

Rev.09/91

UGANDA MINISTRY OF HEALTH
ADULT (12 years and above) AIDS REPORTING FORM

Instructions:

Please fill out this form for every patient diagnosed with AIDS at the initial time of diagnosis.
Diagnosis will be based on the Uganda WHO modified clinical case definition

FORM NO: _____

HOSPITAL _____

HOSPITAL REGISTER NO: _____ AGE _____ SEX _____

DISTRICT OF RESIDENCE _____ OCCUPATION _____

DOES THE PATIENT HAVE THE FOLLOWING?

SYMPTOMS/PHYSICAL FINDINGS. (PLEASE TICK)

- DISSEMINATED KAPOSI SARCOMA
 CRYPTOCOCCAL MENINGITIS

MAJOR SIGNS

- WEIGHT LOSS AT LEAST 10%
 DIARRHOEA AT LEAST 1 MONTH
 FEVER AT LEAST 1 MONTH

MINOR SIGNS

- ORO-PHARYNGEAL CANDIASIS
 PRURITIC SKIN RASH
 HERPES ZOSTER
 GENERALISED LYMPHADENOPATHY
 COUGH AT LEAST 1 MONTH
(WITHOUT TB)
 CHRONIC ULCERATED HERPES
SIMPLEX
 TUBERCULOSIS
 OTHERS.....

DATE ____/____/____ NAME OF REPORTING OFFICER.....

PLEASE RETURN THE COMPLETED FORMS TO ADMINISTRATION OF HEALTH

Takto vypadá formulář ugandského Ministerstva zdravotnictví pro hlášení případů HIV/AIDS. Podle tabulky č. 1, str. 55 jsou zde uvedeny hlavní a vedlejší znaky. K diagnóze byly požadovány dva hlavní a alespoň jeden vedlejší znak. (pozn. D. Š.)

Následovně byla definice onemocnění AIDS jednoduše změněna, takže ještě před několika lety tam platila takzvaná „single sing criteria“ – definice. To znamená, že nemocný člověk je počítán jako případ AIDS, má-li pouze jeden ze zmiňovaných symptomů a jeho lékař je přesvědčen o tom, že se jedná o AIDS.

Obě země zdůvodňují své rozdílné postupy tím, že prý je definice WHO příliš nepřesná a že prý musí být přizpůsobena národním podmínkám. Přitom je naprosto absurdní akceptovat, že by infekční choroba na této nebo oné straně libovolné politické hranice vyvolala rozdílné symptomy.

Prostřednictvím uvedené definice se každým rokem zvyšoval počet nových případů AIDS v Ugandě stejně jako v Tanzanii až do roku 1991. Od té doby se jejich počet opět snižuje.

Tab. 2

Ohlášené případy AIDS v Ugandě	
Rok	Nová onemocnění
Do 1986	910
1987	2914
1988	3425
1989	6090
1990	6616
1991	10235
1992	9352
1993	4641
1994	4927
1995	2192
1996	3032

Pramen: Ministerstvo zdravotnictví,
Entebbe

Příklad Ugandy zde byl zvolen, protože je představována v evropských médiích jako klasický případ země AIDS. Samozřejmě se tyto výroky hodí i na mnohé jiné země Afriky, ve kterých jsou podobné životní podmínky. Paradoxně však mají i země s méně infekcemi HIV mnoho „případů AIDS“, což je podmíněno nepřesností definice AIDS. Tak tedy píše Dr. Chin, bývalý vedoucí oddělení k podchycení rozšíření AIDS při WHO: „*Musí být zdůrazněno, že definice (surveillance) AIDS nebyla myšlena jako spolehlivý znak infekce HIV. V oblastech, kde existuje málo infekce HIV, jsou proto zahrnováni definicí WHO v první řadě pacienti s tuberkulózou, těžkou podvýživou nebo průjmem.*“ [4] (Zvýraznění D. Š.)

Poté, co se několik let pracovalo s touto definicí, chtěly se profilovat ještě jiné dvě, rovněž mezinárodní, zdravotnické organizace a pokoušely se o kvadraturu kruhu, totiž diagnostikovat „nemoc bez typických symptomů“, ale přesto pomocí těchto symptomů. Americké Centers for Disease Control a Pan American Health Organisation nezávisle na sobě zjistily, že definice WHO „je nevhodná, a proto pro praktickou práci nepoužitelná“. Následovně představila každá z organizací novou definici a prohlásily svou vlastní jako jedinou obsažnou. [5, 6] Ani jedna z těchto definic však nebyla vytvořena ani ve vzájemné spolupráci obou organizací, ani ve spolupráci s WHO, nýbrž jako sobě konkurující. Od té doby mohou rozvojové země volit, podle které ze tří rozdílných definic by chtěly diagnostikovat AIDS pomocí klinických symptomů. Je však také na jejich volném rozhodnutí, zda budou akceptovat jednu ze dvou rozdílných definic průmyslových zemí – USA nebo Evropy.

V mezinárodních statistikách se však všechna hlášení o nemocných AIDS hodí do jednoho pytle, ačkoliv počty jsou podle rozdílných definic různé a zcela nesrovnatelné. Je zajímavé, že tyto důležité detaily nejsou známy ani veřejnosti, ani mnohým lékařům.

Zde bychom vlastně mohli celou diskusi uzavřít a označit všechny výroky o AIDS v Africe jako spekulace. Přesto se však podívejme na to, **jak** jsou hlášení z Afriky dále zpracovávána.

KDO NABÍDNE VÍCE

Všechny ohlášené případy AIDS zaznamenává Světová zdravotnická organizace (WHO) v Ženevě. Protože případy, které nebyly diagnostikovány, nemohou být ani hlášeny, násobí WHO ohlášené případy určitým koeficientem, aby dospěla k odhadu „skutečného“ počtu. Je při tom nápadné, že je tento multiplikační faktor rok od roku vyšší. Ještě v roce 1996 násobila WHO celkový počet tehdy ohlášených případů z Afriky 12krát. V roce 1997 již 17krát. Během posledního roku a půl bylo z jednotlivých afrických zemí do Ženevy ohlášeno 116 000 nových případů AIDS. Ve stejném období však WHO zvýšila svou statistiku odhadovaných případů o celých 4,5 miliónu, přičemž násobila hlášené případy faktorem 38.*) [7, 8]

* Toto násobení se netýká pouze rozvojových zemí. Pokud Státní zdravotní ústav v Praze ke konci roku 1997 registroval 361 případů HIV pozitivitu (kumulativně, tzn. včetně již 68 zemřelých AIDS pacientů), tak se v Hlášení Světové zdravotnické organizace dovíme, že se v České republice odhaduje 2 000 HIV pozitivních. Tzn. že každý hlášený případ byl násoben 5,5 krát. (Zdroj: Report on the Global HIV/AIDS Epidemic. June 1998, UNAIDS, WHO.) (Pozn. D. Š.)

Tímto způsobem násobení můžeme lehce dospět k neuvěřitelným číslům. A vypadá to tak, jako kdyby WHO v tomto ohledu neměla při pokračování žádné zábrany. Tak bylo dosud z Ugandy ohlášeno celkem 51 779 případů AIDS. Ve své poslední zprávě odhaduje WHO počet případů AIDS z této země na 1,9 miliónu, což je 10 procent obyvatelstva. Tímto přičítá WHO ke statistice na každého ohlášeného pacienta AIDS vždy 37 odhadovaných případů. [9]

Počet případů AIDS v Africe

zpráva WHO z roku	ohlášené případy kumulovaně ¹⁾	odhadované případy kumulovaně ¹⁾	multiplikační faktor
1994 (červenec)	0,33 miliónu	2,68 miliónu	8
1995 (leden)	0,35 miliónu	3,15 miliónu	9
1996 (červen)	0,5 miliónu	5,93 miliónu	12
1997 (listopad)	0,62 miliónu	10,4 miliónu	17

1) všechny případy AIDS od konce 70. let , včetně již zemřelých pacientů

Vycházíme-li z počtu těch případů, které byly ohlášeny na základě definice sestavené pro rozvojové země, vyplývá z toho pouze jediný závěr: nejvíce lidí v Africe umírá na symptomy, které jsou způsobeny známými a léčitelnými infekčními chorobami, jako je malárie, zápal plic nebo průjem a které se objevují jako důsledek špatných hygienických podmínek.

Epidemický charakter navíc umocní to, že statistikové většinou všechny případy od počátku 80. let sečítají, tedy je představují jako kumulované. Tento způsob znázornění je v medicíně absolutně neobvyklý, protože dává nepoužitelné výsledky. Kumulativní údaje musí nutně růst, i když každý rok přibude jenom několik málo nových případů*). Tak píše Deutsche Ärzteblatt pod názvem „Kumulativní šílenství“: „*Žádný člověk neuvažuje o tom, že by počítal dohromady počty onemocnění zánětů průšnice, tuberkulózy, nebo spály od toho dne, kdy byl vydán zákon o nakažlivých chorobách.*“ *Jediný smysl této formy znázornění by byl: „Velké počty přinesou hodně veřejných peněz.“* [10] (Také k přečtení v knize: „Tak se lze statistikou.“) [11] S neobvyklou otevřeností dochází tento článek k bodu, o co jde ve zdravotnické politice: Kdo křičí nejhlasitěji a kdo obyvatelstvo nejpresvědčivěji straší, ten dostane největší podporu. V tomto ohledu byly ty instituce, které se angažovaly proti AIDS, v posledních patnácti letech absolutně nejúspěšnější. Zjevně však nemohly houfně

* Kumulativní statistika zcela ignoruje úbytky a ztráty. Pokud by si někdo koupil auto, to mu bylo později ukradeno, kumulativní statistika vykáže, že onen člověk stále vlastní jedno auto. Pokud si koupí druhé auto, kumulativní statistika vykáže, že vlastní auta dvě. Že je realita zcela jiná, to už se z této statistiky nikdo nedoví. (Pozn. D. Š.)

odolat pokušení zesílit přítok peněz tím, že manipulovaly s počty infikovaných, aby varovaly před hrozbou, která ve skutečnosti neexistuje. V tom není WHO sama. U nás jsou ještě v živé paměti hororové prognózy, které Evropě opakovaně předvíдалy epidemii AIDS. Patříční experti a organizace z toho v minulosti velice dobře žili i v Německu.

V budoucnosti musíme počítat s tím, že organizace AIDS svůj zvláštní status ztratí a budou muset vycházet s menšími prostředky. Nebo jak to formuluje jedna aktuální studie britského ministerstva zdravotnictví: „*Protiklad mezi sociálním zařízením pro HIV pozitivní a zařízeními, která jsou k dispozici ostatním, podobně potřebným lidem bude stále obtížněji ospravedlnitelný.*“ [12]

V Evropě si můžeme takovéto necílené použití prostředků dovolit. Podstatně jinak to však vypadá v rozvojových zemích, které mají na zdravotnictví k dispozici pro jednoho obyvatele na rok pouze několik dolarů. Tam vedly absurdní definice AIDS a manipulace s počty postižených k tomu, že větší část rozpočtu je investována do změny sexuálního chování a tím není k dispozici pro řešení skutečných zdravotnických problémů.

A tak je malárie stejně jako dříve zabíjäcká nemoc číslo jedna, i když se v titulcích objevuje jen zřídka. Při tom jí nejsme vydáni na pospas zcela bez pomoci. V Evropě byla počátkem tohoto století úspěšně zdołána a ani v tropických oblastech se zvýšenou životní úrovní se dále nevyskytuje. Přesto vedou maláriové programy v rozvojových zemích macešský život, na rozdíl od organizací AIDS.

Avšak ani zcela banální starost o pitnou vodu (v Ugandě k ní má přístup pouze 30 % obyvatelstva) nemobilizuje v Evropě téměř nikoho. Přitom by měla stát v čele zájmů každé pomoci rozvojovým zemím.

Nakonec je čistým cynismem očekávat, že by si lidé, kteří nemají peníze ani na pitnou vodu, kupovali na každou soulož kondom.

V tomto kontextu nás neudivuje, že oficiální zprávy WHO pokaždé ohlašují katastrofu, která má být v brzké době před námi. Udivující je jenom to, že téměř všichni žurnalisté a média tyto zprávy poslušně rozšiřují dále, aniž by položili jedinou kritickou otázku.

OPĚT JE VINNA SEXUALITA

WHO „věří“ [13], že HIV je v Africe v podstatě přenášen sexuálně. Tento výrok je z několika hledisek pozoruhodný. Za prvé, po více než patnácti letech je jednoznačné, že v Evropě mezi heterosexuálním obyvatelstvem žádná epidemie neexistuje. Proto není pochopitelné, proč by se to mělo stát právě v Africe. Za druhé je často uváděno údajně

zvláštní sexuální chování Afričanů. Pomineme-li, že toho názoru byli první křesťanští misionáři, neexistuje pro tento pohled žádné vědecké zdůvodnění. Jeden z mála výzkumů tohoto tématu dospěl k závěru, že co se týče četnosti výměny partnerů mají na celém světě vedoucí postavení Američané, sledování Francií, Austrálií a Německem. Jižní Afrika je naproti tomu, stejně jako Thajsko, sražena do druhé části středu pole. [14] Přehled výzkumů z Ugandy vykresluje tamní obraz sexuality vyznačující se chybějícími sexuálně přenosnými chorobami a represivními tradicemi. Jinými slovy jde o stejnou situaci, jaká panovala v celé Evropě až do počátku tohoto století. Údajná promiskuita se nedá prokázat. [15]

Snad bychom byli schopni lépe kontrolovat své morální rozhořčení, kdybychom věděli, co si o nás lidé v těchto údajných „sex-rájích“ myslí. Dobře byl tento problém zachycen v článku největšího ugandského deníku New Vision pod titulkem Němci jsou mistři světa v naháčství (27. června 1997). V něm je s úplným morálním zděšením líčeno, že se tito lidé zdržují v městském parku nahoře bez, nebo dokonce zcela nazí. Na africké poměry naprosto nemyslitelná představa.

SHRNUTÍ

Lidé v Africe, a zejména v Ugandě, potřebují po dlouhé době utrpení naši pomoc a podporu. Tomuto účelu nenapomáhá, používají-li se chybné údaje a absurdní definice, které klamou a odvádí od skutečných problémů kontinentu. Ty jsou v největší míře ve známých a léčitelných infekčních chorobách, v podstatě podmíněných nízkou životní úrovní. Současná situace vede k tomu, že velké prostředky z omezených národních rozpočtů a ze zahraničních finančních výpomocí jsou mimo jiné investovány do kampaní o věrnosti ve vztahu a spotřebě kondomů. Přitom je z Evropy jednoznačně známo, že ani dvoutisíciletá kázání křesťanského sexuálního učení neměla za následek trvalou změnu sexuálního chování. Ani spotřeba kondomů na obyvatele se v posledních deseti letech přes nesčetné kampaně téměř nezměnila.* [16] Není proto pochopitelné, proč by se právě v Africe mělo pomocí kampaní sexuální chování změnit.

* Ve Spolkové republice Německo se pohybuje prodejnost kondomů mezi 1,5 a 2,5 kondomy na občana a rok. Tato sledování jsou vedena od roku 1978 do roku 1994. Od roku 1987, kdy v Německu začala první kondomová kampaň se prodejnost nezvýšila ani o jeden kondom na občana za rok! (Zdroj: Deutche Latex Forschung, Düsseldorf Statistisches Bundesamt, Wiesbaden. In: Fiala, Ch.: Lieben wir gefährlich? Deuticke, Wien, 1997) (Pozn. D. Š.)

Vzhledem k bídě ve většině zemí Afriky, kde více než polovina lidí nemá žádný přístup k čisté pitné vodě [17], musíme evropskou fixaci na údajně heterosexuálně přenosnou epidemii AIDS – podmíněnou zejména (bezuzdným) sexuálníím chováním Afričanů - označit za cynickou.

Dále je nepochopitelné, proč WHO v publikacích, které nejsou všeobecně přístupné, píše opak toho, co je obsaženo v jejích tiskových sděleních.

LITERATURA:

1. Provisional WHO clinical case definition for AIDS. WHO Global programm on AIDS. In: Wkly. Epidemiol. Rec., 1986, č. 10, s. 72–3.
2. Montagnier, L.: Von Viren und Menschen. Rowohlt 1997.
3. AIDS Surveillance. [Report no. 3] Dar es Salaam, Tanzania, Ministry of Health, National AIDS Control Programme 1990.
4. Chin, J.: Public health surveillance of AIDS and HIV infections. In: Bulletin of the WHO, 68, 1990, č. 5, s. 529–536.
5. De Cock a kol.: AIDS Surveillance in Africa: a reappraisal of case definitions. In: BMJ, 1991, č. 303, s. 1185–1188.
6. Weniger a kol.: A simplified surveillance case definition of AIDS derived from empirical clinical data. In: Journal Of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 1992, č. 5, s. 1212–1223.
7. The HIV/AIDS situation in mid 1996. Geneva, UNAIDS 1996.
8. Global AIDS surveillance. WHO. In: Weekly epidem. Record, 1997, č. 48, 357–620.
9. Report on the global HIV/AIDS epidemic. Geneva, UNAIDS, WHO 1998.
10. Kumulative Verwirrung. Deutsches Ärzteblatt, 86, 1989, sešit 17.
11. Kramer, W.: So lügt man mit Statistik, Frankfurt, Campus 1997.
12. Luger, L. a kol.: Developing the Agenda – HIV Services in the Late '90 and Beyond. North Thames, Great Britain, Department of Health, National Health Service 1997.
13. Images of the epidemic. Geneva, WHO 1994.
14. Durex: Global Sex Survey. London 1997, <http://www.durex.com>
15. Olowo-Freers, B., Barton, T.: In pursuit of fulfilment: Studies of cultural Diversity and Sexual behaviour in Uganda. Kampala, Uganda 1992.
16. Kondom-Absatz im Deutschland. Statistisches Bundesamt Wiesbaden. In: Statistisches Jahrbuch 1996.
17. Water supply and sanitation sector monitoring report 1996. Geneva, WHO 1996.

Chronologie libovůle

Historie různých definicí AIDS se vyznačuje značnou libovůlí. Podobná logika v lékařské argumentaci neexistuje. Změny definicí mají smysl jenom z jednoho aspektu: násilně zvyšují počty nemocných ve statistikách.

I autoři v americkém zdravotnickém úřadě Centers for Disease Control (CDC) si uvědomovali, proč důsledně varují před svou vlastní oficiální publikací ke změně definice z roku 1987, ve které se píše: „*Případová definice AIDS by neměla být považována za standard dobré medicíny*“ („The case definition should not be interpreted as the standard of good medical practice“). [1] U tohoto lakonického vyhlášení není jasné, proč najednou nemá platit standard, který je jinak samozřejmě dodržován.

A nyní k časovému průběhu zamotané historie okolo definice AIDS:

1981: Americký zdravotnický úřad Centers for Disease Control (CDC) popisuje hromadění případů neobvyklého druhu zápalu plic (PcP) a Kaposiho sarkomu, vzácného kožního onemocnění neznámého původu. [2, 3]

1982: Když uveřejňuje CDC první definici AIDS, HIV ještě není objeven. Tím pádem nebyl v této době žádný pacient AIDS podroben testu na protilátky HIV: AIDS je onemocnění s defektem buněčné imunity neznámého původu, které se vyskytuje u pacientů pod šedesát let, u nichž neexistuje jiná příčina imunitní nedostatečnosti. Projevuje se:

- Kaposiho sarkomem, a nebo
- vzácným druhem zápalu plic (*Pneumocystis carini*, PcP) nebo
- oportunními onemocněními.

Oportunními onemocněními se rozumí seznam patnácti nemocí. Přitom je přesně stanoveno, kterou nemocí musí být napaden který orgán, aby toto onemocnění platilo za AIDS. Všechny uvedené nemoci se vyskytují jak u lidí s oslabeným imunitním systémem, tak i u lidí s fungující obranou. [4, 5, 6]

Oportunní onemocnění 1982	
Postižený orgán	Původce onemocnění
Plíce, mozek, mozkové blány	Aspergillus (houba) Candida (houba) Cryptococcus (houba) Cytomegalie (virus) Nokardie (bakterie) Strongyloides (parazit) Toxoplasma (parazit) Cygomykosen (houba) atypické mykobakterie (ne tuberkulóza nebo lepra)
Trávicí ústrojí	Candida (houba) Cytomegalovirus Herpes simplex (virus)
Sliznice (déle než pět týdnů)	Herpes Simplex (virus)
Střevo (déle než 4 týdny)	kryptosporidioza (parazitární infekce)
Mozek	progresivní multifokální leukoencefalopatie

1984: Je objeven HIV.*)

1985: Teprve nyní se uvádí onemocnění do spojitosti s novým virem – HIV – a platí od té doby za infekční onemocnění. Toto překvapivě nečiní definici jednodušší, nýbrž komplikovanější. V USA a v Evropě vstupují v platnost následující změny:

- Nyní jsou pacienti registrováni jako nemocní AIDS, trpí-li jednou z nemocí, které jsou uvedeny ve zmíněném seznamu oportunních nemocí a jsou-li HIV pozitivní.

* Christian Fiala v této práci nepochybně existenci viru HIV, pouze sumarizuje oficiální historii nemoci AIDS. Dokazuje, jak nestandardně a nekorektně se v tomto případě postupovalo. (pozn. D.Š.)

- Přitom se rozšiřuje dosavadní seznam nemocí, na jejichž základě můžeme stanovit diagnózu AIDS, o další čtyři (viz seznam).
- Mezi nemocné AIDS se nyní počítají i osoby s leukémií a rovněž osoby s Kaposiho sarkomem starší šedesáti let. Tito pacienti byli dosud z definice AIDS výslovně vyjmuti. [7]
- Je-li někdo HIV negativní, má-li test na protilátky HIV s nejasným výsledkem nebo nebyl-li vůbec testován, je také počítán jako nemocný AIDS v případě, trpí-li imunitní nedostatečností bez vysvětlitelné příčiny, a rovněž jednou z uvedených nemocí. Toto kritérium je v základním rozporu s všeobecně akceptovanou definicí infekční choroby. Podle ní musí být původce prokazatelný, má-li nějakou chorobu vyvolat. Následně bylo v USA stanoveno 27 % všech diagnóz AIDS, aniž by byl vůbec proveden jediný test. [8] Neexistuje žádná publikace o tom, jak dopadl test na protilátky HIV u zbylých 73 %. Zvláště zajímavý by byl podíl testů s negativním nebo nejasným výsledkem.

Dodatkové oportunní nemoci 1985	
Postižený orgán	Nemoc
všude v těle	histoplazmóza (houbová infekce)
střevo (průjem déle než 1 měsíc)	izosporóza (parazitární infekce)
průdušky, plíce	kandidóza (houbová infekce)
	rakovina (Non-Hodgkinův lymfom)

1986: Výhradně pro Afriku a rozvojové země vstupuje v platnost nová definice. [9] Podle této tak zvané Banguiské definice je diagnostikován AIDS pouze na základě všeobecných klinických symptomů. Provádění testu na protilátky HIV se výslovně nepředpokládá. Takový postup platí v Evropě a USA za zvlášť těžkou chybu. Pro informaci píše WHO doslovně: „ Je třeba zdůraznit, že definice AIDS nebyla vytvořena k tomu, aby bylo možno spolehlivě rozpoznat infekci HIV. V oblastech, kde se vyskytuje málo infekce HIV, jsou proto pomocí této definice diagnostikováni hlavně pacienti s tu-

berkulózou, těžkou podvýživou, nebo průjmem.“ [10] Tento seznam je stále ještě s regionálními odchylkami platný v Africe a ostatních rozvojových zemích ale zároveň jenom tam.

1987: V USA, a krátce na to i v Evropě, vstoupila v platnost nová, třetí definice AIDS. Seznam infekčních chorob, které vedou k diagnóze byl znovu přepracován. Přibylo na něj několik dalších nemocí a jiné byly vyškrtnuty (viz tabulka). Při tom jsou podstatné následující změny:

- HIV pozitivita u nemocných rakovinou je definována jako AIDS [1]. Až dosud patřili tito pacienti do skupiny „nemocných rakovinou s doplňkovou infekcí HIV“.
- Pacienti se mohou za určitých podmínek stát nemocnými AIDS i poté, co byli prokázáni jako HIV negativní, nebo HIV test nedal žádný jednoznačný výsledek, což platí dodnes.
- Od nynějška mohou být diagnostikovány některé z *oportunních nemocí* i na základě klinických symptomů. Proto není nadále nezbytné tato onemocnění prokazovat. Lékař může diagnostikovat někoho jako nemocného AIDS i bez průkazu oportunní infekce. Postačuje, je-li přesvědčen o správnosti své diagnózy.

Na základě této definice bylo diagnostikováno v následujících letech v USA, Španělsku a Dánsku asi o třetinu víc nemocných AIDS. [8, 11, 12] Dále se změnila i skladba nemocných AIDS. V Dánsku se tak vyskytoval ve skupině „nový“ více než dvojnásobný počet žen a o 66 % více mužů, kteří udávali heterosexuální přenos. [11] Proto CDC, tudíž úřad odpovídající za definici AIDS v USA, publikoval následující doporučení: „*Interpretace průběhu počtů a skladby nemocných AIDS by měla brát na zřetel rozdílné účinky nové definice.*“ [8] Je udivující, že se americký zdravotnický úřad cítí povinen výslovně konstatovat takovou banalitu. Ještě více udivuje fakt, že tuto radu bere na zřetel jenom zanedbatelný počet statistik.

1991: Za spolupůsobení amerického zdravotnického úřadu CDC byla zavedena nová definice pro rozvojové země. [13] Skládá se vlastně ze dvou různých definic, neboť vedle diagnózy stanovené na základě klinických symptomů ve spojení aspoň s jedním testem na protilátky HIV je možná dodatkově i diagnóza podle definice průmyslových států. Tato je známa pod názvem „Abdijanská definice“. Protože před jejím zavedením nedošlo k žádné mezinárodní shodě, zůstává dále platná i dosavadní defi-

Oportunní onemocnění 1987	
Postižený orgán	Původce nebo onemocnění
průdušky, průdušnice, plíce, trávicí ústrojí	kandidóza (houbová infekce)
mimo plíce nebo celkově	kokcidioidní mykóza (houbová infekce)
mimo plíce	kryptokokóza (houbová infekce)
střeva (déle než 1 měsíc)	kryptosporidioza (parazitární infekce)
celkově (mimo játra, míchu nebo lymfatické uzliny)	cytomegalovirová infekce
oční spojivky	cytomegalovirová infekce
mozek	demence/encefalopatie ¹⁾ (vývin slabomyslnosti)
průdušky ¹⁾ , plíce ¹⁾ , trávicí ústrojí nebo vřed déle než 1 měsíc	Herpes simplex (virová infekce)
mimo plíce nebo generálně	histoplasmóza (houbová infekce)
střeva (déle než 1 měsíc)	izosporóza (parazitární infekce)
kůže, sliznice	Kaposiho sarkom (nebezpečné kožní onemocnění)
	rakovina (Burkittův nebo imunoblastický lymfom)
mimo plíce nebo celkově	atypické nebo neidentifikované mykobakterie
mimo plíce	tuberkulóza ¹⁾
plíce	pneumocystis carinii (parazitární infekce) ²⁾
mozek	progresivní multifokální leukoencefalopatie (mozkové onemocnění)
generálně, častěji jako znamení	salmonela ¹⁾
mozek	toxoplasmóza ¹⁾ (parazitární infekce)
	„wasting-syndrom“ (silný úbytek na váze) ¹⁾

1 Nově od roku 1987.

2 Pneumocystis carinii způsobující za specifických podmínek zápal plic byl původně považován za parazitární mikroorganismus. To byl jeden z omylů, který vedl k špatné definici AIDS – tedy že se jedná o imunitní nedostatečnost. Dnes už je prokázáno, že se jedná o houbu (viz Stringer, J. P.: The identity of Pneumocystis carinii: Not a single protozoon but a diverse group of exotic fungi. Infect Agents Dis, 1993, č. 2, s. 109–117), čímž celý koncept původní definice AIDS postavený na PCP a KS padá, protože ani houbová infekce ani rakovina nejsou dokladem imunitní nedostatečnosti (Kremer, H.: Did Gallo and his Colleagues manipulate the „AIDS-test“ to order? In: Continuum, summer, 1998 č. 4. (pozn. D. Š.)

nice WHO z Bangui. To znamená, že každá rozvojová země a každý lékař zde musí zvolit, podle které definice prohlásí nemocného člověka za nemocného AIDS.

1992: Pro rozvojové země vstupuje v platnost dodatečná, třetí a především poslední definice. [14] Přichází z jižní Ameriky, byla sestavena ve spolupráci s „Pan American Health Organization“ a nazývá se „Caracazská definice“. I zde je ke stanovení diagnózy AIDS nezbytný aspoň jeden HIV test ve spojení s klinickými symptomy. Zároveň zůstávají platné dvě předchozí definice, čímž se zvyšuje možnost volby definice pro lékaře, kteří v rozvojových zemích AIDS diagnostikují, o jednu další. Lékařům jsou k dispozici tři rozdílné definice diagnózy na základě klinických symptomů, a evropsko/US-americká definice. Tato situace je zcela absurdní, postrádá jakoukoliv objektivní reflexi a dovádí tímto všechny vědecké definice ad absurdum.

1993: 1. leden. V USA, Rakousku a jedné části evropských zemí vstupuje v platnost rozšířená čtvrtá definice [2]. Ta se však vztahuje výhradně na mladistvé a dospělé. U dětí je AIDS diagnostikována nadále podle definice z roku 1987.

- Seznam *oportunních nemocí* je znovu rozšířen o tři onemocnění, totiž o plicní tuberkulózu, více než dva zápaly plic během jednoho roku a rakovinu děložního hrdla. Tato onemocnění se částečně u některých HIV pozitivních vyskytovala častěji než u neinfikovaných HIV, čímž ovšem není řečeno, že HIV tato onemocnění vyvolává.
- Dále zůstává v platnosti definice, podle které mohou být lidé s imunitní nedostatečností za určitých okolností definováni jako nemocní AIDS i bez infekce HIV.

Pouze pro USA vstoupila v platnost ještě následující změna, která se sebou nese vážné následky:

- V tomto okamžiku jsou všichni HIV pozitivní, kteří měli v rámci sledování silně snížený počet CD4+ T-lymfocytů (CD4+ T-lymfocyty jsou důležitá skupina bílých krevních tělísek – obranných buněk), prohlášeni za nemocné AIDS, a to i v případě, že nemají žádný symptom, cítí se plně zdraví a počet CD4+ T-lymfocytů následovně znovu stoupá.*)

Z těchto pacientů AIDS bez symptomů dostává asi jedna třetina v průběhu následujícího roku nemoc, se kterou by on/ona i dosud platili za nemocného AIDS. Zbylí

„nemocní AIDS“ žijí déle než tři roky bez symptomů a obtíží. Podle okolností umírají někteří teprve ve vysokém stáří na jinou, „normální“ nemoc.

Na základě této rozšířené definice bylo v USA v roce 1993 diagnostikováno dvakrát více lidí jako nemocných AIDS než rok předtím, ačkoliv by se počet nemocných AIDS podle staré definice o dvě procenta snížil. Nová definice měla však ještě dalekosáhlejší důsledek. V souvislosti s jejím zavedením se zvýšil podíl žen, drogově závislých a heterosexuálních mužů v celkovém počtu nových onemocnění, což bylo následně interpretováno jako nárůst ohrožení těchto skupin. Homosexuálové byli zastoupeni méně. [3, 15] Také doba přežití u nemocných AIDS se tím výrazně změnila. U nově evidovaných byla dvakrát tak dlouhá, což bylo následně představováno jako úspěch lékařské péče. [16]

1993: 1. červenec. Nyní přichází se zavedením zmíněné změny také Německo a zbytek Evropy. Protože nová definice AIDS byla zavedena v polovině roku, nebyl v těchto zemích účinek na statistiku roku 1993 tak výrazný, jako na příklad v Rakousku. Nižší počet CD4+ T-lymfocytů sám o sobě, stejně jako v ostatních evropských zemích, k diagnóze AIDS nevede. Německý spolkový zdravotnický úřad toto odůvodňuje mimo jiné takto:

- rozdílným zdravotnickým systémem; lidé jsou zde tedy bezplatně lékařsky ošetřeni i tehdy, jsou-li infikováni HIV, ale ještě nemají žádné symptomy;
- nedostatečnou standardizací určení CD4+ T-lymfocytů podléhají hodnoty individuálním výkyvům a výsledky jsou závislé na provádějících laboratořích.

V USA však vstupovala v roce 1993 do statistiky téměř polovina nemocných AIDS výhradně kvůli těmto kritériím. To znamená, že čísla z USA nejsou od tohoto okamžiku v žádném případě srovnatelná s čísly z Evropy. Rozdíl mezi Evropou a USA v definici AIDS je příliš velký.

* Jaroslav Svoboda to konec konců ve své knize *Imunologie v lékařské praxi* popisuje docela přesně: „Oznámíme-li asymptomatickému HIV infikovanému člověku pozitivní výsledek testu, což pro každého znamená psychický šok, a vzápětí stanovíme absolutní množství CD4+ T lymfocytů, obvykle zjistíme jejich poměrně nízké hodnoty, ale po několika měsících i bez zahájení specifické bazální antivirové terapie již nacházíme prakticky zcela normální hodnoty těchto buněk.“ (Svoboda, J.: *Imunologie v klinické praxi I. HIV onemocnění a AIDS jako modely postižení imunitního systému*, Praha 1996, s. 17.) Z toho je jasné, že počet CD4+ T-lymfocytů nemůže sloužit jako diagnostický mechanismus. (pozn. D. Š.)

Nechť je ještě poukázáno na to, že definice AIDS z roku 1993 je v současnosti stále platná. Je však zřejmé, že i v budoucnu dojde ke změnám. Podle dosavadní zkušenosti musíme vycházet z toho, že i budoucí definice povedou ke zvýšeným číslům ve statistikách.

SOCIÁLNÍ DŮSLEDKY DEFINICÍ

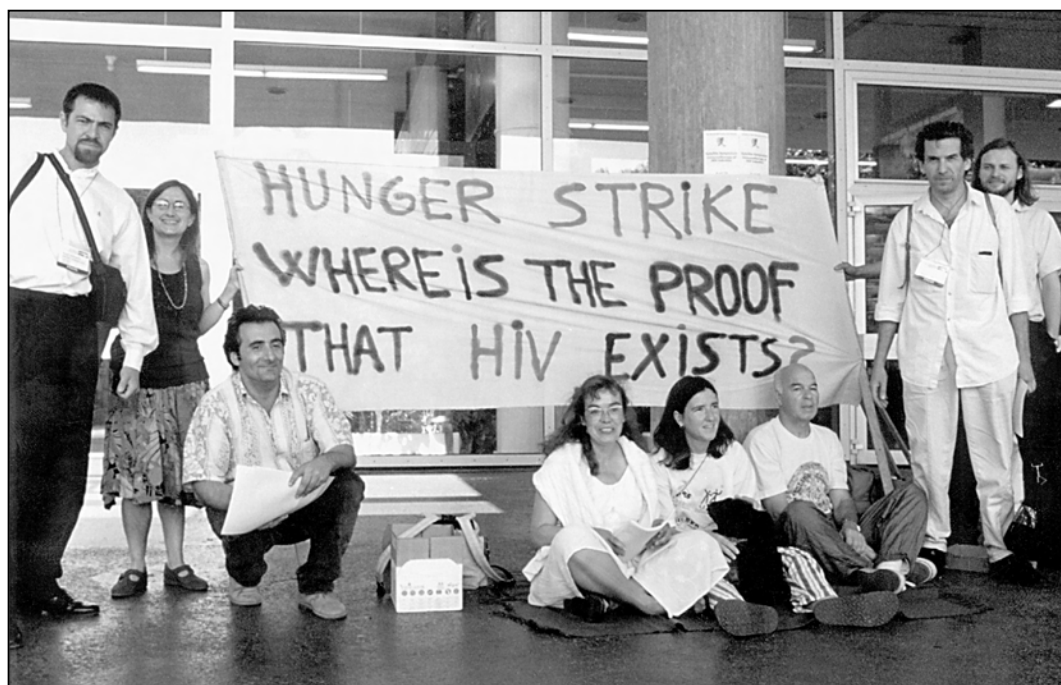
Protože všechny změny v definicích nebylo možno z medicínského hlediska podchytit, musí být osvětleno i finanční a sociální pozadí této nemoci. [17] Pro zahrnutí všech HIV pozitivních bez symptomů mezi nemocné AIDS neexistovalo v USA nepochybně žádné lékařské odůvodnění. Měla se tím vpodstatě zlepšit kontrola šíření infekce HIV, mělo se zjednodušit hlášení o HIV pozitivních a HIV pozitivním, kteří jsou odkázáni na sociální pomoc, měl být ulehčen přístup ke státní podpoře. Diagnóza AIDS byla v USA stanovena u poloviny případů jenom proto, aby se jim dostalo požitků materiálních výhod a lepší lékařské péče. Lidé v USA tedy potřebují tuto diagnózu k tomu, aby dostali státní podporu prostřednictvím programu lékařské péče, protože zde nepostačovala infekce HIV bez přítomnosti některé z definovatelných nemocí. [2, 18, 19] Tento postup byl postiženými hodnocen pozitivně. Objevila se však otázka, zda má lékařská diagnóza sloužit k tomu, aby obstarala jedné části obyvatelstva materiální výhodu, která jde nezbytně na konto ostatních nemocných.

Lidé, kteří jsou sociálně ošizeni nebo se těžko mohou začlenit do naší společnosti, zasluhují všeobecnou podporu a solidární chování svých spoluobčanů. Dnešní situace je však morálně nanejvýš problematická, nespravedlivá a neuspokojivá. Vystává například otázka, proč na sebe například drogově závislí strhnou pozornost teprve tehdy, až jsou diagnostikováni jako HIV pozitivní? Proč je třeba záminky HIV, aby společnost odhalila svou zodpovědnost a zpřístupnila i těmto lidem lékařskou péči? A jak to vypadá s naší solidaritou s nemocnými, postiženými a sociálně poškozenými lidmi, kteří HIV pozitivní nejsou?

Postup, který se uplatnil u AIDS, byl dosud v medicíně nepředstavitelný a měl by nezodpovědné následky, kdyby se stejně použil u ostatních chorob.

LITERATURA:

1. Revision of the surveillance case definition for AIDS. CDC. In: MMWR, 36, 1987, s. 1-15.
2. 1993 Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. CDC. In: MMWR, 41, 1992, č. RR-17, s. 1-19.
3. Update: Impact of the expanded AIDS surveillance case definition for adolescents and adults on case reporting – United States. CDC. In: MMWR, 43, 1994, č. 9, s. 160-70.
4. Update on Kaposi's sarcoma and opportunistic infections in previously healthy persons – US. CDC. In: MMWR, 1982, č. 31, s. 294, 300-301.
5. Update on acquired immune deficiency syndrome (AIDS) – United States. CDC. In: MMWR, 31, 1982, č. 37, s. 507-514.
6. Jäger: Aids und HIV Infektionen: Diagnostik, Klinik, Behandlung. Aktualisierung, ecomed, Landsberg 1988.
7. Revision of the case definition of AIDS for national reporting – United States. CDC. In: MMWR, 34, 1985, s. 373-375.
8. Selik, R. M. a kol.: Impact of the 1987 revision of the case definition of acquired immune deficiency syndrome in the United States. In: J. Acquir. Immune. Defic. Syndr., 3, 1990, č. 1, s. 73-82
9. Provisional WHO clinical case definition for AIDS. WHO. Global program on AIDS. In: Wkly. Epidemiol-Rec, 1986, č. 10, s. 72-73.
10. Chin, J.: Public health surveillance of AIDS and HIV infection for AIDS in Uganda. In: JAMA, 1988, č. 260, s. 3286-3289.
11. Smith, E. a kol.: Impact of the 1987 revised AIDS case definition in Denmark: a follow-up study 2 years after its adoption. In: Scand. J. Infect. Dis., 24, 1992, č. 3, s. 293-299.
12. Cayla, J. a kol.: L'impact de la nouvelle definition de SIDA á Barcelone. V. Int. Conf. AIDS, Abstract T.A.O. 3, Montreal 1989.
13. De Cock a kol.: AIDS surveillance in Africa: a reappraisal of case definitions. In: BMJ, 1991, č. 303, s. 1185-1188.
14. Weniger a kol.: A simplified surveillance case definition of AIDS derived from empirical clinical data. In: Journal Of Acquired Immune Deficiency Syndrome, 1992, č. 5, s. 1212-1223.
15. Ancelle-Park, R. a kol.: Impact of 1993 revision of adult/adolescent AIDS surveillance case definition for Europe. In: Lancet, 1995, č. 345, s. 789-790.
16. Vella, S. a kol.: Differential survival of patients with AIDS according to the 1987 and 1993 CDC case definitions. In: JAMA, 271, 1994, č. 15, s. 1197-1199.
17. Hoover, D., R. a kol.: Long-term survival without clinical AIDS after CD4+ cell counts fall below 200 x 106/l. In: AIDS, 9, 1995, č. 2, s. 145-152.
18. Steward: Changing case-definition for AIDS. In: Lancet, 340, 1992, s. 1414.
19. Bericht zur epidemiologischen Situation in der BRD zum 31.12. 1995. Berlin, AIDS-Zentrum im Bundesgesundheitsamt.



Ženeva červen/červenec 1998, XII. světová konference: „Hladovka: Kde je důkaz, že HIV existuje?“ Tři Španělé (sedící na zemi) drží hladovku před kongresovou budovou Palexpa v Ženevě. Napravo od nich stojí Lluís Botíñas, ředitel španělské organizace Plural 21, vzadu za ním David Šubík.

HIV/AIDS – jak velké nebezpečí hrozí mladistvým?

DEMONSTROVÁNO NA PŘÍKLADĚ BRANCŮ

Všeobecně se mnoho let uznává, že mladiství jsou vystaveni obzvlášť velkému riziku infekce HIV, a proto byli a stále ještě jsou cílovou skupinou rozmanitých preventivních zpráv a kampaní. Pokusíme-li se blíže identifikovat a posoudit riziko mladistvých, zjistíme, že nelze nalézt takřka žádné podklady. Informace o věku osob u pozitivních testů HIV nejsou v žádném případě reprezentativní, protože jsou k dispozici jenom u části testů, a mimo to není známo, o kolik se tato reprezentativnost sníží v důsledku opakování testů. Kromě toho neexistuje žádný výzkum HIV pozitivních, který by se vztahoval na věk. Z Německa je známo, že průměrný věk všech nemocných AIDS v době diagnostikování onemocnění je 38,9 let. Mezi třinácti až čtyřiaadvacetiletými bylo v posledních patnácti letech 506 onemocnění AIDS (při počtu obyvatel 81 miliónů). Tato věková skupina tvoří tedy 3,6 % všech dosavadních onemocnění AIDS. Z těchto údajů můžeme vyvozovat nanejvýš domněnky. Přesné soudy však možné nejsou.

V této situaci však našťastí můžeme sáhnout po vyhodnocení testů HIV u branců v Rakousku.

Test HIV sice není v Rakousku součástí odvodu, přesto jsou ale téměř všichni z asi 40 000 branců pravidelně kontrolováni na HIV, a to od roku 1985. Podkladem pro to je dohoda mezi spolkovou armádou, která hledala nejlacinější vhodnou metodu k určování krevní skupiny u vojáků, a Červeným křížem. Červený kříž totiž výjimečně určuje bezplatně krevní skupinu i u nedárců, pokud je zajištěno, že se převážná většina testovaných účastní akcí dárcovství krve. Aby se zajistila motivace branců, smějí po uskutečněním odběru opustit ubytovací prostor na víkend již v pátek. Všichni nedárci, mezi které příležitostně spadají i ti, kteří byli odmítnuti z lékařských důvodů, dostanou

vycházku teprve v sobotu. Tento postup, který byl v Německu odmítnut jako neslučitelný s principem dobrovolnosti, dosud zajišťuje téměř úplné testování rakouských branců. Proto máme k dispozici údaje o četnosti výskytu infekce HIV u tří čtvrtin z každého ročníku mužské populace ve věku mezi devatenáctým a dvacátým prvním rokem za posledních dvanáct let.

Pro interpretaci údajů musíme vzít v úvahu několik omezení:

- příslušníci hlavních postižených skupin, homosexuálové a drogově závislí, jsou částečně zproštěni vojenské povinnosti, totéž platí pro hemofiliky;
- branci, kteří vědí, že jsou HIV pozitivní, zřejmě odolávají enormnímu tlaku a účast na dárcovství krve odmítají;
- v malém měřítku se dárcovství krve účastní i vojáci z povolání, některé pozitivní testy by tedy mohly pocházet od nich;
- mladiství, kteří měli pozitivní test již dříve, se možná pokoušejí uniknout vojenské službě a žádají civilní službu;
- do úvahy bohužel nemohly být zahrnuty výsledky ze spolkového státu Salzburg, s ohledem na skutečnost, že v okolních spolkových zemích, v Tyrolsku a Horním Rakousku, dosud ještě nikdy neměli žádného dárce krve pozitivního na HIV a v sousedním Kärntenu měli dva případy, je reprezentativnost tohoto výzkumu absencí údajů ze Salzburgu ovlivněna jenom nepatrně.

Celkem vzato z těchto bodů vyplývá, že dárce krve z kasáren jsou reprezentativní pro heterosexuálně aktivní, ne nitrožilně drogově závislé mužské mladistvé po ukončení školní docházky nebo učení. Podíl homosexuálů a nitrožilně drogově závislých je malý.

Kdybychom vycházeli z předpokladu, že se HIV rozšiřuje mezi heterosexuálními mladistvými, musel by se ve sledovaných skupinách projevit významný a v posledních letech narůstající počet pozitivních testů HIV.

Ve skutečnosti došlo v průměru k výskytu 2,3 pozitivních výsledků. Skoro všechna hlášení, totiž dvacet pět z celkového počtu dvaceti sedmi, přišla z krevní banky Vídeň, která obhospodařuje i Burgenland a Dolní Rakousko. (Vídeň je jediným velkoměstem Rakouska.) V Kärntenu se vyskytly od roku 1985 v kasárnách celkem dva případy pozitivních krevních dárců. Ostatní spolkové země, Horní Rakousko, Steiermark, Tyrolsko a Vorarlberg, neměly od roku 1985 dodnes z kasáren ještě ani jediného dárce krve pozitivního na HIV. V průběhu doby není možno pozorovat žádné změny.

Bereme-li dárce krve jako 95 % z celkového počtu branců, vyplývá z toho asi šest pozitivních testů HIV na 100 000 dárců krve. (Mezi všemi prvodárci v Německu byl

tento počet v roce 1993 11,6.) Všechna sledování z Německa, která byla ministerstvem obrany zveřejněna, měla podobný výsledek. Tyto údaje nejsou ovšem tak směrodatné, protože podíl branců na akcích dárcovství krve je kvůli skutečné dobrovolnosti podstatně menší.

Nárůst HIV infekce mezi mladistvými mužské populace, mimo těch, kteří náležejí do některé z rizikových skupin, proto **není možné na základě předložených údajů prokázat**.

Aby bylo možno odhadnout riziko u ženské části populace mladistvých, je vhodné obrátit se na výsledky anonymního, nezávazného testování u novorozenců. Při té příležitosti je zbytková krev z pupeční šňůry testována na protilátky proti HIV. Výsledek při tom podává informaci o případné infekci HIV u matky. Od roku 1993 je toto sledování prováděno u téměř všech porodů v Berlíně, městě s nejvyšším počtem případů AIDS na obyvatele v Německu. Tato sledování jsou prováděna i v Dolním Sasku a v Bavorsku. Institut Roberta Kocha v Berlíně, který je odpovědný za vyhodnocení německých údajů, dochází k následujícímu závěru: „*Dosavadní výsledky – HIV prevalence u porodivších matek zřetelně pod jeden případ na tisíc – potvrzují předpoklad dosud nepatrného výskytu HIV u všeobecné, heterosexuální populace.*“^(*)

Z tohoto hlediska je nezbytné nově promyslet sexuální osvětu a prevenci AIDS. Varování heterosexuálních mladistvých, kteří nejsou drogově závislí, před nebezpečím, které po více než osmnácti letech existence „epidemie“ ani objektivně, ani subjektivně neexistuje, nemůže vést k cíli. Obzvláště, mají-li tato varování podobu plošných a zastrašujících preventivních zpráv. Více je tím ohrožena jejich důvěryhodnost, která je pro každou osvětu neoddiskutovatelná. Na druhé straně chybí většině preventivním zprávám explicitní poukaz na nebezpečnost nechráněné pasivní/receptivní anální soulože, pro ženy stejně jako pro homosexuální muže.

* Zpráva k epidemiologické situaci ve Spolkové republice Německo, Berlín, Institut R. K., k 31. 12. 1996.

Další použítá literatura:

Walther, M. a spol.: AIDS v epidemiologických údajích Bundeswehru, Prevence a terapie. Vojenský lékařský měsíčník, 1997, ú–b, s. 38–41.

Abgrall, J. a spol.: Évolution de l'infection á VIH, du SIDA et des maladies sexuellement transmissibles chez les Militaires Francais. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 1997, č. 50, s. 221–2.

Pro sexuálně aktivní lidi byla ochrana v sexualitě již v dobách před AIDS vždy důležitým tématem. Zdá se, že je nezbytné navázat na tuto tradici a v osvětových zprávách stavět opět do popředí ochranu před nechtěným početím a před klasickými přenosnými sexuálními nemocemi. Smysluplně by se to mělo dít způsobem, který odpovídá subjektivním zkušenostem mládeže. Dále by se mělo upustit od jakéhokoliv vytváření ovzduší strachu, protože se ukázalo, že tímto způsobem nemůže být dosaženo žádné trvalé změny sexuálního chování.

V této souvislosti připomeňme, že se i církev pokoušela přinést mezi lidi prostřednictvím poselství strachu restriktivní sexuální morálku. Poslední velká kampaň tohoto druhu se konala před třiceti pěti lety a měla zabránit zavedení antikoncepční pilulky. Použitý scénář – ohrožení církve, očištění míchy nebo úpadek morálky a mravů odpovídal tenkrát stejně tak málo zkušenostem lidí, jako údajná epidemie AIDS mezi heterosexuálním obyvatelstvem dnes. Setrvání církve na těchto falešných hrozbách ani nezměnilo, jak víme nyní po 2000 letech, naše sexuální chování, ani nás nedovedlo do Sodomy a Gomory. Proto se důvěryhodnost církve a v důsledku i její vliv smrštily na tehdy nepředstavitelně malou míru.

Tyto výzkumy by nebyly možné bez podpory rakouské společnosti pro plánované rodičovství a krevních bank rakouského Červeného kříže. Děkuji jim tímto za jejich spolupráci.

Dárci krve pozitivní na HIV v kasárnách v Rakousku		
Rok	Pozitivní dárci krve	Počet branců¹⁾
85	3	49 000
86	1	47 000
87	1	45 000
88	4	44 000
89	3	43 000
90	3	40 800
91	4	39 400
92	1	40 300
93	2	41 500
94	2	38 000
95	1	32 300
96	2	33 700
Celkem	27	494 500

1 Podle údajů ministerstva obrany. Z krevní banky Salzburg nejsou k dispozici žádné údaje.

Jak vyrobit nemoc

Když byla poprvé sestavena definice AIDS v roce 1982 americkou CDC, byla založena na přesně definovaných klinických stavech, které byly již dříve známy. Především se jednalo o houbovou infekci PcP a kožní onemocnění Kaposiho sarkom. Vzhledem k tomu, že šlo o známá onemocnění, která se vyskytovala zcela nezávisle na AIDS, pacienti mohli být diagnostikováni jako AIDS případ pouze pod podmínkou, že výskyt těchto nemocí není podmíněn jinou příčinou imunitní nedostatečnosti. Tím se myslelo to, zda pacient netrpěl dříve nějakou imunosupresivní nemocí nebo zda neužíval imunosupresivní terapii.

Karl Krafeld se 14. února 1995 zeptal německé vlády, zda je v odborné literatuře dokumentován aspoň jediný případ pacienta AIDS, který by odpovídal této definici. Vzhledem k tomu, že vláda nebyla schopna jmenovat jedinou publikaci, která by prokázala, že existuje alespoň jeden takový případ, Karl od té doby považuje AIDS za „nejpěknější nemoc na světě“: od roku 1982 do roku 1986, kdy byla definice změněna, ani jeden skutečně prokázaný případ na celém světě!

Když v roce 1986 Světová zdravotnická organizace změnila definici AIDS, udělala to způsobem, který nemá v medicíně obdoby. Podmínku nepřítomnosti jiných příčin imunitní nedostatečnosti jednoduše nahradila vedlejšími účinky léku, který se právě chystal ke schválení jako antivirová terapie (AZT), a několika specifickými nemocemi zemí třetího světa. Poprvé v historii medicíny bylo užívání léku použito jako diagnostický mechanismus a účinky AZT od té doby slouží jako důkaz HIV infekce a nemoci AIDS.

Je jasné, že tímto sebedefinujícím způsobem je možné vytvořit tolik případů, kolik si kdo bude přát. S realitou to však má málo co do činění. Takže jak tomu bylo během prvních čtyř let, tak je tomu dodnes – neexistuje jediný případ tzv. AIDS pacienta, jehož diagnóza by se nedala pojmenovat známými klinickými termíny zcela bez použití termínů, jako je HIV infekce nebo AIDS. Specifická anti-HI-virová terapie tím pádem nemá opodstatnění, a jak se přesvědčíme v dalších kapitolách, je velmi škodlivá.

100 mg

A-2169

Lot 92H78011

SIGMA[®]

TOXIC

Toxic by inhalation, in contact with skin and if swallowed. Target organ(s): Blood Bone marrow. If you feel unwell, seek medical advice (show the label where possible). Wear suitable protective clothing.



3'-AZIDO-3'-DEOXYTHYMIDINE

(AZT; Azidothymidine)

[30516-87-1]

Desiccate

$C_{10}H_{13}N_3O_4$ FW 267.2

Purity > 99% (HPLC)

Store at less than 0°C

For laboratory use only. Not for drug, household or other uses.

• F / • - 9



SIGMA CHEMICAL CO. P.O. Box 14508, St. Louis, MO 63178 USA 314-771-5750

TOXICKÝ:

Toxický při vdechnutí, při kontaktu s kůží a při polknutí.

Cílový(é) orgán(y):

Krevní kostní dřeň.

Pokud se necítíte dobře, vyhledejte lékařskou pomoc (ukážete tuto etiketu všude, kde je to možné).

Používejte patřičné ochranné prostředky.

Jed na předpis^{*})

Už v průběhu předchozích kapitol jsme opakovaně naráželi na extrémně škodlivou léčbu, která je nasazována pacientům s AIDS údajně jako „antivirová“. Dnes už se samozřejmě nepoužívá jeden přípravek, přesto jsou chemoterapeutika na bázi AZT základním „lékem“, který se používá jak ve vyspělých zemích, tak v Africe, kde se dokonce nasazuje nejen jako léčba, ale u těhotných žen i jako prevence.^{**)}

AZT bylo vyvinuto v roce 1964 jako protirakovinná chemoterapie k zabíjení nežádoucích buněk. Už během zkoušek na zvířatech se prokázala nesmírná škodlivost tohoto přípravku a nebyl nikdy schválen k tomu, aby se pacientům s rakovinou aplikoval. V druhé půlce osmdesátých let si firma Borroughs-Wellcome zažádala o schválení AZT jako antivirové terapie. Tentokrát byl přípravek schválen a dlouhou dobu to byl jediný „lék“, který se podával jak lidem s AIDS, tak i HIV pozitivním bez dalších symptomů.

AZT (azidothymidin) způsobuje oslabení nebo úplnou destrukci imunitního systému, jehož buňky jsou napadány AZT stejně jako onen hypotetický HIV. Princip je podobný jako u chemoterapie proti rakovině, která se podává po krátkou dobu a ví se, že zabíjí stejně rakovinné buňky jako ty zdravé, přičemž se předpokládá, že těch zdravých přežije dostatek. Na rozdíl od rakovinné chemoterapie je AZT podáváno bez časového omezení.

Na XII. světové konferenci AIDS v Ženevě jsem se seznámil s Johnem Lauritsenem, autorem mnohých publikací o AIDS. V této kapitole uvedu ve zkrácené podobě jeho článek, který publikoval již v roce 1987 v New York Native. John Lauritsen si v roce 1987

* Název této kapitoly jsem si vypůjčil z knihy J. Lauritsena „Poison by Prescription: The AZT Story“.

** WHO – Světová zdravotnická organizace přidala AZT na seznam „základních léků“ a konkrétně zidovudin, fy Glaxo Welcome zařadila jako přípravek pro profylaktickou léčbu těhotných žen k snížení vertikálního přenosu infekce HIV z matky na dítě a ochraně novorozence. (WHO Fact Sheet No.198, 1998. In: AIDS Newsletter, SZÚ/NRL pro AIDS, 1999, č. 1, s. 45.) Na základě tohoto rozhodnutí může být v rozvojových zemích podáváno všem těhotným ženám jako druh prevence ať už jsou HIV pozitivní nebo ne.

vyžádal od FDA, tedy od instituce, která v USA schvaluje nová léčiva, zprávu o klinickém hodnocení AZT. Pět set stran této zprávy odkrývá temnou historii znovuzavedení tohoto přípravku na trh.

Státní úřady, jako například FDA, mají na základě zákona o svobodě informací povinnost zpřístupnit své materiály tak, aby mohly být nezávisle prověřeny. Materiál, který John Lauritsen obdržel od FDA, byl silně cenzurován: na některých místech chyběla celá řada stránek, jinde byla zabělena slova, řádky nebo celé odstavce. Většina stránek byla takřka nečitelná, jako by byla špatně zaostřena kopírka při kopírování.

John si přesto dal tu práci a coby analytik tržních průzkumů se pustil do analýzy těchto materiálů. Následující kapitola uvádí výsledky jeho analýzy.

Klinické hodnocení AZT

PŘERUŠENÉ KLINICKÉ HODNOCENÍ

„Dvojitě slepé, placebem kontrolované“ klinické hodnocení AZT bylo řízeno FDA ve dvanácti zdravotnických centrech po celých Spojených státech. Pacienti nenastoupili hodnocení ve stejnou dobu, ale každý měl podstoupit dvacet čtyři týdnů „léčby“ – ať už AZT, nebo placebem.

V průběhu hodnocení bylo zjištěno, že zemřel pouze jeden pacient užívající AZT, zatímco těch, co užívali placebo, zemřelo více než dvanáct. Podle materiálů, které jsem obdržel, bylo rozhodnuto, že pokračovat v hodnocení by bylo *neetické*, když AZT tak viditelně prodlužovalo životy těch, kteří jej užívali. Hodnocení bylo ukončeno; všem pacientům bylo oznámeno, kteří z nich užívali AZT a kteří placebo. Všem byla nabídnuta možnost užívat AZT. S ohledem na později uvedené argumenty existují dobré důvody pohlížet skepticky na údaje o úmrtnosti stejně jako na motivaci k předčasnému ukončení klinického hodnocení.

Kvůli předčasnému zastavení studie dokončilo celou dvacetičtyř týdně léčbu pouze patnáct pacientů (5 % z celkového počtu). Dvacet tři pacienti byli léčeni méně než čtyři týdny a k termínu zastavení hodnocení byli pacienti léčeni v průměru po dobu 17-ti týdnů. (viz tabulka č. 1)

Jak si lze představit, předčasné přerušení znehodnotilo původní výzkumný projekt a z analytického hlediska způsobilo chaos. Původní projekt předpokládal, že všichni pacienti dokončí čtyřiadvaceti týdně léčbu. Nyní muselo být vyhodnocení založeno na kontroverzních statistických projekcích. Takže namísto toho, aby bylo ukázáno, u jakého procenta pacientů z té které skupiny se během oněch dvacet čtyři týdnů vyskytly oportunní infekce, bylo nezbytné vyvinout **promítnutou pravděpodobnost** toho, jakým oportunním infekcím **by** během těchto 24 týdnů trpěli. Metoda, která byla používána (Kaplan-Meier Product-Limit Method), je statistický pokus o **odhad**, k jakým výsledkům by se bývalo bylo dospělo, **kdyby** hodnocení **nebylo** ukončeno.

Velmi málo pacientů dokončilo kompletní 24týdenní hodnocení			
	Počet celkem	AZT skupina	Placebo skupina
Základ: Celkový počet těch, kteří nastoupili hodnocení	282	145	137
Ukončili klinické hodnocení (24 týdnů)	5 %	6 %	4 %
Neukončili klinické hodnocení	95 %	94 %	96 %
„Dále spolupracující“ (Tzn. skončili dříve než po 24 týdnech)	73 %	79 %	67 %
Opustili hodnocení	22 %	15 %	29 %
Délka léčby v týdnech (průměr)	17,3	17,6	16,9

S břitkou stručností zaznamenává statistik FDA své pochybnosti o předčasném ukončení takto:

„V tomto klinickém hodnocení existuje řada znesnadňujících aspektů. Vzhledem k tomu, že jde pouze o jedno kontrolované klinické hodnocení, není možnost nezávislého potvrzení výsledků této studie. Obsahuje relativně malé množství pacientů (méně než dvě stě), kteří byli léčeni pomocí AZT. Tato kontrolovaná klinická studie je relativně krátká (tzn. dvacet čtyři týdnů) a byla ukončena dříve na základě neočekávaně příznivých výsledků takovým způsobem, který dosud nebyl ve smyslu důsledků na následnou statistickou analýzu náležitě vymezen.“ (Zvýraznění J. L.) [1, s. 17]

ROZKRYTÉ KLINICKÉ HODNOCENÍ

Studie byla plánována jako „dvojitě slepé“ hodnocení, což znamená, že léky byly zabaleny a studie řízena tak, aby ani lékaři, ani pacienti nevěděli, zda je podáváno placebo nebo AZT.

Ve skutečnosti došlo poměrně rychle k rozkrytí této dvojí sleposti.

Lékařský úředník FDA píše: „skutečnost, že jednotlivé léčebné skupiny brzo rozkryly své zařazení, mohlo vyústit mezi pacienty v zaujatost ke spolupráci.“ [2, s. 70]

Rozkrytí studie způsobila rozdílnost v chuti mezi AZT a placebem. Kapsle s placebem sice nebylo možné původně rozeznat od AZT vizuálně, ale byly rozeznatelné chuťově. Tato rozdílnost byla napravena až poté, co začala přicházet hlášení o tom, že pacienti otevírají kapsle a zkoušejí chuť preparátu. [2, s. 6]

Kdokoli, kdo strávil nějaký čas s lidmi, kteří mají AIDS, si je vědom jejich nadšení, s jakým porovnávají léky. A kdokoli, kdo má zkušenost s tichou poštou homosexuálů, musí mít respekt před rychlostí, jakou doručuje informace po celém světě. Dokážu si dobře představit, že jakmile první dva pacienti porovnali chuť obsahu svých kapslí, bylo jenom otázkou několika dnů, aby jich mnoho, ne-li většina věděla, zda dostává AZT, nebo placebo.

Jiní pacienti odhalili, jakou medikaci dostávají, tak, že nechali analyzovat obsah svých kapslí v lékárně.

V některých případech pacienti smíchali obsah svých kapslí dohromady a navzájem se o tuto směs dělili, čímž se ujistovali, že každý z nich užívá alespoň nějaké množství AZT. Někteří z těch, kteří zjistili, že v jejich kapslích je pouze placebo, začali užívat Ribavirin, který si nechali pašovat z Mexika.

Do očí bijící rozdílnost krevních obrazů záhy rozkryla lékařům zařazení pacientů do AZT či do placebo skupiny. Nebyl učiněn žádný pokus zakrýt výsledky krevních obrazů, jak dokládá analytik FDA Cooper:

„Léčebné skupiny se mohly do velké míry rozkrýt během prvních dvou měsíců díky léčbou způsobené makrocytóze (nadměrnému zvětšení) červených krvinek.“ [2, s. 70]

U studií, které mají umožnit schválení nových léčiv, existují velmi dobré důvody pro to, aby byla vyžadována „dvojí slepost“. Možné zaujetí jak lékařů, tak pacientů může být tak velké, že klinická studie léku může být vědecky bezcenná.

Mnoho pacientů se zúčastnilo studie ze zoufalství a s vírou, že smrt je všudypřítomná, nezasáhne-li nová, „zázračná léčba“. Psychologické konsekvence zjištění, že v kapslích je pouze placebo, musely být pro tyto pacienty zničující. Pocit zoufalství a beznaděje mohl dobře přispět k vysoké úmrtnosti ve skupině užívající placebo.

Od chvíle, kdy klinické hodnocení AZT neprobíhalo jako „slepé“, je celá studie neplatná a bezcenná. Tento argument sám o sobě dokládá, že schválení AZT provedené FDA nebylo ani správné, ani legální.

NEDBALOSTI, NESROVNALOSTI, FALEŠNÉ ÚDAJE

Klinické hodnocení AZT bylo charakteristické svými nedbalostmi a nedostatečnou kontrolou. Záznamové formuláře byly špatně sestavené a byly zavádějící. Lékaři byli žádáni o zaznamenání deset subjektivních symptomů „často se pojících s HIV infekcí“ a měli rozhodnout, zda to jsou symptomy AIDS, nebo nežádoucí reakce na podávanou léčbu.

Samozřejmě bylo těžké rozlišovat u „*nevolnosti, únavy a letargie*“, co z toho je způsobeno lékem a co chorobou. Když bylo hodnocení v půlce, „sponzor“ (Burroughs-Wellcome) tyto formuláře nahradil třiatřicetipoložkovým formulářem *K AIDS vztažené znaky a symptomy*. Tím dosavadní zmatek přerostl v naprostý chaos. Na většině zdravotnických střediscích nevěděli, jak přepsat původní formulář do nového, nebo tomuto třiatřicetipoložkovému formuláři dokonce vůbec neporozuměli. A tak nakonec sloužila jako jediné podklady o pacientech neúplná data z deseti položkového formuláře.

Když analytikové z FDA procházeli jednotlivá „Případová hlášení“, narazili na řadu nesrovnalostí:

- Symptomy, které byly původně zaznamenány v desetipoložkovém dotazníku byly zaškrtnuty nebo jinak změněny většinou bez podpisu hlavního výzkumníka a někdy s datem změny, které bylo mnohem pozdější než datum vyplnění, aniž by zde bylo vysvětleno, proč ke změnám došlo.
- Přepis z desetipoložkového formuláře do třiatřicetipoložkového byl někdy proveden bez udání toho, kdo jej udělal. Stávalo se, že nebyl podepsán původní formulář.
- Záznamy o nežádoucích reakcích byly někdy přeškrtnuty s několikaměsíčním zpožděním od doby, co byly zaznamenány. [2, s. 77–78]

Poslední skupina nesrovnalostí je obzvlášť závažná, neboť tím vychází najevo snaha zvýhodnit AZT redukováním případů s nežádoucími reakcemi na lék.

Po podrobném výčtu těchto různých nesrovnalostí analytikové FDA bezstarostně přecházejí celý tento nepořádek výrokem, který mě přivádí k šílenství:

„*Bez ohledu na skutečné údaje zjevně všichni pacienti, kteří byli zapojeni do studie ať už užívali AZT nebo placebo, vykazovali mnoho symptomů nemoci/možných nepříznivých reakcí na podávání léku.*“ [2, s. 78]

„*Bez ohledu na „skutečné“ údaje...!*“ Přes tuto větu se nemohu přenést. Je to projev byrokratického cynismu, jízlivého humoru nebo jednoduše lhostejnosti nebo co to je? Starají se analytikové z FDA vůbec o to, zda jsou jejich údaje „skutečné“ nebo ne?

Závažné problémy byly odkryty v jednom z dvanácti lékařských středisek, jak poznamenává analytik FDA:

„*Inspektorka FDA zjistila mnohonásobné odchylky od standardní protokolové procedury a doporučuje, aby údaje z tohoto střediska byly vyloučeny z vyhodnocení tohoto více střediskového hodnocení.*“ (Zvýraznění J. L.) [3, s. 1]

Hlášení této inspektorky dorazilo na příslušné oddělení až v prosinci 1986, tzn. tři měsíce poté, co bylo hodnocení ukončeno. Proto bylo učiněno rozhodnutí:

„...protože dřívější inspekce odhalily „významné odchylky“ od pravidel FDA, která vytyčují řádné vedení klinických výzkumů, a vzhledem k důležitosti tohoto léčiva a značnému veřejnému zájmu o něj, (je nutno) vyžádat inspekci všech dvanácti středisek, které se podílely na tomto hodnocení.“ [3, s. 1]

Navíc docházelo k řadě případů „*protokolových přestupků*“. „Protokolovým přestupkem“ návrh studie definoval, za jakých podmínek dochází k vyřazení údajů o určitých pacientech z databáze. Většina těchto protokolových přestupků se týkala nepovoleného užívání jiných léků než těch, které byly předepsány k používání během studie. Tím se mělo předejít interakcím různých léčiv, zavádějícím výsledkům atd. Když byla svolána porad FDA za účelem rozhodnutí, co dělat s pacienty, u kterých byly „protokolové přestupky“ zaznamenány, jeden z úředníků FDA poznamenal, že „*pokud by se striktně dodržovalo vyloučení všech pacientů s protokolovými přestupky, z databáze by pravděpodobně zmizelo docela dost pacientů.*“ [3, s. 2]

Po určité době agonizace této „*velmi viditelné, potenciálně pobuřující záležitosti*“ týkající se vyloučení dat z onoho delikventního střediska a dat pacientů s „protokolovými přestupky“ bylo rozhodnuto, že nebude vyloučeno nic. Neplatná data byla v databázi zachována. Chybné údaje byly smíchány se správnými údaji. Toto děsivé rozhodnutí bylo učiněno s následujícím zdůvodněním:

„*Vzhledem k vyhodnocení úmrtnosti, které natolik zvýhodňovalo užívání léku, žádná jemná odchýlení, ke kterým mohlo dojít při menších „protokolových“ přestupcích, s vysokou pravděpodobností neovlivnila výsledek.*“ [3, s. 3]

To je naprostý omyl. Je zcela vedlejší, zda smíšení neplatných údajů s platnými „*ovlivní výsledek*“. Podstatné je, že se to nedělá z principu. Je naprosto nezpochybnitelnou zásadou výzkumu, že se neplatná data nepoužívají. Žádný zásadový analytik by nikdy nepokračoval ve výkladu dat, o nichž se dozvěděl, že jsou takto smíšená.

ÚMRTNOST

V tabulce č. 2 jsou uvedeny údaje o úmrtnosti, které oslnily FDA natolik, že vyhodnocení AZT bylo předčasně ukončeno a že byly tolerovány neplatné údaje:

Pouze 1 % ze 145 AZT pacientů zemřelo, ve srovnání se 14 % ze 137 pacientů v placebo-skupině. Statisticky to je vysoce významný rozdíl: s devadesáti devíti procentní pravděpodobností lze říct, že tento rozdíl (1 % proti 14 %) je skutečný a že k němu nedošlo náhodou.

Tab. 2

Úmrtnost		
Dvojitě-slepé, placebem kontrolované klinické hodnocení		
	Pacienti léčeni AZT	Pacienti léčeni placebem
Počet pacientů, kteří zahájili hodnocení	145	137
Kumulativní úmrtí v průběhu hodnocení	1 %	14 % ¹⁾
Průměrná doba léčby (v týdnech)	17,6	16,9

1 Statisticky významně vyšší než u AZT na 99% hladině významnosti.

Každý však musí být obezřetný, neboť tyto údaje o úmrtnosti se vztahují k velmi krátkému časovému období (v průměru pouze sedmnáct týdnů) a existují dobré důvody proč můžeme o těchto údajích pochybovat.

Za prvé, úmrtnost v placebo-skupině je závažnějším způsobem vysoká. Newyorští lékaři, kteří mají rozsáhlé zkušenosti s léčbou AIDS-pacientů, uvádějí, že při správné práci s pacienty by nikde za tak krátkou dobu nemuselo dojít k tolika úmrtím.

Na druhou stranu je ve srovnání s jinými klinickými hodnoceními úmrtnost v AZT skupině podezřele nízká. Když byla tato „dvojitě slepá“ studie ukončena, všem pacientům bylo oznámeno, jakou léčbu dostávali, a zároveň jim byla nabídnuta možnost užívat AZT. (viz tabulka č. 3)

Tab. 3

Úmrtnost			
„Open-Label“ hodnocení, které následovalo po ukončení dvojitě slepého, placebem kontrolovaného hodnocení (18. září – 13. únor 1987)			
	Ti, kteří užívali AZT v prodlouženém hodnocení		
	Celkem	Původně léčeni AZT	Původně léčeni placebem
Celkem se zúčastnilo	227	127	100
Kumulativní úmrtí v průběhu hodnocení (21 týdnů)	10 %	8 %	12 %

Celkem 227 pacientů přijalo nabídku a pokračovali v užívání AZT. Od té chvíle je AZT přestalo před umíráním chránit. Během jednadvaceti týdnů tohoto „open-label“ hodnocení zemřelo 10 % pacientů. Je zajímavé, že jakmile byla první studie ukončena, ne-

vzrostl u původní AZT skupiny pouze počet úmrtí, ale také výskyt oportunních infekcí. Pokud by byly údaje z dvojité slepého hodnocení správné, neexistuje racionální vysvětlení, proč by tomu tak mělo být.

Před tímto „dvojitě slepým“ hodnocením proběhlo ještě jiné klinické hodnocení. To proběhlo pod názvem „Fáze I“ a bylo zaměřeno na předběžný odhad toxicity (škodlivosti) přípravku. Ze třiceti tří pacientů, kteří se zúčastnili této „Fáze I“ zemřeli čtyři pacienti (=12 %) pouze během šesti týdnů. V prodlouženém hodnocení zemřelo dalších sedm pacientů (=21 %). Z materiálů FDA není zřejmé, k jak dlouhému období se tato další úmrtí vztahují. Pokud by však byli zahrnuti do „Fáze I“, zemřelo by celkem 33 % ze zúčastněných pacientů.

Firma Borroughs-Wellcome poskytla FDA údaje o pacientech, kteří začali užívat AZT hned po jeho schválení a zavedení na trh. Přestože byly tyto informace zaslány v neuvěřitelně překroucené podobě, byl jsem schopen zjistit alespoň to, ke kolika úmrtím došlo v průběhu prvních osmi týdnů léčby. Během tohoto krátkého období zemřelo 6 % pacientů.

Tabulka č. 4 nabízí srovnání těchto čtyř studií užívání AZT u pacientů s AIDS nebo ARC (komplexem vztahujícím se k AIDS).

Tab. 4

Srovnání úmrtnosti				
	Dvojitě slepé, placebem kontrolované hodnocení (Průměr: 17 týdnů)	Prodloužené Open-Label hodnocení (21 týdnů)	„Fáze I“ hodnocení (6 týdnů)	Borroughs- -Wellcome hodnocení (8 týdnů)
Počet pacientů celkem	145	227	33	2552
Úmrtí během hodnocení	1 %	10 % ¹⁾	12 % ²⁾	6 % ¹⁾

1 Statisticky významně vyšší než dvojité slepá studie na 99% hladině významnosti nebo vyšší.

2 Statisticky významně vyšší než dvojité slepá studie na 95% hladině významnosti.

Okamžitě je vidět, že úmrtnost „dvojitě slepého“ hodnocení je statisticky významně nižší ve srovnání s kteroukoli ostatní studií, zvláště když si uvědomíme, že úmrtnost u studií ve třetím a čtvrtém sloupci se vztahuje k mnohem kratšímu období. Jinými slovy: srovnáním údajů o úmrtnosti „dvojitě slepého“ hodnocení a ostatních AZT studií zjišťujeme, že úmrtnost „dvojitě slepého“ hodnocení je téměř jistě chybná.

Jak bylo uvedeno dříve, na základě rozkrytí „dvojitě sleposti“ docházelo k užívání AZT i pacienty z placebo-skupiny. Vzhledem k tomu, že se u zemřelých ze skupiny placebo

neprováděla zkouška AZT pomocí krevního rozboru, nelze určit, zda-li tito pacienti užívali pouze placebo, nebo také AZT.

ÚČINNOST

Podezřelost údajů o úmrtnosti dále umocňuje fakt, že toto „dvojitě slepé“ hodnocení nedává důkazy o tom, že by AZT v porovnání s placebem pacientům jakkoli prospívalo. Neexistuje jediný známý mechanismus, kterým by jim AZT mohlo natolik prospět, aby se to tak dramaticky odrazilo v rozdílech úmrtnosti.

Bylo shledáno, že AZT nemá „významný protivirový účinek proti různým jiným lidským a zvířecím virům“. [2, s. 128]

Oficiálně je AZT (Retrovir) definován jako lék na symptomatickou HIV infekci. Jeho účinek proti HIV se přesto neprokázal jako vyšší než účinek placeba. Bylo použito několik způsobů měření virové aktivity a „nebyly shledány statisticky významné rozdíly ve změnách celkového procenta pozitivních kultur nebo době detekce viru v pozorovaných kulturách.“ [2, s. 34] Po revizi nedostatečných důkazů, toho, že je AZT jakýmkoli známým způsobem účinné, jeden analytik FDA dochází k závěru, že se AZT léčba při dlouhodobém užívání ukazuje být horší než nemoc sama:

„Zvláštní pozornost si zaslouží možnost, že hematologická toxicita léku, pokud je podáván po delší časové období, může eventuálně pacienty oslabit do takové míry, že mohou být méně schopni odolávat oportunním infekcím a ostatním komplikacím HIV infekce, než kdyby byli ponecháni bez léčby.“ [2, s. 131] (Zvýraznění D.Š.)

ŠKODLIVOST

AZT pacienti trpěli mnohými nežádoucími reakcemi na lék, ty nejkrutější z nich se týkaly krevní toxicity. Během méně než osmnácti týdnů si vyžádala v průměru skoro jedna třetina (31 %) alespoň jednu krevní transfúzi a jedna pětina (21 %) transfúze **mnohonásobně**. Podobné projevy se v placebo skupině vyskytovaly jen velice zřídka. (viz tabulka č. 5)

Následovalo mnoho dalších pokusů, které ještě dále prokázaly vysokou škodlivost tohoto léku. Analýza buněčné transformace (přeměny buňky na buňku nádorovou) podotýká:

Tab. 5

Krevní toxicita Dvojitě slepá, placebem kontrolovaná studie		
	AZT skupina	Placebo skupina
Počet pacientů na počátku studie	145	137
Během klinického hodnocení vykazovali:		
ANÉMIE		
Mírná (Hemoglobin <7,5)	25 % ¹⁾	4 %
Silná (Hemoglobin <3,5)	13 % ¹⁾	2 %
Pokles hemoglobinu >2 g	38 % ¹⁾	2 %
TRANSFÚZE		
alespoň jedna	31 % ¹⁾	10 %
mnohonásobné	21 % ¹⁾	4 %
ÚTLUM KOSTNÍ DŘENĚ 3 stupeň útlumu kostní dřeně (Hemoglobin <7,5 g/dcl, neutrofilní granulocyty <750 nebo bílé krvinky <1500)	45 % ¹⁾	12 %
MACROCYTÓZY (spojené s perniciózní anémií)		
Průměrný objem červených krvinek <100 kubických angstromů	69 % ¹⁾	0 %
Průměrný objem červených krvinek <110 kubických angstromů	41 % ¹⁾	0 %
LEUKOPENIE (počet bílých krvinek <1500)	27 % ¹⁾	7 %
NEUTROPENIE (počet neutrofilů <750)	16 % ¹⁾	2 %
Průměrná doba léčby (v týdnech)	17,6	16,9

1 Statisticky významně vyšší než placebo na 99% hladině významnosti nebo vyšší .

„AZT může být potenciálním karcinogenem. Ukazuje se jako přinejmenším stejně aktivní jako kontrolní přípravek – methylcholantren.“ [4, s. 4]

Analytik FDA, který kontroloval farmakologická data, Harvey I. Chernov, úsečně shrnuje dopad AZT na krev takto:

„Třebaže ve variacích, anémie byla zaznamenána u všech druhů krve (včetně lidské), na kterých byl lék testován.“ [4, s. 7]

Výsledkem Chernovovy kontroly farmakologických dat je doporučení, aby AZT nebylo schváleno:

„Dostupná data nejsou dostatečná k podpoře schválení FDA.“ [4, s. 8]

Konstatuji, že předepisovat AZT – jed, který může pacientům pouze ublížit, je ze strany lékařů zanedbáním správné lékařské péče.

Konstatuji, že bylo neetické schválit AZT na základě výzkumu, který byl, v nejšířším slova smyslu, nevalidní.

J. L.

LITERATURA:

- 1) Lawrence Hauptman, Ph. D.: Statistical Review and Evaluation, NDA, 19–655/Drug Class 1A, Burroughs-Wellcome Company, AZT Capsules, s. 17.
- 2) Ellen, C., Cooper, M. D., M. P. H.: Medical Officer Review of NDA, 19–655, s. 70.
- 3) Ellen, C., Cooper, M. D.: Addendum 1 to Medical Officer Review of NDA 19, 655, s. 1.
- 4) Harvey I. Chernov, Ph.D.: Review & Evaluation of Pharmacology & Toxicology Data (AZT), FDA document, NDA 19–655, 2, 1986, amendments, 16 and 19 December 1986.



John Lauritsen: „Konstatuji, že předepisovat AZT – jed, který může pacientům pouze ublížit, je ze strany lékařů zanedbáním správné lékařské péče. Konstatuji, že bylo neetické schválit AZT na základě výzkumu, který byl, v nejšířším slova smyslu, nevalidní.“

Karl Krafeld, Stefan Lanka, David Šubík

AZT v Německu

Ve Spolkové republice Německo zákony ukládají příslušným zdravotnickým orgánům kontrolovat léky s možným škodlivým potenciálem i poté, co jsou zavedeny na trh (§ 63 AMG).

Vzhledem k tomu, že škodlivé účinky AZT byly známy od samého počátku, v listopadu 1987 bylo zahájeno „kontrolované hodnocení účinnosti AZT a alternativní léčby“. Tento projekt byl zamýšlen jako dlouhodobé pozorování a vláda jej plánovala financovat až do roku 1996. Do studie bylo zapojeno 800 asymptomatických HIV pozitivních osob, tzn. těch, kteří měli pouze pozitivní výsledek v HIV testu, ale neprojevovaly se u nich žádné jiné známky nemoci.

V říjnu 1989 byl v lékařských novinách *Ärzte Zeitung* (6./7. říjen 1989) publikován článek, který vyhodnocoval uplynulé období a došel k závěru, že asymptomatictí pacienti s alternativní léčbou vykazují mnohem nižší riziko onemocnění než ti, kterým bylo podáváno AZT.

Tato zpráva byla první a poslední, kterou se kdo kdy o této studii dozvěděl. 31. prosince 1993 byl výzkum bez udání důvodů ukončen, aniž by z něj byly učiněny jakékoli závěry. Lékaři, kteří se na tomto hodnocení podíleli, byli zavázáni mlčenlivostí o tom, že se jej kdy účastnili. 23. září 1995 na konferenci ZDN (Centra pro dokumentaci přírodní medicíny) v Essenu to potvrdila jedna z lékařek, která se tohoto výzkumu účastnila – Juliana Sacher.

Na základě těchto informací Wolfgang Zimmer a Hanz Bernd Asshauer-Jerzimebeck sestavili petici, která se obracela na parlament s tím, že v případě AZT nedošlo k uplatňování platných právních předpisů. Tu obdržel parlament v roce 1998, ale německá vláda zcela popřela, že by kdy toto hodnocení proběhlo a že je v souvislosti s AZT vše v pořádku. Parlament bez jakéhokoli prověření těchto informací ochránil lhoutí vládu ukončením petičního procesu.

Na to si signatáři petice stěžovali prezidentu SRN Johannesu Rauovi. Od něj se k dnešnímu dni nedočkali žádné odpovědi.



Ženeva 1998, XII. světová konference HIV/AIDS: Stefan Lanka (v bílém tričku) se ptá Roberta Galla (vpravo od něj), kde je důkaz o existenci HIV.

Karl Krafeld, Stefan Lanka, David Šubík

Snímek izolovaného HIV – argumentace v Německu

V letech 1994 až 1995 byl ve Spolkové republice Německo parlamentem, Spolkovým sněmem, stanoven velký vyšetřovací výbor. Poslanci totiž vytýkali Spolkovému zdravotnickému úřadu (BGA), že u krevních produktů pro hemofiliky, které nebyly tepelně inaktivovány, byly (podle § 63 zákona o léčivech) pozdě provedeny zákonně předepsané kontroly. Bylo potvrzeno, že tato nedbalost spolkových zdravotnických úřadů vedla asi k 50 % infekcí AIDS u hemofiliků.

Výsledkem tohoto parlamentního vyšetřování byla více než 600 stran tlustá zpráva, výplaty rent postiženým hemofilikům a rozpuštění Spolkového zdravotnického úřadu, kterému byla poslanci dokázána nedbalost. [1]

Spolkové zdravotnické úřady byly decentralizovány do jednotlivých institutů. S ohledem na AIDS se stal hlavním střediskem institut Roberta Kocha (RKI). Za povolování HIV testů je od té doby zodpovědný institut Paula Ehrlicha (PEI). (Osobitým způsobem se prezidentem obou ústavů stal jeden a tentýž člověk: Prof. Dr. Reinhard Kurth, ačkoliv parlament v důsledku krevního skandálu rozhodl o roztržitém mocenských vlivů ve spolkových zdravotnických úřadech.) Za povolování a kontrolu léčiv v souvislosti s AIDS je podle §63 zákona o léčivech zodpovědný Spolkový institut pro léčiva a medicínské produkty (BfAM). Odpovědnost za informovanost obyvatelstva a částečně i místních zdravotnických úřadů leží na Spolkové centrále pro zdravotnickou osvětu (BZgA).

MÁTE-LI OTÁZKY K AIDS...

V inzerátech a v médiích vláda SRN veřejně rozšiřuje prostřednictvím Spolkové centrály pro zdravotnickou osvětu nabídku ke zodpovězení otázek občanů ohledně AIDS: „*Máte-li otázky k AIDS...*“.

Jedna taková otázka mne (Karel Krafeld) napadla ihned poté, co jsem si v roce 1994 přečetl článek Dr. Stefana Lanky, že virus HIV nebyl dosud izolován. V publikaci Dr. Lanka

vysvětlil, které požadavky na vědecký důkaz viru je nutno předložit a že tyto požadavky nejsou s ohledem na HIV splněny. [2]

Tvrzení Dr. Lanky, že prý v souvislosti s AIDS nebyl nikdy žádný virus vědecky prokázán, bylo potřebné co nejnaléhavěji objasnit. Prokázalo-li by se tvrzení Dr. Lanky jako nepravdivé, bylo by jeho chování neodpovědné a všeobecně škodlivé. Kdyby se však jeho tvrzení prokázalo jako věcně zprávné, byl by nejenom na poli AIDS, nýbrž i v politice a ve vědě naprogramován pěkný skandál.

Dnem 14. 2. 1995 jsem se ve smyslu nabídky: „*Máte-li otázky k AIDS*“ pustil do přezkoumání tvrzení Dr. Lanky, o jehož ověření jsem naléhavě žádal zdravotnické úřady SRN. Napsal jsem Spolkové centrále pro zdravotnickou osvětu:

„Izolace viru je jasný biologický, řemeslný postup. K tomuto postupu neodmyslitelně patří fotografie izolovaného viru. Tento snímek izolovaného viru AIDS nenalézám ani u Montagniera, ani u Galla (Science 220+224).

Otázka 1:

Kde byl snímek izolovaného tzv. viru AIDS publikován?“

V rámci AIDS-osvěty spolkové vlády mi odpovědělo na příkaz BZgA s datem 9. 3. 1995 Vědecké referenční centrum spolkové vlády (RKI) pro AIDS:

„...Fotografie izolovaného viru se nalézají jak v publikacích Science od Montagniera a spol. z roku 1983, tak v publikacích od Galla a spol. z roku 1984 (viz přiložené kopie).“

Spolkový zdravotnický úřad tvrdil, že fotografie izolovaného HIV je publikována přesně v těch publikacích, o nichž jsem se zmiňoval ve zdůvodnění mé otázky, že v nich žádný snímek izolovaného viru nenalézám.

Abychom si uvědomili, že i BZgA věděla, proč v těchto publikacích nelze nalézt snímek izolovaného viru, je potřeba se vrátit ke zprávě Parlamentního vyšetřovacího výboru, která poznamenává na str. 61:

„... čímž bylo prokázáno, že Gallova laboratoř kultivovala a publikovala francouzský izolovaný vzorek. Tento jim byl Montagnierem zaslán za účelem charakterizování a potvrzení.“ [1]

Přeloženo do normálního jazyka: v roce 1994 bylo všeobecně známo, že Dr. Gallo, který byl dne 23. 4. 1984 představen světové veřejnosti jako objevitel viru, pouze ukradl a prezentoval výsledky Montagnierovy práce a přesto je dnes pokládán za „spoluobjevitele“, a ne za vědeckého lháře.

Vzhledem k tomu, že Gallo neprokázal nic jiného než Montagnier, je pro kontrolu, zda se skutečně v publikacích jmenovaných spolkovými úřady nachází snímek izolované, od cizích zbytků očištěné částice, směrodatná publikace od Montagniera v Science 220 z roku 1983.

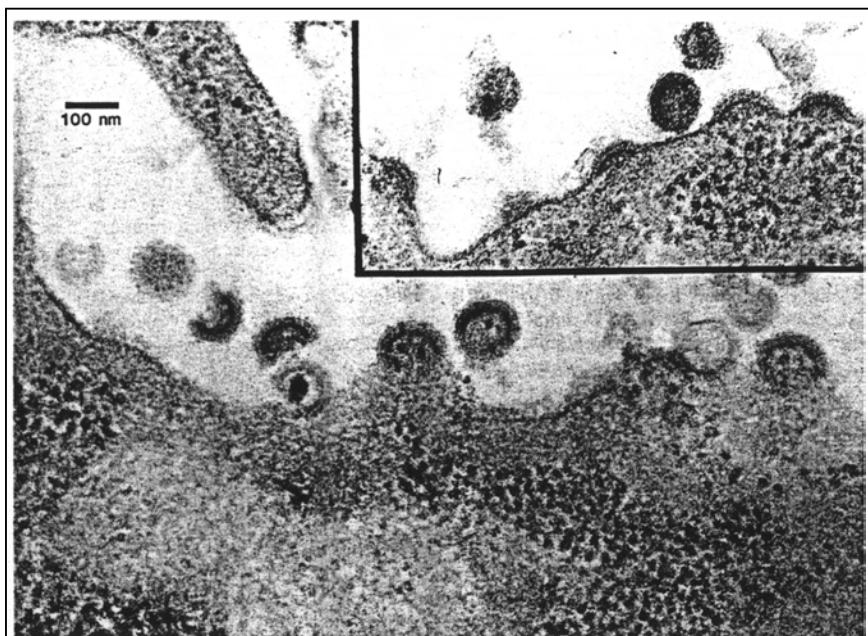
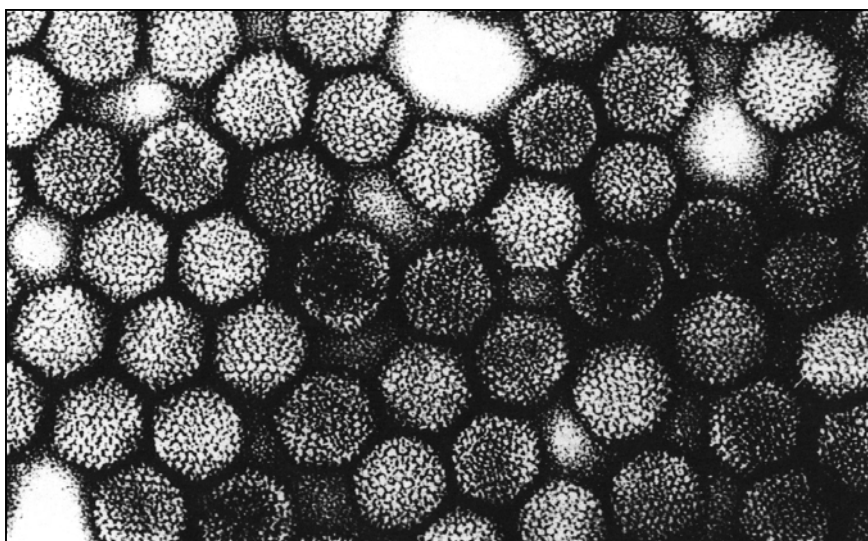


Fig. 2. Electron microscopy of thin sections of virus-producing cord lymphocytes. The inset shows various stages of particle budding at the cell surface.



Horní snímek je z publikace L. Montagniera v *Science* 1983/220. Ani Montagnier v popise neuvádí, že by se mělo jednat o foto izolovaného viru. V každém případě se nejedná o virovou monokulturu, jak je tomu například na spodním obrázku, skutečně izolovaného adenoviru. (Spodní foto: 1986, Academic Press, London, *Electron Microscopy of Proteins*, 5. Viral structure, s. 90.)

Když Montagnier tyto výsledky prezentoval v září 1983 na odborné konferenci v Cold Spring Harbour, Dr. Gallo je tvrdě napadl a označil je jako laboratorní artefakty, o čem svědčí strana 63 závěrečné zprávy z této konference. To dál utvrzuje v dopise doktoru Deinhardtovi (Mnichov) z 27. září 1983, tedy bezprostředně po konferenci v Cold Spring Harbour: „...*Virus popsany Lucem Montagnierem jsem nikdy nespatrił a domnívám se, že by mohl být směsí dvou.*“ [1, str. 312]

Dr. Gallo tenkrát netušil, že napadá to, co jednou bude obhajovat jako příčinu nemoci AIDS. Na tomto místě však sám dlouhá léta oslavovaný objevitel viru zcela správně dokládá, že tvrzení Spolkového úřadu z 9. 3. 1995, že Montagnier v roce 1983 publikoval snímek izolovaného viru HIV, je nepravdivé.

Rozhodující publikace od Montagniera z roku 1983 [3] obsahuje reprodukci snímku z elektronického mikroskopu. Podle tvrzení RKI ze dne 9. 3. 1995 se zde jedná o snímek izolovaných, tzn. od jakýchkoliv cizích součástí očištěných, částic.

Každý laik rozezná na snímku č. 1 více malých kulatých částic a část něčeho mnohem většího. Na fotografii č. 2 vidí množství stejných kruhových částiček. Laik jen těžko může rozpoznat, kdy se jedná o viry a kdy ne. Ale i laik velmi dobře rozezná, že na prvním snímku jsou malé kulaté částice spolu s jinou částicí, tedy že nejsou očištěny od jakýchkoliv nečistot, obzvlášť když tento snímek porovná s vedlejším snímek skutečně izolovaného viru. A znamená-li „**izolace**“ oddělení určité částice od **všeho** ostatního, rozezná i laik, že tyto malé kruhové částičky od **všeho** ostatního odděleny **nejsou**.*)

Tak i laik může posoudit, že není pravda, když Spolkový zdravotnický úřad o tomto snímku (č. 1) tvrdí, že dokazuje izolaci. Pak se může ptát: proč, když se o těch malých kulatých částičkách předpokládalo, že se jedná o viry, proč nebyl proveden další laboratorní krok a nebyla provedena izolace – oddělení těchto částiček od ostatních krevních částic?

Že na „výzkum HIV a AIDS“ jsou k dispozici na celém světě miliardové částky, je dobře známo. Opomenutí tohoto laboratorního kroku tak může jen stěží mít svůj původ v nedostatku prostředků na výzkum.

* Luc Montagnier to konečkonců sám přiznává v interview s Djamelem Tahim: „Did Luc Montagnier discover HIV?, In: Continuum, 5, 1997/8, č. 2, s. 30–34. Montagnier zde vypovídá, že virus očistit od ostatních částic nemohli, neboť jej údajně bylo v pozorovaném vzorku příliš málo a byl příliš křehký.“

Rozhodující je však to, že malé kulaté částičky izolovány a dále zkoumány nebyly. Že se o viry nejedná, je odborníkům známo. Přesně to přece řekl i Dr. Gallo v září 1983 v Cold Spring Harbour a v dopise Dr. Deinhardtovi ze dne 27. 9. 1983, vysvětlil to Stefan Lanka v roce 1994 a nejčerstvější doklady o tom přináší také tým Eleni Papadopulos ve svých studiích i v prezentaci, která zazněla na XII. světové konferenci AIDS v Ženevě v roce 1998.*)

Druhá reference se týkala Gallova článku v Science 224 z roku 1984. Jak bylo příznáno v roce 1987, Gallo zde publikoval tentýž objev jako Montagnier rok před ním. Ve skutečnosti zde Gallo používá dokonce stejný snímek, který mu zaslal Montagnier spolu s krevními vzorky. Jak se může stát z „laboratorního artefaktu“ pomocí krádeže „smrtící virus“, zůstává hlubokým tajemstvím vlády USA, Dr. Galla a jeho spolupracovníků.

Protože odpověď RKI ze dne 9. 3. 1995 mohla být hodnocena jako individuální chybné jednání tiskového mluvčího Dr. Marcuse, stěžoval jsem si u BZgA. Na základě odkazu na zprávu parlamentního vyšetřovacího výboru a tam otisknutého dopisu Dr. Galla, jsem prokázal BZgA lži Vědeckého referenčního centra ze dne 9. 3. 1995. Trval jsem na pravdivé odpovědi na mou otázku při plnění nabídky vlády: „Budete-li mít otázky k AIDS...“. Upozornil jsem BZgA na to, že jako instituce, která nabídku otázek k zodpovězení rozšiřuje, je odpovědná za to, že otázky budou zodpovězeny věcně správně a že občan nebude zdravotnickými úřadem obelháván. Vyzval jsem BZgA, aby zajistila věcnou správnost odpovědi na mou otázku ze dne 14. 2. 1995. Ta se na ni však zdráhala písemně odpovědět.

Tím došlo k situaci, kterou není možné v právním státě ignorovat:

1. Vláda nabízí, že „pokud máte otázky k AIDS ...“, budete obelháni.
2. Rozpozná-li občan lež jako lež a trvá-li na věcně správném splnění nabídky vlády občanům, zdráhá se vládní úřad svou nabídku splnit.

Takový přístup nemůže žádný občan v právním státě vědomě přehlížet.

Ústava SRN pojednává v článku 17 petiční právo: „Každý má právo obrátit se jednotlivě, nebo ve společenství s ostatními písemně s prosbou, nebo stížností na příslušná místa a na lidové zastoupení.“

* Celou prezentaci i s obrazovou dokumentací je možné najít na webové stránce www.virusmyth.com/aids/perthgroup/geneva

Úlohou Spolkového sněmu je mimo jiné kontrola vlády SRN. Spolkový sněm je tedy „*příslušným místem*“ pro stížnosti vztahující se na vládní místa v SRN. K výkonu základního práva podle čl. 17 vytvořil Spolkový sněm samostatný výbor – Petiční výbor Spolkového sněmu.

U něj jsem si stěžoval na chybný postoj zdravotnických úřadů v kompetenci Spolkového ministra zdravotnictví. Poukázal jsem na to, že již z parlamentní vyšetřovací zprávy Spolkového sněmu ke skandálu s krví vyplývá, že RKI dne 9. 3. 1995 odpovědělo na můj dotaz ze dne 14. 2. 1995 ohledně publikace snímku izolovaného viru HIV lží, a poukázal jsem na to, že z hlediska státního práva není možné trpět, aby byli občané v oblasti zdravotnictví vládou obelháváni.

U petičního postupu Spolkového sněmu je běžné, že si Spolkový sněm vyžádá od spolkového úřadu, na nějž se stížnost vztahuje, stanovisko. Na příkaz Spolkového ministerstva zdravotnictví napsal v červnu 1995 Dr. Grupp Spolkovému sněmu: „*Podle vyjádření stěžovatele samého mu byly zaslány na jeho dotazy ohledně vědeckých dokladů objevení původce AIDS jak od Spolkové centrály pro zdravotnickou osvětu, tak z institutu Roberta Kocha odkazy na odbornou literaturu, rovněž kopie vědeckých článků. Výhrady, že jeho dotazy nebyly zodpovězeny, jsou proto nepatřičné.*“

Nikdy jsem nepopíral, že mi byly kopie zaslány. Dokládám však, že tvrzení, že v těchto publikacích je uveřejněn snímek izolovaného viru HIV, je nepravdivé. Později jsem argumentoval tím, že Spolkový zdravotnický úřad by mi mohl stejně tak zaslat porno-fotografie a mohl by tvrdit, že je to důkaz izolovaného viru – neboť vyobrazené osoby by mohly být prostě virem infikovány.

Poněvadž mi byly zaslány publikace, ve kterých se žádný snímek izolovaného viru nenalézají, nemůže mi nikdo tvrdit, že by tím byly moje otázky zodpovězeny. Odpověď Spolkového ministerstva zdravotnictví: „*Výhrady, že jeho dotazy nebyly zodpovězeny, jsou proto nepatřičné.*“, byla opovážlivá lež.

Vznikla tak řetězová reakce:

Spolkový zdravotnický úřad obelhává občana → Spolkový ministr zdravotnictví obelhává parlament.

Na vzniklou situaci jsem upozornil parlament. Poukázal jsem na to, že se nyní nejedná pouze o vyjasnění otázky, zda je možné strpět, aby byl Spolkovou vládou obelháván občan, neboť je nutno také vyjasnit, zda je možné strpět, aby byl vládou obelháván parlament. Zdůraznil jsem, že by tato situace byla důkazem konce základního státně právního pořádku v SRN. Ke každému jednotlivému snímku v publikacích, které mi byly zaslány,

jsem připojil znalecké virologické stanovisko. Spolkový sněm měl k dispozici důkazy, že jak Spolkový zdravotnický úřad obelhával občana, tak Spolkový ministr zdravotnictví obelhával parlament. Příjem těchto podkladů potvrdil Spolkový sněm dne 16. 10. 1995.

Na osmdesátém třetím zasedání Spolkového sněmu SRN dne 1. 2. 1996 zamítl Spolkový sněm SRN mou stížnost jako neopodstatněnou. V závěrečném zdůvodnění Spolkový sněm tvrdí: „*Neexistuje podklad ani pro to, že informace obsažené v materiálech Vám zaslanych jsou nepřítapné.*“

Na pozadí skutečnosti, že Spolkový sněm potvrdil písemně s datem 16. 10. 1995 jako došlou korespondenci „Podklady“, to byl vědomý akt Spolkového sněmu za účelem krytí lží: Spolkového ministra zdravotnictví parlamentu a Spolkového zdravotnického úřadu občanova.

Trvale jsem upozorňoval Spolkový sněm na to, jaká nebezpečí vzniknou, když se HIV pozitivně testovaní občane dozvědí o této státní prolhanosti. Poukazoval jsem na ohrožení, kterému jsou vystaveni politici a lékaři ošetřující AIDS-pacienty, pokud postižení zjistí, že jsou oběťmi státních lží. Poukazoval jsem na to, že existuje riziko, že postižení prozíří a AIDS-lékaře a AIDS-politiky „*odstřelí*“. Jako příklad jsem uvedl AIDS-političku, prezidentku spolkového sněmu a bývalou Spolkovou ministryni zdravotnictví paní prof. Ritu Süsmuthovou, u které jsem shodou okolností studoval.

Nato zapojil Spolkový sněm do činnosti proti mně státní zastupitelství. Bylo mi vytýkáno, že jsem vyhrožoval paní prof. Dr. Ritě Süsmuthové. Přitom opak byl pravdou, protože jsem poukazoval na ohrožení, které mimo jiné může pro paní prof. Süsmuthovou existovat, pokud by zůstal v platnosti prolhaný závěr parlamentu a pokud by nebylo řízení vráceno do „původního stavu“, tzn. do stavu před bezpochyby prokázanou parlamentní lží. Takový návrat do „původního stavu“ není procedurálně v žádném případě neobvyklý, da- jí-li se prokázat kroky, které vedly k chybnému rozhodnutí.

Před ústním výslechem jsem doručil státnímu zástupci důkazy o činech státních institucí v souvislosti s AIDS, které pokládám za trestné. Již v červnu 1994 jsem podal trestní oznámení v souvislosti s AIDS. Tenkrát se jednalo o konkrétní případ AIDS-pacienta. Při ústním výslechu se ukázalo, že státní zástupce tento případ z června 1994 znal. Státní zástupce se zdráhal vzít na vědomí důkazy o trestných činech v souvislosti s AIDS, které jsem mu spolu se svým odborným poradcem Dr. Lankou předkládal.

Po tomto řízení jsem se znovu obrátil na Spolkový sněm, zaslal jsem kopie řízení na státní zastupitelství a požadoval jsem konečně vrátit případ do „původního stavu“ před ojedinelým aktem parlamentní lži, případ znovu otevřít a záležitost věcně a pravdivě projednat.

Tím, že jsem se stal prostřednictvím absurdního tvrzení Spolkového sněmu, že vyhrožuji prezidentce Spolkového sněmu, obviněným z trestného činu, měl jsem před státním zastupcem silnější pozici. Jako u obviněného z trestného činu musí státní zastupitelství vzít na vědomí moje předložené důkazy. Státní zastupitelství se od těchto důkazů distancovalo tím, že toto řízení, které proti mně inicioval Spolkový sněm, zastavilo.

Abych přinutil státní zastupitelství vzít na vědomí průkazná fakta, existovala pro mne už jen jediná cesta: prohlásit sám sebe trestně činným, aby nemohlo být vyšetřování zastaveno oznamovatelem dříve, než budou prošetřeny mé důkazy.

Zákon předepisuje, že jak státní zastupitelství, tak soudce musí provést nejenom vyšetřování přitěžujících, ale i polehčujících okolností. Jenom tím, že jsem se stal sám trestně činným, muselo procedurálně dojít k vyšetřování polehčujících okolností. Pomine-li soudce vyšetřování polehčujících okolností, poruší tím platný zákon. Trestní zákoník stanoví pro takový případ trestní sazbu jeden rok vězení a více.

Podal jsem tedy na sebe samého trestní oznámení za „Vyhrožování podle § 241 trestního zákona“. Byl to „krásný trestný čin“, kterým jsem nikomu nezkrivil ani vlásek: dne 9. 4. 1996 jsem provedl toto vyhrožování vůči prezidentce Spolkového sněmu a předsedovi petičního výboru a vyžadoval jsem vrátit petiční postup do původního stavu před uskutečněním jedinečného aktu parlamentní lži. V tomto oznámení na sebe samého jsem vysvětlil, že toto jednání směřuje jenom k tomu, aby státní zastupitelství dále neodpíralo vzetí na vědomí mých důkazů a bylo nyní donuceno k vyšetřování polehčujících okolností. Vysvětlil jsem, že v souladu s tímto cílem je pro mne právně nepřipustné, abych tímto vyhrožováním komukoliv „zkrivil vlas“.

Dne 15. 10. 1996 mne v mém bytě vyhledali spolupracovníci spolkové kriminální služby. Přátelsky jsem je přivítal a poukázal na to, že tímto získali jako vyšetřovací orgán informaci o jednání vlády, které pokládám za trestné, a upozornil jsem je na jejich povinnost vyšetřování polehčujících okolností. I nyní se úředníci zdráhali převzít důkazy o trestných činech státních orgánů, které mi měly sloužit jako polehčující okolnost, takže ani Spolkový kriminální úřad nevzal tyto důkazy na vědomí.

V rámci trestního vyšetřování proti mně jako obviněnému z trestného činu, jsem podával policii a Státnímu zastupitelství obsáhlé návrhy vyšetřování polehčujících okolností. Jejich hlavním cílem bylo vyslechnutí RKI jako svědka do té míry, aby RKI vypověděla, „*na které straně a pod jakým číslem snímku se v publikaci, citované RKI dne 9. 3. 1995 nachází snímek izolovaného viru HIV*“.

Kdyby zde byl vyslýchán jako svědek Dr. Marcus z RKI, musel by před justicí sám přiznat svou lež z 9. 3. 1995. Současně by se zhroutily lži ministra zdravotnictví a Spolko-

vého sněmu, které se pouze pokoušely utvrdit tvrzení RKI o snímku izolovaného viru HIV. Kdyby byl Dr. Marcus na základě mého návrhu na vyšetřování polehčujících okolností povinně vyslechnut jako svědek, stala by se AIDS-politika SRN přinejmenším nevěrohodná. Povolání Dr. Marcuse jako svědka by bylo počátkem konce AIDS nejenom v Německu, ale na celém světě. Toto bylo státnímu zastupitelství dobře známo.

Státní zastupitelství pominulo jakékoli vyšetřování polehčujících okolností a vzneslo žalobu. Termín soudního přelíčení byl stanoven extrémně brzo. Navrhoval jsem posunutí termínu s odůvodněním, že státní zastupitelství zjevně pominulo povinné vyšetřování polehčujících okolností a nyní připadá povinnost jejich úplného vyšetření na soudce a já potřebuji k formulaci návrhu na vyšetřování polehčujících okolností pro soud čas. Návrh na posunutí termínu byl soudem odmítnut. Podařilo se mi přesto, ještě před termínem, zformulovat zhruba sedmdesátistránkový návrh na vyšetřování polehčujících okolností, který obsahoval i důkaz o státních trestných činech, a tento návrh jsem položil soudci na stůl při zahájení soudního líčení.

Soudce můj návrh ponechal bez povšimnutí, nemohl si však dovolit úplně se vzdát vyšetřování polehčujících okolností a vyzval mne, abych návrh krátce ústně formuloval. Navrhl jsem, aby byl dotázán jako svědek zástupce RKI, aby doložil, na které straně, pod jakým číslem obrázku, se nalézá v publikaci zmiňované RKI dne 9. 3. 1995 snímek izolovaného viru. Soudce tento návrh samostatným rozhodnutím zamítl. Řízení bylo „vzhledem k nepatrné věci“ zastaveno, i když se jednalo o „vyhrožování“ druhé nejvýše postavené političce SRN.

Z hlediska státního práva bylo soudní rozhodnutí důležité. V oznámení sám na sebe jsem prohlásil, že na základě právní situace mám právo stát se trestně činným i bez „zkřivení vlasu“, protože tím může být dosaženo cíle, aby státním zastupitelstvím byly vzaty na vědomí trestné činy státních institucí. Důležitá je na tomto postupu mlčenlivá soudcovská výpověď, že opatření občana „bez zkřivení vlasu“ ve věci AIDS jsou nevhodná k obstarání pomoci.*)

V roce 1998 jsem jinými metodami tuto záležitost znovu otevřel u státního zastupitelství a podal trestní oznámení proti soudci kvůli obcházení zákona. To jsem hnal až po

* Zde musí být upozorněno na právní situaci v SRN: V čl. 20.4 ústavy stojí: „Proti každému, kdo se pokusí tuto ústavu porušit, mají všichni Němci právo na odpor, pokud není jiná pomoc.“ Toto ústavní ustanovení legalizuje použití jinak trestného činu ve chvíli, kdy běžnými postupy nelze docílit dodržování ústavy. To by například mohlo legalizovat vraždu diktátora, pokud by všechny legální cesty k jeho sesazení selhaly.

zemské ministerstvo spravedlnosti. Samozřejmě že bylo protiprávní chování soudce a úmyslné pominutí polehčujícího vyšetřování všemi místy zcela kryto. Důsledek tohoto byl pouze ten, že jsem byl zanesen do kartotéky nejtěžších zločinců a na návrh státního zastupitelství mi soudce odebral počítač. To poté, co proti mně zapojil Spolkový sněm počátkem srpna 1996, za pomoci Spolkového kriminálního úřadu, ředitelku sociálně-psychiatrické služby Zdravotnického úřadu města Dortmund, podle vzoru: „Kdo, je proti naší prolhanosti, musí být kriminálník, a kdo není kriminálník, ten musí být psychopat.“

Spolkový sněm zde dokázal, že mu pojetí sovětské psychiatrie není vzdálené, přestože v Německu bylo zavírání nepohodlných občanů na psychiatrii, tak jak se to dělo na Východě, prezentováno jako jeden z nejzvrůdnějších projevů komunistické totality.

Touto cestou dospěla záležitost lži o snímku izolovaného viru HIV ze spolkové úrovně na úroveň komunální, do Dortmundu.

V posledních pěti letech se tak stala, vyvolána otázkou ohledně snímku izolovaného viru, celá státní absurdita SRN transparentní. Absurdita, která všem občanům odebírá ochranu života, což bylo příkladně dokázáno u AIDS. Němečtí státní služebníci se slepě podřizují rozhodnutí vlády USA ze dne 23. 4. 1984, podle něhož všechny průmyslové národy mají věřit ve smrtelný virus a nemají se ptát na důkazy. Vláda USA příkazuje nejpodřízenější „viru ve virus“ a zakazuje vlastní odpovědné myšlení.

Na počátku byl snímek s malými kulatými částčkami a dílem jednoho tlustého drobku. Kdo v Německu tvrdí, že je na snímku rozeznatelný díl tlustého drobku a že se u tohoto snímku nejedná o snímek izolovaného, od cizích zbytků očištěného viru, ten je buď pomatený, nebo zločinec.

Pokud stát SRN v nejpoddanějším podřízení se vládě USA tvrdí, že na tomto snímku žádný díl něčeho mnohem většího není vidět, potom na tomto snímku žádný díl něčeho mnohem většího vidět není. Tak jednoduché to je s pravdivostí, pečlivostí a vědeckostí ve státním zdravotnictví – ne jenom v SRN.

NEÚSPĚŠNÉ HLEDÁNÍ DŮKAZŮ O HIV NA ZÁPADĚ

Ve Španělsku již deset let pracuje organizace Plural 21 (původně C.O.B.R.A.) vedená Lluísem Botínasem, která se zabývá pomocí HIV pozitivním lidem a vzděláváním na poli medicíny obecně. V roce 1996 se obrátila tato organizace na tajemníka Generální rady lékařských vysokých škol v Madridu s požadavkem, zda by jim rada mohla po-

skytnout dokumentaci o izolaci viru HIV. Antonio Entiste odpovídá v dopise z 18. 12. 1996 takto:

„Na Vaši faxovou žádost zaslou během prosince (1996) odpovídám, že generální rada nemá údaje, které požadujete v souvislosti s dokumentací, která by prokázala, že HIV způsobující AIDS byl izolován. Je mi líto, že nejsem schopen uspokojivě vyřídit Váš požadavek.“

Na žádost španělského krále si jeho kancelář třikrát vyžádala od ministerstva zdravotnictví důkazy o izolaci HIV (15. 10. 1997, 31. 12. 1997 a 14. 2. 1998). Ministerstvo zdravotnictví ani jednou králi neodpovědělo.

U příležitosti mezinárodního kongresu o AIDS roku 1998 v Ženevě drželi tři španělští občané, pozitivně testovaní testem na HIV protilátky, před budovou WHO hladovku. Transparentem a dopisy vyžadovali, aby jim byl zpřístupněn vědecký důkaz o existenci viru HIV, kterým jsou údajně prokazatelně infikováni. Tato hladovka byla podporována rozdáváním letáků s jejich požadavkem účastníkům XII. světové konference a každý den zasílali dopis se svým požadavkem prezidentu konference Hirschelovi.

Nikdo z budovy WHO ani nikdo z přibližně 12 000 účastníků této mezinárodní AIDS konference nebyl Španělům držícím hladovku schopen zpřístupnit vědecký důkaz existence viru HIV. Přesto se dál celosvětově rozšiřují tvrzení o narůstající infekci virem HIV a přesto se plánují konference o AIDS na dalších několik let (v roce 2000 – Durban, Jihoafrická republika, 2002 – Barcelona, Španělsko...).

LITERATURA:

1. Deutche Bundestag. Drucksache 12/8591, Bonn 25.10. 1994
2. Lanka, S.: Fehldiagnose AIDS. In: Wechselwirkung, 1994, December, s. 48-53.
3. Barré-Sinoussi a kol.: Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). In: Science 1983, č. 220, s. 868-871.

Lékaři odmítají poskytnout informace před provedením testu

V Goetheho Faustovi se ptá Markétka Fausta: „Jak jsi spolčen s náboženstvím?“. Tak se i zdánlivě nevinná otázka může v určité situaci stát tím největším tabu. Já^{*)} jsem položil tuto Markétčinu otázku 14. 2. 1995 Spolkovému zdravotnickému úřadu ve vztahu k AIDS: „Kde byl uveřejněn snímek izolovaného viru AIDS?“

Tím se rozpoutala mašinérie opatření, která měla udržet lživou politiku SRN o izolaci viru HIV. Do ní zapojil Spolkový sněm po neúspěšném zásahu státního zastupitelství proti mé osobě i psychiatrii Zdravotnického úřadu města Dortmund. Ani to mne neodradilo od dalšího pátrání, zda existuje důvod ke všem opatřením spojeným s HIV/AIDS nebo ne...

16. 10. 1996

Z iniciativy vedoucí Sociálně-psychiatrické služby města Dortmund se konal rozhovor s dortmundským koordinátorem AIDS Georgem Böhmanem, kterého se zúčastnil také Dr. Lanka. Během rozhovoru byla předložena koordinátorovi AIDS studie australského týmu Eleni Papadopulos týkající se testů HIV (publikováno v *Bio/Technology* 1993, s. 11, s. 696–707) a kopie dopisu Spolkového zdravotnického úřadu, ve kterém je doloženo, že fakta, která jsou v této studii prezentována, jsou odborníkům známa.

Zdravotnický úřad města Dortmund tak byl seznámen s tím, že si je Spolkový zdravotnický úřad vědom toho, že testy HIV positivity nemají žádnou vypovídací hodnotu.

* Karl Krafeld

22. 11. 1996

Na pokyn dortmundského sociálního referenta se konal rozhovor s vedoucí zdravotnického úřadu, paní Dr. Düsterhausovou. Předmětem tohoto rozhovoru měla být záměrná dezinformace spolkové exekutivy ve vztahu k tomu, co oficiálně prezentuje jako důkaz izolovaného viru HIV. Přítomni byli též: dortmundský koordinátor AIDS Bühman a virolog Lanka. Ten byl připraven kompetentně vysvětlit, proč nelze snímky, které spolkové úřady prezentují jako důkaz existence HIV, za tento důkaz považovat. O tyto informace však ani jeden z přítomných neprojevil zájem a smysl tohoto setkání byl nakonec zcela nejasný.

28. 11. 1996

Na vlastní náklady jsme spolu se Stefanem Lankou zorganizovali tiskovou konferenci v jedné z nejrepresentativnějších zasedacích místností v Dortmundu. Konference byla příhodně načasována: den před tiskovou konferencí zdravotnického úřadu a Organizace pro pomoc AIDS, která se měla konat u příležitosti světového dne AIDS [1.12.]. To způsobilo, že se dostavili zástupci médií a informovaly o tom dvoje dortmundské noviny.

Novinář z Ruhr-Nachrichten si pak telefonicky ověřoval stanovisko Dr. Düsterhausové a 29.11. ji ve svém článku cituje: „*Dodnes nemáme vůbec žádný podnět k tomu, abychom se vzdali naší prevence AIDS... Budeme i nadále naléhavě doporučovat mladým lidem v sexuální osvětě používání kondomů a budeme i nadále doporučovat test na protilátky.*“ (zvýraznění autor) To vše byla schopna tvrdit i po našem osobním setkání.

24. 12. 1996

Uposlechl jsem naléhavého doporučení Anette Düsterhausové k testování HIV protilátek. Písemně jsem jí sdělil, že přijímám její písemnou výzvu a že bych si chtěl nechat v jejím ústavu provést test HIV protilátek s tím, že na základě práva pacienta na informaci bych chtěl znát vědecký doklad, který nepochybně prokazuje platnost použitého testu ve vztahu k HIV infekci.

31. 12. 1996

Se stejnou žádostí se na Dr. Düsterhausovou obrací Dr. Lanka.

22. 1. 1997

Dortmundský koordinátor potvrzuje přijetí našich žádostí o test: „*Ve Vašem dopise ze dne 31. 12. 1996 si přejete provedení testu na HIV protilátky prostřednictvím Zdravotnického úřadu.*“ následuje poukaz na úřední hodiny, požadované splnění lékařské informační povinnosti již nenásleduje. Bühman pouze odkazuje: „*V příloze naleznete informační brožurku Spolkové informační centrály pro zdravotnickou osvětu, Vědecké údaje o testu HIV.*“

V této brožuře je sice možné nalézt tvrzení: „... *test na protilátky dává jistotu*“, ale vědecká dokumentace už chybí.

10. 6. 1997

Zasílám stížnost Radě města Dortmund – výboru pro stížnosti, kde si na základě petičního práva stěžuji na městský zdravotnický úřad s cílem, aby městský parlament vyžadoval od zdravotnického úřadu plnění lékařské informační povinnosti a netrpěl odmítání podání plné informace před provedením testů na HIV protilátky. Tutéž stížnost zasílá s časovým odstupem Dr. Lanka.

24. 6. 1997

Výbor pro stížnosti zamítá mé podání jako neopodstatněné: „*Výbor posoudil žádost žadatele. Po podrobném informování vedení a následné diskusi došel k zjištění, že odesílatel, který pro svou osobu test odmítne, ...*“ (zvýraznění autor) Tzn. má **žádost** o provedení testu byla reinterpretoována jako **odmítnutí** testu! Nelze prokázat, zda za tímto převrácením skutečnosti stál Zdravotnický úřad, nebo Výbor pro stížnosti.

Konec října/začátek listopadu 1997

Aby se nemohl stejný postup opakovat u stížnosti Dr. Lanky, zorganizovali jsme pod hlavičkou občanského sdružení MUM (Wissenschaft, Medizin und Menschenrechte/Věda, medicína a lidská práva) rozsáhlou akci: během čtyř veřejných vystoupení proběhly přednášky imunologa Alfreda Hässiga, lékaře Heinricha Kremera, virologa Stefana Lanky a moje prezentace týkající se lidských práv v souvislosti s AIDS. Novinová inzerce zajistila, aby se o těchto akcích dobře vědělo. Na každou akci byli zvlášť písemně pozváni všichni členové rady města a všichni zároveň obdrželi informace o důvodech a souvislostech této aktivity. Navíc každý z nich obdržel asi dvacet dopisů z mezinárodního prostředí, v nichž bylo explicitně uvedeno, že se v mezinárodním měřítku očekává, zda se v případě „Lanka“ bude postupovat stejně lživě, jako tomu bylo u případu „Krafeld“.

25. 11. 1997

Výbor pro stížnosti rady města odmítá zaujmout stanovisko v případě Dr. Lanky. Zároveň potvrdil své předchozí stanovisko k mému případu.

24. 2. 1998

Po našich písemných urgencích výbor znovu zařadil na pořad jednání odmítnutou záležitost „Dr. Lanka“. Tomuto zasedání osobně předal své stanovisko vrchní městský ředitel Dr. Koch. Ten poukazoval na to, že testy jsou prováděny podle doporučení Spolkové centrály pro zdravotnickou osvětu. Dále objasňuje, že nebylo možné, aby dortmundské úřady během jednoho roku, i přes intenzivní kontakt s pří-

slušnými spolkovými úřady, obdržely ze strany těchto úřadů vědecký doklad o platnosti testu na protilátky HIV.

Výbor pro stížnosti tak za předsednictví správního soudce Kühna odmítl Lankovu stížnost jako nepodloženou a dodává: „Podle náhledu výboru je odesílatel sám dostatečný odborník na poli, o němž požaduje informace od zdravotnického úřadu, a disponuje proto obsáhlými informacemi o testu na protilátky HIV.“ Ve smyslu příručky BZgA: „...neboť nakonec je jenom testovaný člověk schopen sám pro sebe vyhodnotit výsledek testu...“ uzavírá Výbor Lankovu kauzu: „**potud nemůže být ošetřován stejně s neuvědomělými osobami.**“ Že by si byli před HIV testem všichni rovni, ale někteří rovnější...?! *)

* Kopie veškeré korespondence mohou být na vyžádání zaslány.

Neúčinná kritika AIDS v západních průmyslových zemích

Jednou z hlavních otázek, která s kauzou AIDS vylézá na povrch, je to, zda kontrolní mechanismy toho, co se nazývá „občanská společnost“, měly a mají sílu, která jim je přiznávána. Do pádu železné opony byl svět chápán poměrně černobíle, a to jak ze strany komunistické ideologie, tak i v rétorice politiků západních zemí. Takže pokud byl Západ z Východu kárán za vykořisťování dělníků kapitalisty, Západ poukazoval především na porušování základních lidských práv na Východě. Něco takového by na západ od železné opony bylo nemyslitelné a samotný demokratický režim by to údajně ani nemohl dovolit. Ve skutečnosti veškeré restriktce spojené s jakoukoli kritikou oficiálních názorů na AIDS poukazují na podobné mechanismy diktatorní moci tak, jak jsme je znali u nás a v okolních zemích sovětského bloku.

Celá problematika má několik dimenzí:

1. Vědomě manipulativní postoj vlády Spojených států, ke které se postupně přidaly vlády všech západoevropských zemí, OSN a Světová zdravotnická organizace.
2. Restriktce a cenzura možné kritiky oficiální AIDS propagandy.
3. Destrukce účinné kritiky AIDS z řad kritiků samotných odváděním od podstatných otázek.

VĚDOMÁ MANIPULACE VLÁDOU USA

Když 23. 4. 1984 oznámila na velké tiskové konferenci vláda USA objev viru, později nazvaného HIV, coby příčinu nemoci AIDS, byla na rozdíl od vědecké i laické veřejnosti bezesporu informována o tom, co se ve skutečnosti za tzv. objevem týmu Roberta Gallo skrývá.

Dr. Gallo měl na neexistující retroviry bohužel štěstí. Když chtěl na konferenci v Hershey v Pensylvánii chtěl prezentovat lidský retrovirus způsobující rakovinové nádory, to byl ještě rok 1975, ukázalo se, že nejde o žádný nový retrovirus, ale o kontaminaci tří různých zvířecích virů (opice, paviána a gibbona). Když se později snažil najít virus, který by způsoboval rakovinu prsu, roztroušenou sklerózu nebo Alzheimerovu chorobu, vše mělo nulový výsledek. Nakonec jeden ze svých objevů nazval HTLV – Human T-cell Leukaemia Virus/Lidský virus T-buněčné leukémie. Skutečný vztah mezi klinickým stavem leukémie a tím, co Gallo nazývá HTLV, nebyl nikdy prokázán stejně jako to, zda se jedná skutečně o virus.

V září 1983 profesor Montagnier prezentoval na odborné konferenci v Cold Spring Harbour retrovirus, který objevil v krvi pacienta s lymfadenopatií, s tím, že tento retrovirus není možné prokázat jako příčinu nemoci AIDS a že by k tomu bylo zapotřebí dalších kofaktorů. Na této konferenci byl Montagnier napaden Dr. Gallem, který jeho objev označil jako laboratorní artefakt. S určitou dávkou cynismu lze tímto pokládat Roberta Galla za prvního kritika existence viru HIV. Cynismus v žádném případě nechyběl jemu, protože když mu Montagnier zaslal svůj objev včetně elektron-mikroskopových fotografií k přezkoumání, Gallo mu odpovídá, že se vzorkem, který mu byl zaslán, není schopen dál pracovat.

Takže bylo s podivem, že po tiskové konferenci a po podání patentní přihlášky v dubnu 1984 Robert Gallo ve svých publikacích v časopise Science prezentuje Montagnierovy fotografie, které mu byly rok před tím zaslány spolu se vzorky Montagnierova LAV (Lymphadenopathy Associated Virus/Virus spojený s lymfadenopatií). Nakonec se ukázalo, že Montagnierovy nejsou pouze fotografie, ale že Gallo neprezentuje nic jiného než to, co na konferenci v Cold Spring Harbour nazval laboratorním artefaktem a o čem Montagnierovi tvrdil, že nemůže dál zpracovávat. Když se k tomu přidal fakt, že zatímco Montagnierova patentní přihláška čekala přes rok na vyřízení, americký patent byl vyřízen okamžitě, mezinárodní skandál byl na spadnutí. Obě strany se musely pustit do extrémně drahého právního boje, o němž samozřejmě musely dobře vědět, že se i za cenu zhoršených politických vztahů a velkých výdajů vyplatí. Nakonec na příkaz prezidenta

Reagana a francouzského premiéra Chiraca byli Gallo a Montagnier nuceni v jednom frankfurtském hotelu sepsat prohlášení, v němž přiznávají obě strany stejný podíl na objevu viru a stejný podíl z patentu za testovací sady. (Výdělek za tento patent dělal jenom k roku 1994 třicet pět miliónů dolarů!) [1] Za povšimnutí stojí ta část prohlášení, kde se obě strany zavazují k tomu, že nebudou „publikovat jakékoli stanovisko, které by bylo nebo by mohlo být vykládáno jako popírající nebo kompromitující vzhledem k integritě uznané vědecké historie“. [2] Od té doby se virus, který údajně způsobuje AIDS, jmenuje HIV a jeho objeviteli jsou Luc Montagnier a Robert Gallo. Jak se stalo, že Gallo prezentoval s ročním zpožděním Montagnierovy fotografie včetně jeho kultur, již vědecká historie v zájmu své integrity nevysvětluje.

Nikdo se tímto případem nemusí zabývat příliš podrobně, aby zjistil, že došlo k podezřele velkému množství nestandardních kroků:

1. Na tiskové konferenci 23. 4. 1984 bylo oznámeno, že dosud neznámý virus (HTLV) „pravděpodobně“ (to byla první a poslední situace, kdy se toto slovo mezi HTLV (HIV) a AIDS vyskytlo) způsobuje nemoc AIDS, i když tato hypotéza dosud neprošla řádnou vědeckou diskusí tak, jak je to běžné a jak to vyžaduje vědecká etika.
2. Tentýž den byla přijata patentní přihláška na testovací soupravy protilátek proti tomuto viru, i když se ještě žádný z členů vědecké obce neměl šanci vyjádřit se k tomu, zda objev viru není jen další kontaminací z laboratoře Roberta Galla a zda vztah mezi tímto nově uvedeným virem a nemocí AIDS je prokazatelný.
3. Materiály, které musela vláda USA znát už v den tiskové konference a se kterými se vědecká obec seznámila až o měsíc později, rozhodně nevykazovaly příčinnou souvislost mezi HIV a AIDS*).
4. Snímky, které Gallo prezentoval, byly z laboratoře Luce Montagniera a v žádném případě nedokazují izolaci nového viru. To z důvodu, že se francouzské laboratoři pro nedostatek viru v krevním vzorku nepodařilo virus purifikovat. O tom, že by se v americké laboratoři virus podařilo purifikovat, Montagnier pochybuje. [3] Vědecká dokumentace o tom rozhodně není. Lze jen stěží předpokládat, že by tyto informace

* „Nemůžu přijít na to, proč to udělali. Nikdo při plném vědomí by do toho nemohl skočit tak, jak to udělali oni. Ministryně zdravotnictví jen tak oznámí světu, že ten pán ve tmavých slunečních brýlích – Robert Gallo našel příčinu AIDS. To nemělo nic společného s dobře uváženou vědou. Měli nějaké lidi, kteří měli AIDS, a někteří z nich měli HIV, ale vůbec ne všichni. Takže měli souvztažnost. A co?“ Karry Mulis, laureát Nobelovy ceny za biochemii v roce 1993 za objev techniky PCR. (Celia Farber, Fatal distraction, Spin Magazine, June 1992)

vládě USA nebyly známé, když seznamovala celý svět s novým virem a okamžitě přihlásila testovací sady na jeho detekci k patentování.

5. Francouzská žádost o stejný patent nebyla ani po období delším než rok vyřízena a zjevně se čekalo na podání americké přihlášky.
6. Buněčná kultura, která byla předmětem patentní přihlášky spolu s testem, jasně dokládala kontradikci mezi tvrzením, že daný virus zabíjí lidské buňky, a faktem, že buňky, které mají být tímto virem napadeny, dále přežívají.

To vše jasně dokládá vědomý přístup americké vlády k desinterpretaci těchto informací v zájmu jiných než vědeckých účelů. Nová globální epidemie se samozřejmě hodila jak vlivné farmaceutické lobby, tak celému medicínsko-průmyslovému komplexu. Pro vládu USA a později pro vlády všech vyspělých zemí se tato hrozba stala nástrojem, jak odvádět pozornost občanů od reálných problémů těchto „demokratických“ zřízení, jak regulovat nárůst světové populace v rozvinutých zemích a jak (především ve Spojených státech) získat kontrolu nad bezuzdností sexuálních a narkomanských praktik mezi homosexuální i heterosexuální společností, které se na konci sedmdesátých let zcela vymykaly společenské kontrole.*)

Sexuálně a krví přenosná epidemie splňovala tuto poptávku přesně, a navíc slibovala ekonomický profit vlivným lobby. Hlavní oběti, homosexuálové, narkomani, prostitutky a černoši, zaručovaly, že panika mezi majoritní populací nepřeroste udržitelnou úroveň a bude pouze upevňovat disciplínu, neboť tyto oběti napomáhaly udržovat povědomí, že epidemie potrestá jenom toho, kdo se jakýmsi způsobem provinil proti předepsanému „slušnému životu“. Aby celá tato hra byla udržitelná, čas od času některý z farmaceutických

* Michael Callen – jeden z prvních pět homosexuálů, u kterých byla stanovena diagnóza AIDS vzpomíná:

„V době, kdy mi bylo 23, jsem měl už 2000 partnerů. Byl jsem velmi hodně aktivní v sexuální revoluci na konci sedmdesátých a v osmdesátých letech. Měl jsem dlouhý seznam různých sexuálně přenosných infekcí a mám za to, že ve stejnou dobu, kdy jsem běžně trpěl syfyloidou, kapavkou, záněty močové trubice, žloutenkou, cytomegalovirem a Epstein-Barrové virem, chytil jsem i HIV.“ (Shenton J., *Positively False*. I. B. Tauris, London 1998).

Larry Kramer ve svém románu „Faggots“/„Buzeranti“ (New York 1978, s. 236) vyjmenovává oblíbené drogy jedné newyorské homosexuální komunity: „MDA, MDM, THC, PCP, STD, DMT, LDK, WDW, Coke, Window Pane, Blotter, Orange Sunshine, Sweet Pea, Sky Blue, Christmas tree, Mescaline, Dust, Benzadrine, Dexedrine, Dexamyl, Deoxyn, Strichmine, Ionamin, Ritalin, Desbutal, Opitol, Glue, Ethyl Chlorid, Nitrous Oxide, Crystal Methedrine, Clogidal, Nespran, Tytch, Nestex, Black Beauty, Certyn, Preludin with B-12, Zayl... Quaalude, Tuinal, Nembutal, Seconal, Amytal, Phenobarb, Elavil, Valium, Librium, Darvon, Mandrax, Desnorbarb, Opium, Stidyl, Halidax, Calcifyn, Optimil, Drayl... Magic... grasses... Hash.“ O narkomansko-sexuálních praktikách období počátku AIDS se lze dočíst také v knize Johna Lauritsena „AIDS WAR“ (New York 1993).

podniků zaplatí pokutu za „infikované“ krevní konzervy, kterými se nakazí „nevinný“ (= slušně žijící) člověk. Tyto kauzy se patřičně medializují, aby vyvolaly nový pocit strachu ze smrtonosného viru a dodaly celému příběhu na pravdivosti. Přitom sumu, kterou ta která farmaceutická firma v souvislosti s „nakažením virem HIV“ při krevní transfuzi musela zaplatit, nelze v žádném případě srovnávat s tou, kterou za dobu existence hypotézy o HIV a AIDS vydělala, a z hlediska podnikatelského ji lze pokládat za dobrou investici zaručující budoucí příjmy.

Zde na pozadí AIDS vyvstává zcela nový pohled jak na vlády vyspělých zemí, tak i na takové instituce, které jsou pokládány za garanta lidských práv jako je OSN nebo Světová zdravotnická organizace, které na AIDS politice aktivně participují. V zemích třetího světa se pak za finančního příspěvku jednotlivých zemí stávají záštitou genocidní AIDS politiky, která je navenek cynicky prezentována jako pomoc rozvojovým zemím.*)

RESTRIKCE A CENZURA MOŽNÉ KRITIKY OFICIÁLNÍ AIDS PROPAGANDY

Pochybnosti kolem hypotézy HIV/AIDS panovaly od jejího samotného oznámení. Zpočátku se týkaly především nestandardního postupu, jakým byla uvedena, později na sebe přebíral pozornost spor o prvenství objevu HIV mezi Gallem a Montagnierem, ale když došlo k novým změnám definice AIDS a klinické dokumentace začalo přibývat, začali se různí vědci kriticky zabývat konkrétními otázkami spojenými s HIV/AIDS teorií.

Kontrola výzkumu spojeného s AIDS byla a je spolehlivě prováděna ekonomicky. Granty a dotace jednotlivým laboratořím jsou striktně vázány na konkrétní výzkumný cíl, jímž nikdy nemohlo být přezkoumávání existence viru HIV, správnost diagnózy AIDS, popřípadě zpochybnění jejich vzájemného vztahu. Čím partikulárněji, podrobněji byl problém formulován, tím lépe bylo možno patřičné finance získat. Tak se stalo, že se o HIV a AIDS pouze během prvních deseti let publikovalo více než 75 000 článků a utratily se bezkonkurenčně největší částky v historii medicíny. Tolik nebylo investováno ani do rakoviny,

* Německá vláda v roce 1994 odsouhlasila částku 450 milionů marek na „pomoc“ AIDS v zemích třetího světa (BILD, 3.9. 1994) a celková částka, kterou vyčlenily vyspělé země na AIDS, rozvojových zemích, činí 1,3 miliardy dolarů (Süddeutsche Zeitung, 10./11. 9. 1994)

srdečních chorob atd. V Spojených státech amerických rozpočet už za čtrnáct let existence HIV/AIDS dosáhl 40 miliard dolarů, což převyšuje už pouze rozpočet ministerstva obrany. [4] Tak mohlo být úspěšně dosaženo toho, co výstižně pojmenoval švýcarský imunolog Alfred Hässig na přednášce v Barceloně: „Oni vědí všechno o ničem!“. Nám to může připomínat Cimrmanology a Járu Cimrmana, který je však ve srovnání s HIV ubohý pacifista.

Tak se stalo, že díky nesmírným investicím se z jedné rovnice, která začíná nenápadnou chybou: „ $1+1=11$ “, vyvodily ty nejsložitější závěry. Těmi byl zahlcen odborný tisk, pořádaly se o nich odborné konference, vypisovaly se granty na další a další problémy, které by snad mohly objasnit ještě některý z detailů... Nikdo však již znovu nešel na samotný začátek, aby přepočítal zda $1+1=11$, tzn. zda HIV→AIDS→SMRT. Masmédia se postarala o to, že se otázka AIDS dostala do silně emotivní polohy a laická veřejnost brzy přijala virus HIV jako nepřitele číslo jedna.

Tak byla vymyšlena „autorestriktivní“ strategie. Dříve, než samotná hypotéza, že HIV způsobuje AIDS, prošla vědeckou diskusí, pozornost byla odvedena na podružné otázky, jak tento virus napadá organismus, jak se v něm rozmnožuje atd. Když se pak začaly klást kritické otázky, samotná vědecká obec je mnohdy zamítala jako absurdní, neboť množství investic do výzkumu HIV/AIDS fungovaly, jako důkaz jeho existence. Laureát Nobelovy ceny Kary Mullis k tomu podává příhodné svědectví:

„Většina lidí, kteří se zabývají výzkumem AIDS, se rozcílí, jenom když se jim pokusíte položit jakoukoliv otázku. Byla doba, kdy jsem jim potřeboval položit jen jednu otázku, a sice jaké referáty četli, co by mi doporučili, ale oni mne začali ujistňovat, že HIV je příčinou AIDS, a já přitom od nich nepotřeboval nic jiného než studijní literaturu tykající se PCR. A když jsem pak otevřel krátké pojednání pro Spojené národy na toto téma, hned první věta zase zněla: HIV je pravděpodobnou příčinou AIDS. Tak jsem tomu věřil až do okamžiku, než jsem se tím začal zabývat. A pak jsem se ptal, kde je to dokázáno, kde se o tom dočtu? Hledal jsem dva nebo tři roky, ale nic jsem nenašel. Hledal jsem na každém vědeckém setkání, díval jsem se do každého počítače, ptal jsem se každého, kdo o tom mohl něco vědět, dokonce i lidí, kteří byli v této otázce považováni za odborníky. Pro vědce je nejdůležitější získat kredit odborníka, objevitele něčeho, to je pro něj v životě nejpodstatnější...“ [5]

Tato „sebekontrola“ se však brzo ukázala jako nedostatečná a začaly se ozývat kritické připomínky, poukazující na nesrovnalosti oficiální teorie AIDS. Jako jeden z prvních byl prof. Petr Duesberg, mikrobiolog z californské university v Berkeley, o kterém Robert Gallo prohlásil, že je to „*chlapek, který má větší znalosti o retrovirech než kdokoli jiný na tomto světě*“. [4] To bylo samozřejmě ještě před tím, než Duesberg začal vyvracet virovou teorii AIDS.

K němu se přidala celá řada dalších vědců působících především v USA. Podstatou Duesbergovy kritiky bylo to, že tvrdil, že HIV je, stejně jako ostatní retroviry, neškodný a nemůže způsobovat onemocnění AIDS. Jako příčinu AIDS uvádí drogy a vybraná farmaka. Po publikaci prvních článků mu bylo znemožněno dále publikovat v odborných časopisech a byly mu pozastaveny granty na výzkum:

„Moje granty od Národního institutu pro zdraví nebudou letos obnoveny a možná přijdu o práci. Také moji kolegové mne v podstatě exkomunikovali. Nezvou mne na schůze a vědecká setkání o AIDS, nesmím publikovat ve stejných časopisech jako oni, ve kterých jsem publikoval dříve, dokonce ani jako člen Národní akademie věd nesmím publikovat v jejím časopise svůj názor, že drogy mohou být příčinou AIDS, i když mám mnoho důkazů, které tento názor podporují, a je to názor, který by mohl mít zásadní význam pro zdraví miliónů lidí v Americe i na celé planetě. Ale přesto jsem cenzurován, protože jsem považován za vyvrhele, pana Nikdo nebo člověka s kontroverzními názory,“ říká Duesberg v rozhovoru s Gary Nullem. [5]

Pro upřesnění je potřeba zmínit, že do doby, než začal kritizovat HIV/AIDS hypotézu, jeho vědecká kariéra byla respektu hodná: v roce 1986 byl ohodnocen jako vědec roku Národní akademii věd a získal sedmiletý výzkumný grant Národního institutu pro zdraví.

Postupně se k Duesbergově kritice přidala celá řada renomovaných vědců z celých Spojených států, Jižní Ameriky i Evropy.

Druhým významným proudem kritiků teorie HIV/AIDS se stala výzkumná skupina australské biofyzičky Eleni Papadopulos – Eleopulos z Královské nemocnice v Perthu. Dochází k zásadní změně v kritice HIV/AIDS teorie, protože od hypotetického uvažování přechází k neoddiskutovatelným vědeckým důkazům, které zcela diskvalifikují oficiálně hláсанou teorii HIV/AIDS.

Tato skupina vznikla již na počátku 80. let. a koncem tohoto desetiletí se stala hlavní oponenturou oficiálních názorů o HIV/AIDS. Stanovisko australských vědců bylo založeno na těchto bodech:

1. Důkazy o existenci jedinečného, zvenčí získaného retroviru HIV nejsou dostatečné.
2. Není možné ověřit, že HIV protilátkové testy prokazují HIV infekci. Testy nejsou validní.
3. Není dostatek důkazů o tom, že HIV způsobuje získanou imunitní nedostatečnost (destrukci T4 lymfocytů) nebo syndrom AIDS.
4. Hemofilikové nemohou získat HIV infekci při podávání faktoru VIII.
5. Neexistují dostatečné důkazy o genomu HIV.

6. Není dostatek důkazů o tom, že HIV/AIDS je přenosné ať už krví, krevními produkty, nebo při sexuálním styku.
7. Neexistuje dostatek důkazů o tom, že to, co je nazýváno v Africe nebo v Thajsku AIDS, je způsobeno virem HIV nebo sexuálním přenosem.
8. AIDS a celý fenomén, který je pokládán za HIV je způsoben změnami v buněčném redoxním stavu. Tato změna je dána oxidativní povahou substancí a reakcí na situace, kterým jsou běžně vystaveni lidé v tzv. rizikových skupinách a také buňky v laboratorních kulturách a „izolátech“ HIV.
9. AIDS se nebude šířit mimo původní rizikové skupiny a přerušení vystavení se oxidantům a/nebo užívání antioxidantů zlepší výsledky léčby u AIDS pacientů.
10. Farmakologická data dokazují, že AZT nemůže zabít HIV, ale že AZT je toxické pro všechny buňky bez rozdílu a může způsobovat AIDS.

Výsledky pozorování, které dokládají výše uvedená tvrzení, byly publikovány jak v renomovaných, tak zájmových časopisech. Oficiální instituce nikdy tyto články nekommentovaly a vždy zaujaly mlčenlivý postoj, aby se náhodou nerozpoutala kolem problému vědecká diskuse, která by mohla ohrozit oficiálně hlášanou teorii. Touto hrou na „mrtvého brouka“ se podařilo HIV/AIDS hypotézu udržet až dodnes a osvědčila se i na Dvanácté světové konferenci HIV/AIDS v Ženevě před dvěma roky, kde Eleni Papadopulos prezentovala své závěry, a ačkoli byl mezi přítomnými prezident konference prof. Hirschel, nevznesl jedinou připomínku, která by protestovala proti výše uvedeným kritikám. Přestože byla tato prezentace zařazena na samý začátek konference a Stefan Lanka ihned vzápětí vyzval prezidenta kongresu, aby tato fakta nebyla ignorována a aby byla uznána nezbytnost jejich prodiskutování, během ostatních dní byla zcela opomíjena a tabuizována.

Nejsilnější kritická skupina, která dotáhla kritiku HIV/AIDS do důsledku, vznikla během devadesátých let ve Švýcarsku kolem slavného imunologa Alfreda Hässiga. Ten koncem osmdesátých let založil *Studijní skupinu pro výživu a imunitu*. K té se v druhé půli devadesátých let přidává lékař Heinrich Kremer, který byl v letech 1981–1988 ředitelem Spolkové speciální kliniky pro mladistvé a dospělé drogově závislé v Berlíně. Spolu s Heinrichem Kremerem se k této skupině přidal virolog Stefan Lanka. Stefan v jednom z rozhovorů vzpomíná na počátky kritiky HIV/AIDS hypotézy a na to, jak se sešli s Heinrichem Kremerem a Alfredem Hässigem:

„Poněkud kritický postoj jsem měl už, když jsem začal studovat molekulární genetiku. Šel jsem tedy do knihovny projít literaturu o HIV. K mému velkému překvapení jsem zjistil, že když se mluví o HIV, nemluví se o viru. Mluví se pouze o buněčných charakteristikách a buněč-

ných aktivitách za velmi specifických podmínek. Byl jsem tím hluboce šokován. Myslel jsem si: „Dobře, nejsem dostatečně zkušený. Něco jsem přehlédnul, vždyť tito lidé jsou si absolutně jistí.“ Pak jsem se obával, že pokud o tom budu mluvit se svými přáteli, nebo dokonce se svou rodinou, že si budou myslet že jsem zešlel nebo se zbláznil. Tak jsem se na dlouhou dobu ponořil do virologie – od konce do začátku, od začátku do konce, abych se stoprocentně ujistil, že neexistuje něco takového jako HIV. A nakonec to bylo jednoduché, být si tím jistý, protože jsem si uvědomil, že celá skupina virů, do které měl HIV náležet, tzn. retroviry, ve skutečnosti vůbec neexistuje...

...Když jsem si byl vším absolutně jistý, vyšel jsem s tím na veřejnost. Byl jsem zván na mnoho biologických konferencí a na každé z nich jsem prezentoval své nálezy. Využil jsem každé příležitosti přednášet proti existenci HIV a rychle jsem pochopil, že odstraňuji HIV coby příčinu AIDS, aniž bych ji nahradil něčím jiným, a nevysvětlím, co se za tím vším skrývá. To mě přinutilo rozhlédnout se a najít někoho, kdo je schopný mi vysvětlit, o co jde. Na počátku, samozřejmě, mi hodně pomohly některé publikace Petra Duesberga, protože on byl autorita, která vznášela pochybnosti nad mnoha věcmi, a to mi velmi pomohlo. Některé jeho články jsem taky přeložil do němčiny.

Později jsem se ale dozvěděl o jiných specialistech, mezi nimi o Heinrichu Kremerovi, dobře známém německém lékaři, bývalém řediteli Spolkové speciální kliniky pro drogově závislé, který mi pomohl porozumět tomu, o co ve skutečnosti jde.

Protože byl Dr. Kremer pověřen zavedením vakcíny proti hepatitidě B v Německu a jejím užitím u svých pacientů, zjistil, jaké vakcíny jsou na trhu dostupné. Zjistil, že americká očkovací látka proti hepatitidě typu B byla vyvinuta z krevních vzorků dárců, kteří pocházeli z homosexuálních kruhů z New Yorku, v letech 1978 až 1980. Věděl, že na základě častého sexuálního kontaktu se u této mužské minority vyskytovalo mnoho sexuálně přenosných nemocí. Obával se proto použít tuto vakcínu a namísto toho použil vakcínu francouzskou, která byla vyvinuta z krevních vzorků běžné francouzské populace.

V roce 1983 ho ale německá vláda přinutila k tomu, aby dál tuto vakcínu nepoužíval. Vysvětlovali mu, že francouzská vakcína je nakažena „virem AIDS“, ale americká vakcína že je v pořádku. V té době ještě nikdo nemohl mluvit o žádném „viru AIDS“. Heinrich věděl, že to nemá nic společného s vědou, ale s faktem, že německý zdravotnický systém je virtuální kolonií systému amerického. Krátce na to, v roce 1984, mu bylo nařízeno, aby dopravil zmražené krevní vzorky svých pacientů do Berlína, do nově otevřeného AIDS centra, aby mohly být testovány na „AIDS virus“. Než jim předal své krevní vzorky, překontroloval, jaký důkaz přesnosti a spolehlivosti tyto testy podávají, a zjistil, že tento test není schopen virus detekovat. Není schopen říct ano, nebo ne, jste, nebo nejste infikován. Tento test je schopen říct pouze, že máte větší nebo

menší množství protilátek. To je princip, jakým byl a je HIV protilátkový test prováděn... O se tenkrát velmi obával o osud svých pacientů, neboť v roce 1984 mu bylo nařízeno, aby tyto pacienty stigmatizované jako „HIV pozitivní“ umístil do karantény, což znamenalo oddělit je od ostatních. On to odmítl s tím, že u nich neexistuje infekční entita. Věděl, že kdokoli je v testu protilátek pozitivní, prošel aktivní chronickou hepatitidou a nebo byl očkován proti hepatitidě B. Takže věděl, že v jeho nemocnici žádná infekce není.

Informoval masmédiu do posledního detailu, kdykoli někdo přišel do jeho nemocnice. Podal jim veškeré důkazy, ale nakonec titíž žurnalisté publikovali přesný opak. Takže věděl, že v tom byl úmysl od samého počátku. Oni rozpoutávali válku. Oni chtěli mor přenášený krví a sexem navzdory důkazům, které jim prezentoval. Takže věděl, že AIDS byl založen na falešných představách. Tenkrát jednal s lidmi na nejvyšší politické úrovni a neoficiálně mu bylo řečeno, že jsou si všeho vědomi, ale že jim to nevádí, protože jde o způsob, jak se vypořádat s problémem drog a homosexuálů.

Dokonce se ho pak snažili zabít, což se nepodařilo. Naštěstí měl dobrou intuici a vyskočil ze svého auta dříve, než mu uletělo kolo. Později se dozvěděl od ministra, který k němu choval hluboký respekt za jeho práci s vězni a narkomany, že německá vláda provádí tajné psychologické pozorování, které by mělo dokázat, že je duševně nemocný, a nechávají ho zatím pracovat na jeho místě pouze proto, že se obávají spáchání sebevraždy. Takže když se to dozvěděl, opustil svou pozici, protože o tom všem nebyl schopen mlčet. To nebylo v souladu s jeho etikou.

Také jsem potkal profesora Alfreda Hässiga ze Švýcarska. Ten byl zakladatelem švýcarského systému krevního dárce a byl jedním z prvních, kdo začal připravovat z darované krve produkty k léčení chronických nemocí. Když jsem se stal jeho spolupracovníkem a později velmi blízkým přítelem, dostal jsem skvělou lekci o celém „krevním“ průmyslu a jeho kriminálním pozadí. V březnu 1996 jsme se v Bernu Hässig, Kremer a já potkali poprvé...“ [6]

Jejich odbornosti – totiž imunolog, klinický specialista a virolog – umožňovaly komplexní uchopení tématu a doplnění se v argumentaci. Celou kauzu AIDS odložili jako vyřešenou v roce 1998 a shrnuli své závěry v článku *15 let AIDS*. Alfred Hässig bohužel na podzim roku 1999 zemřel. Heinrich Kremer i Stefan Lanka se od té doby intenzivně zabývají studiem rakoviny a chronických nemocí.

V článku *15 let AIDS* jasně dokládají:

- **HIV pozitivního výsledku** v protilátkovém testu **dosahují osoby s autoimunitní reakcí** spojenou s trvalým katabolickým stavem metabolismu namířenou proti bílkovinám cytoskeletu, například proti jaterním buňkám.

- Původní předpoklad, že „zpětný přepis“ z RNA do DNA je důkazem existence retrovirů, je mylný. Ve skutečnosti **je zpětný přepis vitálním mechanismem** k zachování genomu.
- **Pokles cirkulujících CD4 lymfocytů** může být objasněn **jako stresem vyvolaný hyper-kortizolismus**. Destrukce těchto buněk virem HIV nebyla doposud prokázána.
- Výsledky měření virové nálože jsou klinicky irelevantní. Vzhledem k tomu, že nikdy nedošlo k izolaci HIV viru, není možné detekovat jeho genom. **Měření virové nálože pak může odrážet pouze nárůst nebo pokles buněčné RNA.**
- U **nukleosidových analogů** (například na bázi AZT) byl jasně prokázán **toxický efekt** způsobující poruchy srdečního svalstva, mozku, ledvin, jater a slinivky břišní. Narušením mitochondrií ve svalových buňkách způsobují ochabování svalstva.
- **Léčba přípravky na bázi inhibitorů proteázy je zdraví škodlivá**, protože namísto aby postihovala enzym viru, postihuje enzymy plnicí důležité funkce v organismu.
- **Prevence a léčba** klinických stavů, které se vyskytují u lidí s pozitivním testem na HIV protilátky nebo osob diagnostikovaných AIDS, **spočívá v podávání přírodních polyfenolických přípravků**, jako je například PADMA 28. [7]

Tento článek publikovaný v britském časopise Continuum opět nevyvolal žádnou diskusi a kola AIDS byznysu se točila dál. Tento článek jsme osobně předali také na českém ministerstvu zdravotnictví všem členům Výkonného výboru národní komise HIV/AIDS. Ačkoli se tenkrát zavázali k odborné oponentuře této studie, nikdo z nich tak neučinil, aniž by k tomu byly uvedeny jakékoli důvody.

Na jednání vlády USA ze dne 23. 4. 1984 se musí pohlížet jako na primitivní, neohrabanou, opovázlivou a současně ve svých důsledcích nejtěžší lež druhé poloviny 20. století. Ta se nakonec ukázala jako nejlepší strategie, která přesně splnila svůj cíl. Skoro nikdo není ochoten uvěřit, že by vláda Spojených států mohla provést něco tak primitivního, tak neohrabaného, tak opovázlivého a ve svých důsledcích tak závažného. Na druhou stranu takřka celá planeta věří, že existuje virus způsobující onemocnění nazvaná jako AIDS, i když proto neexistují žádné věrohodné důkazy.

Na vyslovenou kritiku hypotézy HIV/AIDS se nikdy nedostalo ze strany oficiálních institucí odborné odpovědi. Pokud se nějaká dostaví, spočívá většinou v pomlouvání autora kritiky, nikdy se však nezabývá samotnými argumenty, a dostaví-li se nějaké argumenty, tak ve formě dogmatických nedoložených tvrzení, na které už kritik nemá šanci odpovědět.

DESTRUKCE ÚČINNÉ KRITIKY AIDS Z ŘAD KRITIKŮ SAMOTNÝCH ODVÁDĚNÍM OD PODSTATNÝCH OTÁZEK

Na faktu, že se HIV/AIDS teorie udržela tak dlouho, má svůj podíl také to, že sama kritika se zabývala mnohdy podružnými věcmi a odváděla pozornost od klíčových problémů. V tom sehrál hlavní roli Peter Duesberg, který byl sice prvním veřejným kritikem tvrzení, že HIV způsobuje AIDS, ve svých důsledcích však jeho kritika způsobila konzervaci myšlenek o HIV a AIDS.

Pokud se kdy hovořilo veřejně o jakékoli kritice oficiálních postojů, pak se hovořilo především o Duesbergovi, popřípadě o tzv. duesbergiánech nebo též AIDS disidentech. Disidenti se nakonec pro AIDS kritiky vžilo a pro nás, kteří můžeme pamatovat disidentské hnutí proti komunistickému režimu, tento název může pomoci jako výstižná metafora. I u nás bylo disidentské hnutí velmi pestré – co do sociálního složení i co do názorů. To, co ho spojovalo, byl především odpor ke komunistické totalitě a snaha po nastolení demokratického režimu respektujících lidská práva a svobodu. I v disidentských hnutích východních zemí byli agenti tajných policí, jejichž úkolem bylo buď hnutí paralyzovat, nebo alespoň informovat, co se mezi disidenty děje, a tím udržet situaci pod kontrolou. Něco podobného na Západě probíhá i na poli medicíny.*)

Zkratku CIA zná každý, za jejími třemi písmenky se skrývá tajná policie USA (Central Intelligence Agency), málokomu už však řekne něco EIS – Epidemic Intelligence Service (Tajná epidemická policie). Brayan Ellison ji charakterizuje takto:

„Centra pro kontrolu nemocí – CDC měla tři hlavní programy, skrze které mohla docílit toho, že nemoc bude považována za infekční a postaví každého souhlasně do lajny. Jedním z nich bylo to, že na počátku 50. let zformovali speciální jednotku, elitní, polotajnou jednotku, která je dnes již takřka plně tajná, nazvanou Epidemic Intelligence Service, nebo EIS. Noví postgraduanti z lékařských a biologických fakult nebo též ze zubařských škol a několika jiných institucí, veřejných zdravotnických zařízení, byli naverbováni na doškolení pomocí několikátýdenního kurzu a pak byli vysláni na dvouletou aktivní službu – placenou CDC – na různá místní

* Kritikové HIV/AIDS – nebo AIDS disidenti, jak se jim často říká, to není žádné jednotné nebo organizované hnutí. Je mezi nimi řada vědců, vědeckých skupin, organizací nebo vydavatelství, kteří se nezávisle na sobě zabývají analýzou HIV/AIDS. Především dnes tento proud uvažování nelze ztotožňovat s Petrem Duesbergem. V této kapitole se pokusíme velmi zjednodušeně představit základní momenty kritiky HIV/AIDS.

a nebo státní zdravotnická oddělení, aby se stali očima a ušima CDC, vytvořili tak neviditelnou tajnou síť, která číhá na sebemenší shluky onemocnění a – pokud CDC uznají za potřebné – která se změní v národní pohotovostní jednotku...

Dokonce po těchto dvou letech se každý člen EIS stává stálou rezervou důstojnického týmu CDC a může být povolán zpět do služby v případě národní pohotovosti nebo války jako důstojník odpovídající hodnosti, s patřičnou pravomocí. Mnoho těchto lidí, tím jak sedí v nadacích, důležitých podnicích, nových médiích, úřadu ministra zdravotnictví a v dalších politicky klíčových pozicích, jedná jako tichý zastávce CDC rozšiřující jeho názory kdekoli tam, kde potřebuje podporu. Takže to je samozřejmě velmi vlivná síť...“ [9]

Tato organizace sehrála spolu s další americkou institucí NIH (National Institutes of Health/Národní instituty zdraví) klíčovou roli jak v uvedení HIV „na scénu“ AIDS, tak v kontrole případných kritik.

Tak se stalo, že se reflexe kritických postojů zredukovala na Petra Duesberga, a to z několika důvodů:

1. Duesberg nikdy nezpochybnil samotnou existenci viru HIV a schopnost testovacích aparatur tento virus detekovat. Právě naopak. Vždy pouze popíral, že by HIV byl příčinou AIDS.
2. Duesberg nezpochyboval diagnózu AIDS a respektoval přidávání nových nemocí.
3. Upnutím se na epidemiologickou argumentaci a snahou vysvětlit veškeré případy AIDS drogově medikační hypotézou se Duesberg sám zkompromitoval. Nikdy neargumentoval z pohledu vlastní odbornosti – biochemie.

Duesberg coby jeden ze zakladatelů retrovirologie nikdy nezamířil kritiku oficiálních názorů přesným směrem. Neustálým vznášením nových hypotéz dříve než kdy byla oficiální hypotéza prokázána a zamítnuta, zcela diskvalifikoval vědeckost své kritiky. Naopak, v roce 1996 se otevřeně postavil proti těm kritikům AIDS, kteří existenci viru HIV vyvrátili, což byl především Stefan Lanka a australští vědci z Perthu. V tomto roce britský časopis Continuum vypsal veřejnou soutěž s cenou 1 000 liber pro toho, kdo podle virologických standardů izoluje virus HIV. Jako jediný, kdo se přihlásil, byl Duesberg, izolaci viru však neprovedl. To komentuje Stefan Lanka těmito slovy:

„Duesbergova enormní služba lidstvu je neoddiskutovatelná. Je to on, kdo dnes už téměř deset let vytrvale a s obrovským osobním nasazením je tou kotvou normalnosti a slušnosti ve světě, který se zbláznil díky slaboduché HIV teorii. To, zda HIV neexistuje vůbec, nebo zda pouze nezpůsobuje AIDS, je akademický problém: vždyť kdy jste naposled narazili na „normálního“ heterosexuála, který neodvozuje svůj život z ustavičné paniky, který věnuje oficiální his-

torce minimální pozornost? Ve skutečnosti bychom měli být vděční Duesbergově stabilní a rozkrývající opozici vůči užívání AZT (a jeho analogů), jejichž užívání vždy končí smrtí.

Nutno říct, což je také pravda, že Duesberg sám je obětí jiného kolektivního klamu (retrovirologie – pozn. D. Š.), který on sám pomohl zformulovat a do něhož je teď zjevně uzavřen.“ [8]

Občas se Duesbergovi dostává ze strany oficiálních institucí nebývalých ocenění, která ani nikdy nedostal, jako je tomu v dopise, který mi byl zaslán z Ministerstva zdravotnictví ČR 17. 11. 1998, ve kterém Dr. Marie Brůčková, vedoucí Národní laboratoře HIV/AIDS, uvádí:

„Samozřejmě víme o existenci skupiny t. zv. AIDS disidentů, k nimž patří i několik prominentních vědců, jako např. zakladatel hnutí Petr Duesberg, nositel Nobelovy ceny za biochemii. Pokládáme toto hnutí za legitimní, i když vysoce nebezpečné zejména proto, že odmítá veškeré preventivní aktivity včetně používání kondomů. Zatím se této skupině nepodařilo přinést přesvědčivé důkazy o neinfekčnosti AIDS, ačkoliv pracuje již několik let.“

Je otázkou, za co by Duesbergovi měla být udělena Nobelova cena, ale to až tou úplně poslední. Doposud mu ji rozhodně nikdo neudělil. Především za celých šestnáct let této teorie se zatím nikomu nepodařilo předložit „přesvědčivé důkazy“ o infekčnosti AIDS.

Důležitá je jiná věc. Tyto tři věty poměrně dobře reprezentují způsob, jakým se zastánci HIV/AIDS teorie s kritikou vypořádávají.

V každém případě je zjevné, že i po třinácti letech kritiky a naléhání na instituce, které AIDS politiku řídí na nejrůznějších úrovních, nebylo možné docílit toho, aby veškeré otázky mohly být otevřeně prodiskutovány a vyjasněny. Je zjevné, že nátlak na tyto instituce se zintenzivňuje a lež o tom, že HIV způsobuje AIDS, je čím dále více neudržitelná. Západní politici si toho jsou dobře vědomi a zřejmě by sami taky rádi tuto běsnící mašinu nějak zastavili. Problém je v tom, jak to udělat, aby kredit institucí, které se takřka dvacet let angažovaly na tomto celosvětovém masakru, zůstal zachován. Proto se stále jeví jako jediná možná strategie hrát tuto hru dál. Dál lidi strašit neexistujícím virem, v rozvojových zemích podávat těhotným ženám extrémně jedovatou chemoterapii, která může mít smrtelné následky jak pro tyto ženy, tak pro jejich plod, nechávat umírat lidi, kterým údajně není pomoci... Za každou cenu je potřeba udržet pověst západních demokracií coby garanta lidských práv, tak aby mohly sloužit za vzor nově vznikajícím právním státům. Takže v duchu komunistického hesla, které jsme mohli vidat na plechových „biliboardech“ podél cest před rokem '89: Nechceme mír zadarmo, my si ho vybojujeme! nechtějí západní vlády svou demokratickou pověst udržet jen tak, ony si ji vynutí.

ZÁKLADNÍ PŘEHLED VĚDCŮ A ORGANIZACÍ – KRITIKŮ OFICIÁLNÍCH HIV/AIDS NÁZORŮ:



John Lauritsen

Analytik, spisovatel. Provedl první analýzy extrémně škodlivé AZT terapie. Autor knih: *Poison By Prescription: The AZT Story, The AIDS War, The AIDS Cult* a mnoha novinových a časopisových článků.



Peter Duesberg

Biochemik německého původu, působí na univerzitě v Berkeley. Jako první prokázal, že se u AIDS nejedná o epidemii. Autor knih: *Infectious AIDS: Have We Been Misled?*, *AIDS: Virus or Drug Induced*, „*Inventing the Virus* a mnoha odborných i populárních článků.



Eleni Papadopulos–Eleopulos (Perth Group)

Australská biofyzička. Pracuje v Královské nemocnici v Perthu, kde spolu se svými spolupracovníky založila skupinu vědců, kteří prokázali, že testy HIV nejsou validní a neposkytují žádný důkaz o přítomnosti viru HIV. Od roku 1988 o tom publikovali řadu článků v nejrůznějších odborných časopisech. Na XII. světové konferenci HIV/AIDS v Ženevě přednesla Eleni Papadopulos analýzu, která jasně dokládá, že doposud v odborné literatuře nebyl publikován důkaz o existenci viru HIV.



Kary Mullis

Biochemik, který získal v roce 1993 Nobelovu cenu za vyvinutí polymerázové řetězové reakce (PCR), která je dnes využívána u HIV testů. Od osmdesátých let popírá, že by existoval důkaz o vztahu HIV a AIDS. Popírá možnost použití techniky PCR ke kvalitativnímu testování, jak je tomu u HIV testů.

**Alfred Hässig**

Švýcarský imunolog (mimo jiné v Československé republice v 60. letech oceněn Purkyněho medailí). Bývalý ředitel transfuzní služby švýcarského Červeného kříže a emeritní profesor univerzity v Bernu. Prokázal, že neexistuje virus, který by mohl způsobovat to, co je popsáno jako AIDS. Zakladatel Skupiny pro imunitu a výživu.

**Stefan Lanka**

Německý virolog. Jako první explicitně poukázal na to, že neexistuje virus HIV ani ostatní tzv. retroviry. Spoluzakladatel vědecké skupiny REGIMED. Aktivně přednáší po celém světě na nejrůznějších konferencích. Autor řady odborných článků.

**Heinrich Kremer**

Německý lékař. Do roku 1988 ředitel speciální kliniky pro drogově závislé v západním Berlíně. Objasnil veškeré klinické stavy zahrnuté pod názvem AIDS.

**Karl Krafeld**

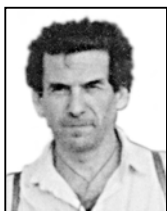
Německý sociolog. Doložil, že německá vláda nemá žádné důkazy o existenci viru HIV. Prezident společnosti Věda, medicína a lidská práva.

**Nevill Hodgkinson**

Od roku 1991 vědecký korespondent Sundry Times. Publikoval řadu článků, které zpochybňovaly HIV/AIDS propagandu. Spolupodílel se na zrušení mýtu o epidemii AIDS v Africe. Mimo novinových a časopisových článků je autorem knihy *AIDS: The Failure of Contemporary Science*.

**Joan Shenton**

Britská novinářka a reportérka. Ředitelka televizní společnosti Meditel. Dva z jejích dokumentů o AIDS získaly ocenění Královské televizní společnosti a Britské lékařské asociace. Podílela se na rozkrytí toho, co je nazýváno AIDS v Africe. Autorka knihy *Positively False*.

**Lluís Botíñas**

Ředitel organizace Plural 21 (původně C.O.B.R.A.), která v Barceloně od roku 1990 rozvinula nejširší vzdělávací program o HIV/AIDS z kritického pohledu na tuto problematiku. Organizátor barcelonské konference v roce 1998 – největšího setkání AIDS kritiků. Autor řady publikací o AIDS.

**Continuum**

Britská organizace pomáhající HIV pozitivním. Od počátku 90. let vydává stejnojmenný časopis, který je dnes největším zdrojem analýz HIV/AIDS (na fotografii šéfredaktor Huw Christie).

**HEAL**

Americká organizace zaměřená na pomoc a vzdělávání HIV pozitivních (na fotografii prezident HEAL NYC Dr. Michael Ellner).

**Group For The Scientific Reappraisal of the HIV/AIDS Hypothesis**

– na své webové stránce www.virusmyth.com poskytuje nejdostupnější informace o kritice HIV/AIDS.

LITERATURA:

1. Richman, E.: The Sciences. November/December 1996.
2. Adams, J.: AIDS: The HIV Myth. London Macmillan 1989.
3. Montagnier, L., Interview s Djamelem Tahim: „Did Luc Montagnier discover HIV? In: Continuum, 1997/8, 5, č. 2, s. 30–34.
4. Shenton, J.: Positively False. London I.B. Tauris 1999.
5. Null, G.: AIDS – A Second Opinion. Video: Gary Null Production, New York.
6. Lanka, S.: Interview. In: Zenger magazine, 1998, December.
7. Hässig, A. a kol.: 15 Years of AIDS. In: Continuum 1998, 5, č. 3, s. 32–37.
8. Lanka, S.: Collective Fallacy. Continuum 1996, 4, č. 3, s. 19–20.
9. Elison, B.: Interview. In: Rethinking AIDS. 1994, March/April.

David Šubík

Před Durbanem a po Durbanu

„Pokud budeme pouze hlásat bezpečný sex a používání kondomů, tak šíření AIDS v naší zemi nezastavíme.“

Thabo Mbeki

Na počátku července 2000 se konala XIII. světová konference HIV/AIDS v jihoafrickém Durbanu. Ještě dříve, než vůbec začala, se světoví představitelé HIV/AIDS a politikové úspěšných zemí se museli pěkně zapotit. Nikdo totiž nemohl tušit, když se před čtyřmi roky tato konference plánovala, že se nynější prezident Jihoafrické republiky Thabo Mbeki začne tak výrazně v problematice HIV/AIDS angažovat.

Všechno začalo tím, že Světová zdravotnická organizace schválila AZT jako profylaktikum pro těhotné ženy v Africe coby preventivní ochranu před nákazou HIV u novorozenců. Prezident Mbeki na to zareagoval vystoupením v parlamentu Jihoafrické republiky, který AZT k tomuto účelu zamítnul. Thabo Mbeki vysvětluje svůj krok: *„My, coby vláda, máme zodpovědnost rozhodovat v otázkách veřejného zdraví, a tak přijímáme rozhodnutí, která mohou přímo zasáhnout jednotlivce. Měl jsem za to, že toxicnost a účinnost AZT i dalších léků vznášela pochybnosti, a tak bylo nezbytné do těchto záležitostí zasáhnout.“*^(*)

Situace vyvrcholila, když se ještě před XIII. světovou konferencí prezident Mbeki obrátil na Billa Clintona a premiéra Schrödera, aby se otázky HIV/AIDS znovu otevřely a nezaújatě projednaly. Když navíc Thabo Mbeki přirovnal situaci ve vědě na poli HIV/AIDS k apartheidu a když svolal do Johannesburgu mezinárodní panel vědců, mezi nimiž byli i HIV/AIDS kritikové („disidenti“), kteří z důvodů cenzury běžně nemají přístup na žádná oficiální^(**) setkání HIV/AIDS, byl oheň na střeše.

* Shenton J.: Sitting Down with President Mbeki. Carte Blanche, 16 April 2000.

** „Oficiální“ rozuměj v tomto případě organizovaný CDC, WHO, vládními institucemi nebo farmaceutickými firmami.

Možnost, že by se názory kritiků otevřeně dostaly na odbornou i laickou veřejnost, vzbudila na patřičných místech úplné zděšení. To našlo písemnou podobu v Durbanské deklaraci, kterou inicializoval Pasteur Institute v Paříži. V ní vědci z celého světa potvrzují svým podpisem, že co se týká HIV/AIDS, je z vědeckého hlediska všechno v pořádku. K podpisu jsou vyzýváni jak odborníci z oboru, tak vědci z jiných vědních disciplín. („*Mnozí z vás řeknou, že HIV/AIDS není váš obor. Přesto jste za ta léta mohli slyšet dostatek argumentů, abyste porozuměli souvislostem.*“ - píše Simon Wain-Hobson ve vyzývacím dopise, který uzavírá: „*Na závěr: prosím vás, nemluvte s novináři o Durbanské deklaraci, dokud nebude otištěna v Nature.*“) Akce, která nám může dobře připomínat Antichartu z konce 70. let!

Durbanskou deklaraci podepsalo 5 221 signatářů z osmdesát čtyři zemí světa. Mezi nimi bylo i třicet šest vědců z České republiky. Spolu se Stefanem Lankou a Karlem Krafeldem jsme okamžitě zaslali (mimo mnoho jiných míst) časopisu Nature, do Pasteur Institute v Paříži a na Ministerstvo zdravotnictví ČR tiskové prohlášení, ve kterém komentujeme „Durbanskou deklaraci“:

Zneuctění vědy

6. července 2000, kdy Nature publikuje Durbanskou deklaraci podepsanou mnoha vědci, kteří jsou považováni za uznávané experty ve svých rozličných vědeckých oborech, dochází ke zneuctění vědy.

Tímto dokumentem vyzývá Dr. Simon Wain-Hobson, vědec z Pasteurova institutu, veřejnost k potvrzujícímu podpisu i bez jakýchkoli vědeckých důkazů.

Deklarace zmiňuje spolehlivost (reliabilitu) tzv. HIV protilátkového testu. Kterýkoli vědec si okamžitě uvědomí, že tento výrok implicitně potvrzuje, že tyto testy ve skutečnosti nejsou validní. To je vědecky tak jasné, že to stěží vyžaduje komentář. Každý vědec ví, že test, který není vyhodnocen, může těžko prokázat virovou infekci. Všichni zároveň vědí, že je eticky a legálně nezodpovědné předepisovat tak rizikovou léčbu, jako je AZT, na základě takovýchto testů.

Je více než směšné dočíst se v prohlášení signatářů této deklarace, že ne validní, ale pouze spolehlivé testy „naplňují nejvyšší vědecké standardy“. Spolehlivý znamená pouze opakovatelný.

Po přečtení této Durbanské deklarace Dr. Simona Wain-Hobsona se musí každý uvažující člověk zeptat sám sebe, proč nebylo možné pro vědce, kteří se účastnili Mezinárodní konference AIDS v Ženevě (1998) publikovat vědecký důkaz existence HIV, když byli konfrontováni se španělskou delegací pozitivně testovaných, kteří drželi hladovku před úřady Světové zdravotnické organizace.

Tvrzením, že HIV může být přenesen a způsobit AIDS, mohou signatáři Durbanské deklarace jen těžko vysvětlit následující dva příklady z Německa:

- 1) *Dlouho před tím, než padla Berlínská zeď, styky – ve všech smyslech tohoto slova – mezi Východem a Západem existovaly, tedy i styky mezi homosexuály. Nicméně v NDR nebyly zaznamenány žádné případy AIDS. Měli bychom se tedy domnívat, že se virus bál komunistů?*
- 2) *Přední AIDS expert německé vlády, profesor Kurth, potvrdil pět (!) případů HIV infekce ve vězeních za posledních patnáct let. Nicméně intravenózní užívání drog v německých věznicích je právě tak rozšířené jako homosexuální praktiky.*

Tyto dva příklady z Německa jsou samy o sobě dostatečné k tomu, aby vyvrátily hypotézu AIDS infekce.

Signatáři Deklarace potvrzují zásadní rozpor, když tvrdí, že na jednu stranu HIV v laboratořích ničí T4 buňky, a na druhou stranu připouštějí, že buněčné linie, které vzešly z buněčných kultur, jež byly základem patentní přihlášky Vlády Spojených států 23. 4. 1984, jsou stále ještě velmi živé. Toho dne v roce 1984 americká vláda prokázala, že virus, který měl být v těchto kulturách obsažen, buňky neničí.

Pokud ani „Nature“, ani Dr. Simon Wain-Hobson a signatáři, kteří podepsali tuto Deklaraci, nechtějí být vědeckou historií pamatováni jako nebezpeční šarlatáni, budou muset jihoafrickému prezidentovi a nám všem okamžitě poskytnout:

- * *Důkaz existence HIV, odpovídající nejvyšším vědeckým standardům virologie, především pomocí fotografie izolovaného viru.*
- * *Důkaz validity, a ne pouze spolehlivosti protilátkových testů na HIV a HIV PCR testů.*

Pokud chce Nature prokázat, že se jedná skutečně o vědecký časopis věrný tradičním vědeckým hodnotám, jako je pravda, hledání pravdy a prospěch lidstva, bude se jistě snažit vyhovět našemu požadavku v prvním možném čísle.

Pokud se tento důkaz nedostaví, Nature, Dr. Simon Wain-Hobson a signatáři Durbanské deklarace prokáží, že tato deklarace je zlomyslný pokus o diskreditaci jihoafrického presidenta Thabo Mbekiho, a zároveň prokáží, že vědomě jednají proti lidskému právu na život nejen v Jižní Africe, ale všude na světě.

Dortmund, 29. června 2000.“

Jako odpověď mi přišel e-mail zasláný Dr. Brůčkovou:

„Pane magistře, v odpověď na Váš e-mail posílám:

- a) stanovisko účastníka XIII. mezinárodní AIDS konference v Durbanu MUDr. J. Jedličky (attachment) pro odbor HEM Ministerstva zdravotnictví ČR,
- b) opakované vyjádření svého zamítavého stanoviska k publikaci našeho rozhovoru (nikoliv interview) s upozorněním, že se podle našeho ústavního právníka publikací rozhovoru můžete vystavit právnímu postihu,
- c) zcela zamítavé stanovisko k dokumentu „The Dishonouring of Science“, který jste mi zaslal. Jedná se o irelevantní pamflet operující s pojmy, které nesprávně interpretuje a citáty vytrženými z kontextu (což zřejmě učiníte i s naším rozhovorem). Jen si dovoluji podotknout, že zatímco Durban Declaration podepsalo přes 5 000 odborníků, dokument, který jste mi poslal, podepsalo 5 signatářů, 4 z nich ze stejné organizace. Domnívám se, že tímto naše diskuse končí a já osobně nemohu věnovat více času jejímu prodlužování.
M. Brůčková“

Dříve než přejdu ke stanovisku MUDr. Jedličky, pozastavím se nad bodem c) dopisu Dr. Brůčkové. „Irelevantní pamflet“ je přesně dikce, kterou si pamatujeme z dob před rokem 1989. Jedním z posledních irelevantních pamfletů bylo myslím prohlášení „Několik vět“. Bylo zajímavé sledovat, jak se oni „štváči“ a signatáři tohoto pamfletu později stali vysokými ústavními činiteli. To jenom na okraj.

Znovu a naposled se nám nedostalo vědecké odpovědi na otázku, kde je důkaz existence viru HIV a validity HIV testů. I kdyby Durbanskou deklaraci podepsalo 50 000 signatářů, důkaz o izolaci nového viru to není stejně jako články, na které mne odkázala Dr. Brůčková v minulosti coby na „nejdůležitějších práce zobrazující virus HIV“.* V žádné

* Stannard L. M., Van Der Riet F. D., Moodie J. W. The morphology of Human Immunodeficiency Virus Particles by Negative Staining Electron Microscopy. J. gen.Virol. (1987), p. 919 – 923, ISSN: 0022 – 1317.

Gelderblom, H. R. a kol.: Fine Structure of Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Immunolocalization of Structural Proteins. In: Virology, 1987, č. 156, p. 171 – 176, ISSN: 0042 – 6822.

Christie: I. L., Almeida, J. D.: The Morphology of Human Immunodeficiency virus (HIV) by Negative Staining. J. Med.Virol. (1988), p. 281 – 8, ISSN: 0146 – 6615.

Gonda, M. A.: Molecular Genetics and Structure of the Human Immunodeficiency Virus. J. Electron Microsc. Tech., (1988), p. 17–40, ISSN: 0741 – 0581

z těchto prací není fotografická dokumentace, která by prokázala krok izolace viru HIV. Jak je tedy možné, že Dr. Brůčková podepsala Durbanskou deklaraci, která explicitně tvrdí: „*Důkaz, že AIDS je způsobován HIV 1 nebo HIV 2 je samozřejmý, vyčerpávající a jednoznačný. Tento důkaz naplňuje nejvyšší vědecké standardy.*“ Bohužel to není jak prokázat, resp. to nikdo doposud neprokázal.

Dopis Dr. Brůčkové obsahoval i následující stanovisko účastníka Durbanské konference MUDr. Jedličky:

„*Odbor HEM*

Věc: vyjádření k tiskové zprávě ze dne 11. 7. t. r.

o XIII. mezinárodní konferenci o AIDS

Praha, 25. 7. 2000

Jako účastník XIII. Mezinárodní konference o AIDS si Vám dovoluji sdělit, že předmětem jednání konference otázka tzv. AIDS disidentů, pochybujících o existenci viru HIV a validitě testů na detekci specifických HIV protilátek jako screeningového testu, prakticky nebyla. Již před zahájením konference byla v časopise Nature otištěna tzv. Durbanská deklarace (text v příloze) – český překlad vyjde ve Zprávách CEM SZÚ – kterou podepsalo na 5 000 špičkových vědců a odborníků pracujících v problematice AIDS. Jejím stručným obsahem je zdůraznění toho, že existence viru lidského imunodeficitu jako příčiny onemocnění AIDS je nepochybná.

Mohutný potlesk cca 12 000 účastníků konference po úvodní větě Dr. D. Ho v plenárním zasedání, kdy promítl elektronický obrázek viru HIV a doprovodil jej slovy: „Dámy a pánové, toto je příčina AIDS.“, byl jasným vyjádřením pléna k celé problematice tzv. AIDS disidentů. Dále se nebylo třeba k tomuto problému resp. pseudoproblému v průběhu konference vracet, snad jen s výjimkou konstatování, že celá záležitost vědce zdržuje od smysluplné práce v boji s tímto pandemickým infekčním onemocněním.

O tom, že virus HIV není prokázanou příčinou AIDS, se nezmínil ani prezident JAR T. Mbeki na zahajovacím ceremoniálu, byť předtím ustanovil pracovní skupinu zabývající se příčinami onemocnění AIDS. Zdůraznil chudobu jako rizikový faktor šíření HIV v Africe (která vede pochopitelně k rizikovému chování, např. pro nedostupnost kondomů apod.).

Rád bych zdůraznil, že aktivity těchto „AIDS disidentů“ je nutno považovat za nesmírně závažné, pokud přesvědčí některé lidi, že např. zásady bezpečnějšího sexu není třeba dodržovat anebo přesvědčí osoby s HIV/AIDS o tom, že antiretrovirové preparáty nejsou účinné či

např. testování krevních dárců na HIV není nutné. Šíření těchto zcestných názorů může přispět k zhoršení klinického stavu HIV infikovaných osob a rovněž k šíření HIV infekce a dalších STI v populaci, což jest pravým opakem toho, oč se po léta snaží Národní program boje proti AIDS v České republice ve spolupráci s UNAIDS (United Nations Joint Programme on AIDS), WHO, programy EU a národními programy dalších zemí. Názory hlášané touto skupinou jsou nejen znevážením práce desítek tisíc vědeckých pracovníků na celém světě, ale i jakýmsi pohrdáním životy cca 18 miliónů lidí, včetně prakticky 4 miliónů dětí, kteří dosud v důsledku HIV/AIDS ve světě zemřeli.

MUDr. Jaroslav Jedlička, CSc.
manažer Národního programu HIV/AIDS“

Stručně bych okomentoval základní body tohoto vyjádření:

1. „...předmětem jednání konference otázka tzv. AIDS disidentů, pochybujících o existenci viru HIV a validitě testů na detekci specifických HIV protilátek jako screeningového testu, prakticky nebyla.“

Samozřejmě že ne. Naopak to bylo, stejně jako na předchozích dvanácti konferencích, hlavní tabu.

2. „...byla v časopise Nature otištěna tzv. Durbanská deklarace, kterou podepsalo na 5 000 špičkových vědců a odborníků pracujících v problematice AIDS.“

Přes 5 000 tisíc signatářů je v podstatě ještě nízký počet, protože se již pravidelně na světových konferencích AIDS sjíždí kolem 12 000 delegátů z celého světa. To znamená, že více než polovina z těchto ortodoxních zastánců HIV/AIDS Deklaraci nepodepsala. Zřejmě proto, že buď již byli na cestě – Deklarace byla zorganizována na poslední chvíli v extrémním spěchu nebo nemají dostatečné vzdělání: Iniciátor Deklarace Dr. Simon Wain-Hobson výslovně uvádí, jak se má postupovat při shánění signatářů: „Pokud máte v laboratoři nebo na klinice kolegy, kteří by se rádi podepsali, prosím Vás, nabídněte jim to. Čím víc tím lépe. Nicméně, prosím Vás, uvědomte si, že v zájmu toho, abychom působili odborným dojmem, je nutné seznam omezit na ty s nejvyšší univerzitní kvalifikací. Proto se neobracejte na studenty. Omlouvám se za to.“ (V dopise Marc Regenmortelovi).

Počet signatářů však ještě nedosvědčuje pravdivost obsahu.

3. „*Mohutný potlesk cca 12 000 účastníků konference po úvodní větě Dr. D. Ho v plenárním zasedání, kdy promítl elektronoptický obrázek viru HIV a doprovodil jej slovy „Dámy a pánové, toto je příčina AIDS“, byl jasným vyjádřením pléna k celé problematice tzv. AIDS disidentů.*

Bouřlivost potlesku může kdokoli jednoduše posoudit, když si pustí záznam přednášky Davida Ho na oficiální webové stránce XIII. světové konference. Co už však nikdo neuvidí, je onen „*elektronoptický obrázek viru HIV*“, ačkoli se jedná o multimediální záznam a ostatní promítané grafy zde jsou. David Ho velmi dobře ví, proč zde tento obrázek není, protože to, čemu 12 000 účastníků (mezi nimi pravděpodobně i MUDr. Jedlička) tleskalo, samozřejmě nebyla fotografie izolovaného viru HIV, ale – jak uvádějí německé lékařské noviny *Ärzte Zeitung* – jednalo se o počítačovou montáž „viru HIV v buňce“. • **zde jakási vsuvka – prý přijde e-mailem** • To docela vystihuje to, jakým způsobem ortodoxní HIV/AIDS zastánci postupují při argumentaci.

4. „*O tom, že virus HIV není prokázanou příčinou AIDS, se nezmínil ani prezident JAR T. Mbeki na zahajovacím ceremoniálu, byť předtím ustanovil pracovní skupinu zabývající se příčinami onemocnění AIDS.*“

Dovolím si citovat některé pasáže ze zahajovací řeči prezidenta Mbekiho:

„*Někteří považují kladení otázek, které jsme já a zbytek naší vlády vznesli nad problematikou HIV AIDS v souvislosti s touto konferencí, jíž se účastníte, za blízké závažnému trestnému a genocidnímu jednání.*

Co slyším opakovaně, pronikavě a pobouřeně je – nepokládej žádné otázky!

...

Jak jsem naslouchal a poslechl jsem si celou tu historii o naší zemi, mám dojem, že bychom neměli ze všeho vinit jediný virus. A tak jsem došel k závěru, že zoufale a naléhavě potřebujeme vést válku na všech frontách, abychom zaručili a zajistili všem našim občanům základní lidské právo na zdraví.

...

Jsem rád, že vás mohu informovat o tom, že se někteří významní vědci rozhodli vyhovět našemu skromnému požadavku a využijí své odbornosti k tomu, aby poskytli odpovědi na dané otázky. Někteří z nich se specializují na problematiku HIV AIDS již řadu

let a vzájemně se od sebe ostře liší v různých názorech. Přesto laskavě souhlasili se spoluprací, aby nám našli odpovědi na některé nezodpovězené otázky. Souhlasili s tím, že do konce tohoto roku, kdy budou spolupracovat, podají zprávu, mimo jiné, o spolehlivosti běžně užívaných testů HIV a o informaci, kterou poskytují, a o zlepšení našeho systému dohledu (surveillance) nad nemocí. Do té doby budeme pokračovat v zintenzivňování naší vlastní kampaně proti AIDS... Z tohoto plánu a z práce, která už byla udělána, můžete vidět, že neexistuje důvod pro neopodstatněná tvrzení, že co se naší vlády týká, existuje nějaká váhavost v tom, abychom se konfrontovali s výzvou HIV AIDS.“

Je zjevné, co Thabo Mbeki myslí nezodpovězenými otázkami. Pokud by výzkumy HIV/AIDS splňovaly kritéria nejvyšších vědeckých standardů, co by tato skupina (ve které je například i „objevitel“ viru HIV Luc Montagnier) měla prokazovat v souvislosti s testy a dohledem nad nemocí – obzvláště když se zavázala, že do konce roku provede i izolaci viru HIV! Jinými slovy, doposud tato izolace provedena nebyla?!

5. *„Názory hlášané touto skupinou jsou nejen znevážením práce desítek tisíc vědeckých pracovníků na celém světě, ale i jakýmsi pohrdáním životy cca 18 miliónů lidí, včetně prakticky 4 miliónů dětí, kteří dosud v důsledku HIV/AIDS ve světě zemřeli.“*

V tom by jistě souhlasil s panem Jedličkou každý, kdyby existovaly důkazy o tom, že oněch „cca 18 miliónů lidí“ skutečně zemřelo na HIV/AIDS. MUDr. Jedlička byl přítomen schůzce na Ministerstvu zdravotnictví v roce 1998 a žádný takový důkaz nepředložil a ve svém Vyjádření opět nepodává jediný odkaz na zdroj, který by opodstatnil to, „oč se po léta snaží Národní program boje proti AIDS v České republice ve spolupráci s UNAIDS (United Nations Joint Programme on AIDS), WHO, programy EU a národními programy dalších zemí.“ Za „nesmírně závažné“ tak lze z tohoto pohledu považovat jak podávání „antiretrovirových preparátů“, tak ve svých důsledcích i „testování krevních dárců na HIV“.

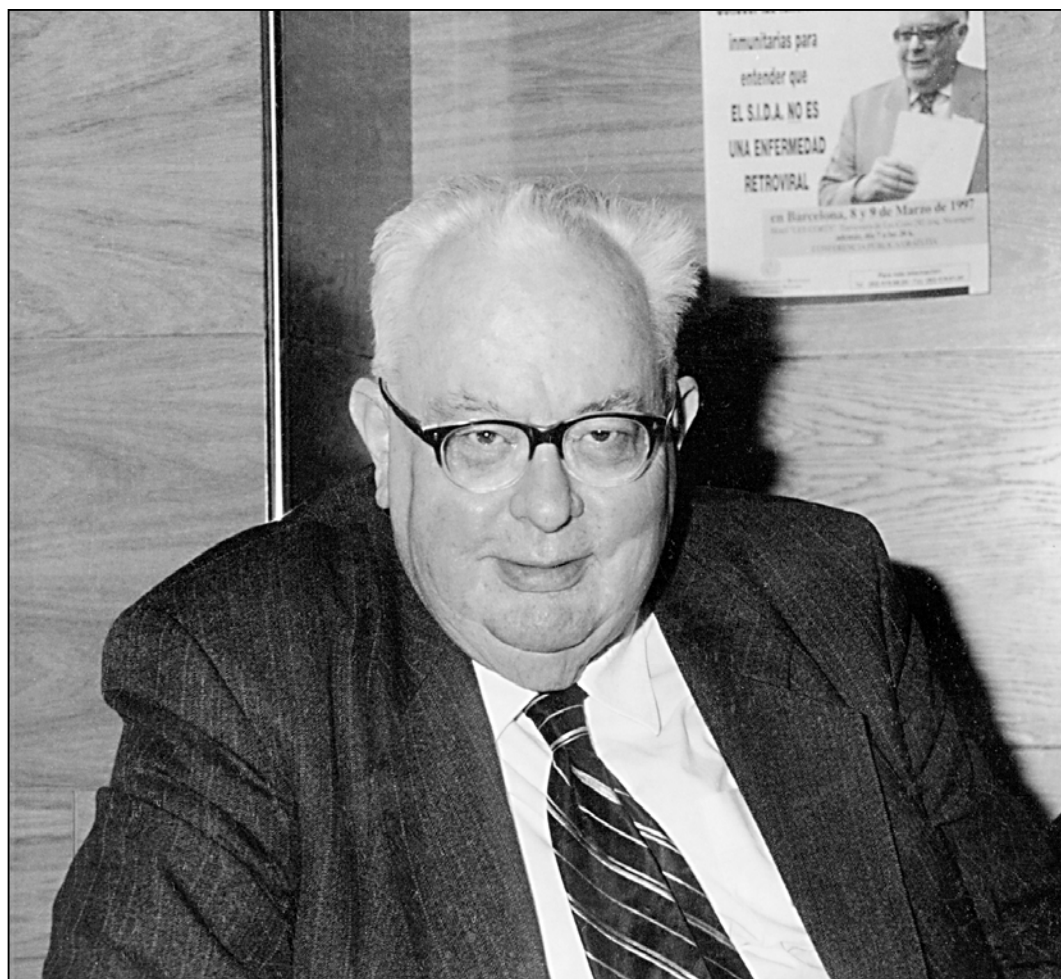
Nakonec je vláda Jihoafrické republiky (jedna z nejmladších demokratických vlád, navíc v zemi, která se potýká s nesčetnými problémy) první a jedinou vládou na celém světě, jež se snaží skutečně a zodpovědně řešit problém zdraví svých občanů a tím pádem i problémem AIDS.

Prezident Mbeki si uvědomil, že stejně jako předchozích dvanáct světových konferencí mělo nulový vliv na řešení zdravotní problematiky v jeho zemi, tak ani tato XIII. konference nebude výjimkou.

Rozhodl se tedy sestavit skupinu expertů, aby mu vypracovala odbornou zprávu o HIV/AIDS s termínem do konce tohoto roku, podle které bude dál postupovat při řešení AIDS problematiky nezávisle na závěrech třinácti konferencí o HIV/AIDS.

Přesně takové jednání jsem očekával od představitelů našeho zdravotnictví před dvěma roky, když jsme jim spolu se Stefanem Lankou nabízeli spolupráci. Ti však k tak čestnému a lidskému kroku nikdy nepřistoupili. Naopak, někteří z nich podepsali deklaraci, která byla zjevně namířena proti humánním aktivitám prezidenta Mbekiho.

Doufám jen, že to neodráží obecný stav naší populace.



Alfred Hässig. „Až se toho ujme nějaký neúplatný právník, mnoho lidí na vysokých postech bude mít mnoho problémů.“ říká na adresu HIV/AIDS.

Slovo na závěr

Co dodat na závěr? V loňském roce se provedlo průměrně přes 2000 testů na HIV pozitivitu denně. Každý den nás tak všechny tato hra na HIV stojí pěknou částku peněz. Denně je navíc těchto 2000 lidí vystaveno nebezpečí, že jejich test dopadne pozitivně a zničí jim zbytek života. Mezi těmito dvěma tisíci je více než tři sta těhotných žen, u nichž případný pozitivní výsledek znamená, že jsou navíc vystaveny enormnímu tlaku ze strany lékařů, aby si dítě nechaly vzít. Bezdůvodně.

Dokud nepředloží ministerstvo zdravotnictví nezvratný důkazem existenci viru HIV a dokud neprokáže, že testy HIV positivity skutečně detekují přítomnost nějakého viru, není důvod, aby tento test podstoupil kdokoli z nás. Právě naopak. Nikdo by si tento test neměl nechat provést, dokud tyto důkazy nebudou zveřejněny. To se týká krevních dárců, těhotných žen i všech ostatních, kterým je test proveden na vlastní žádost nebo při lékařském ošetření.

Demokracie je v České republice ještě mladá. HIV/AIDS je exemplárním příkladem toho, kam dospěly demokracie mnohem starší, než je ta naše. Vzhledem k tomu, že princip demokracie činí spoluodpovědným každého občana, nelze ze všeho vinit stát a státní instituce. Právní demokratický stát není danost, ale proces, na kterém se podílí každý občan.

Ten, kdo se dozvěděl o nekorektnostech a podvodech, například v souvislosti s HIV/AIDS, a posléze zůstává pasivní a tyto chyby a podvody přehlíží s tím, že se ho „netýkají“, ten nemůže doufat, že stát bude chránit jeho práva v obdobných situacích, které se ho budou bezprostředně týkat.

Dostojí-li Česká republika vlastní ústavě a přinutí-li k tomu i ostatní země, bude to obrovský krok směrem k naplnění lidských práv – základu soužití v harmonii a rovnosti. To je naším cílem.

Pokud historie HIV/AIDS se všemi vraždami, mučením a utrpením nevinných lidí napomůže k tomuto velmi důležitému kroku, dostane alespoň z tohoto pohledu nějaký smysl. HIV se tak stane nástrojem, který může poprvé dostat pozitivní význam. Je ale na nás všech, abychom s jeho pomocí udělali pěknou hudbu, jejímž leitmotivem bude ANO ŽIVOTU.

Pak všichni ti, kteří teprve na svět přijdou, budou mít stejná nebo dokonce lepší práva na život ve společnosti, která se byla schopna poučit ze své chyby.

Karl Krafeld, Stefan Lanka, David Šubík

O autorech



Christian Fiala

Narodil se v roce 1959 ve Stuttgartu. Studoval medicínu v Innsbrucku. Aktivně se účastnil programů na pomoc AIDS. Má rozsáhlé klinické zkušenosti mimo jiné z Thajska, Francie nebo Guadeloupe (Mexiko). Je autorem početných publikací na téma AIDS, plánování rodiny a tropická medicína. V roce 1997 vydal knihu *Lieben wir gefährlich? (Milujeme se nebezpečně?)*, která podává pouhou analýzou oficiálních statistik nezvratné důkazy, že neexistovala a neexistuje epidemie AIDS. Nyní působí jako lékař ve Vídni.



Karl Krafeld

Narodil se v roce 1944 v Německu. Původním vzděláním konstrukční inženýr a pedagog. Později začal pracovat na dortmundském Úřadu pro integraci handicapovaných lidí. Tuto práci vykonával do roku 1982, kdy ji ukončil kvůli překážkám, které mu kladl německý sociální systém.

Od roku 1993 analyzuje fenomén HIV/AIDS, který mu umožnil pochopit fungování „globální společnosti“. Ve svých analýzách dochází k tomu, že vývoj hospodářské sebedynamiky směřuje k ekonomické sebevraždě. V brzkém ukončení aféry HIV/AIDS vidí možnost „globální transformace“, která otevírá perspektivy budoucnosti lidské společnosti.

V současnosti zastává pozici prezidenta humanitární organizace *Věda, medicína a lidská práva* (MUM).

**Stefan Lanka**

Narodil se v roce 1963 u Kostnického jezera. Matka je Němka a otec československý emigrant (z roku 1948). Během studia na univerzitě v kostnici objevil nový, dříve neznámý virus. Jeho výzkum stabilního vztahu viru a buňky vrhl stín na pole virologie, neboť nachází konstruktivní funkci virů. Tato práce ho dovedla k analýze HIV/AIDS.

Po ukončení doktorandského studia působil 2 roky v klinické praxi na poli imunologie a výživy. Je spoluzakladatelem Výzkumné skupiny investigativní medicíny a žurnalismu (REGIMED). Za účelem ukončení lži o HIV/AIDS založil spolu s Karlem Krafeldem humanitární organizaci Věda, medicína a lidská práva (MUM).

V současnosti pracuje jako nezávislý investigativní vědec spolupracující s institucemi po celém světě.

**John Lauritsen**

Americký analytik tržních průzkumů a žurnalista. V letech 1985 až 1996 publikoval více než padesát článků o HIV/AIDS především v New York Native, ale také v Bio/Technology a Lancetu.

Je v ediční radě Reappraising AIDS a časopisu Continuum. Autor knih *Death Rush: Poppers and AIDS* (New York 1986), *Poison By Prescription: the AZT Story* (New York 1990), *The AIDS War: Propaganda, Profiteering and Genocide from the Medical-Industrial Complex* a spolu s Ianem Youngem spoluautorem *The AIDS Cult* (Provincetown 1997).

Žije v Provincetownu a věnuje se žurnalistice.

**David Šubík**

Narodil se v roce 1970 v Beskydech. Vystudoval sociologii na Masarykově univerzitě v Brně, kde se zabýval především sociologií medicíny (diplomové práce: *Co je to nemoc a kdo by ji měl léčit.* – 1994, *Příspěvek k diskusi o reformě zdravotnického systému* – 1997). Od roku 1998 je členem Výzkumné skupiny investigativní medicíny a žurnalismu (REGIMED). Od tohoto roku se snaží získat důkazy od Ministerstva zdravotnictví ČR o existenci viru HIV, dosud bezvýsledně.

Mimo aktivity na poli HIV/AIDS se věnuje hudbě a kulturnímu manažerství.

Virus HIV? Lež, které uvěřil celý svět.
David Šubík Karl Krafeld, Stefan Lanka a kol.

překlad z němčiny Dušan Němec
překlad z angličtiny David Šubík
typografie a sazba Miroslav Švejda
tisk a vazba (?)
vydalo nakladatelství Datel – Radim Výrubek
počet výtisků 0000
Moravské nám. 13, 602 00 Brno
tel.: (05) 41 32 12 38, kl. 251
vydání první
v Brně 2000

ISBN 80-902547-3-X
EAN 9788090254732 (čárový kód)