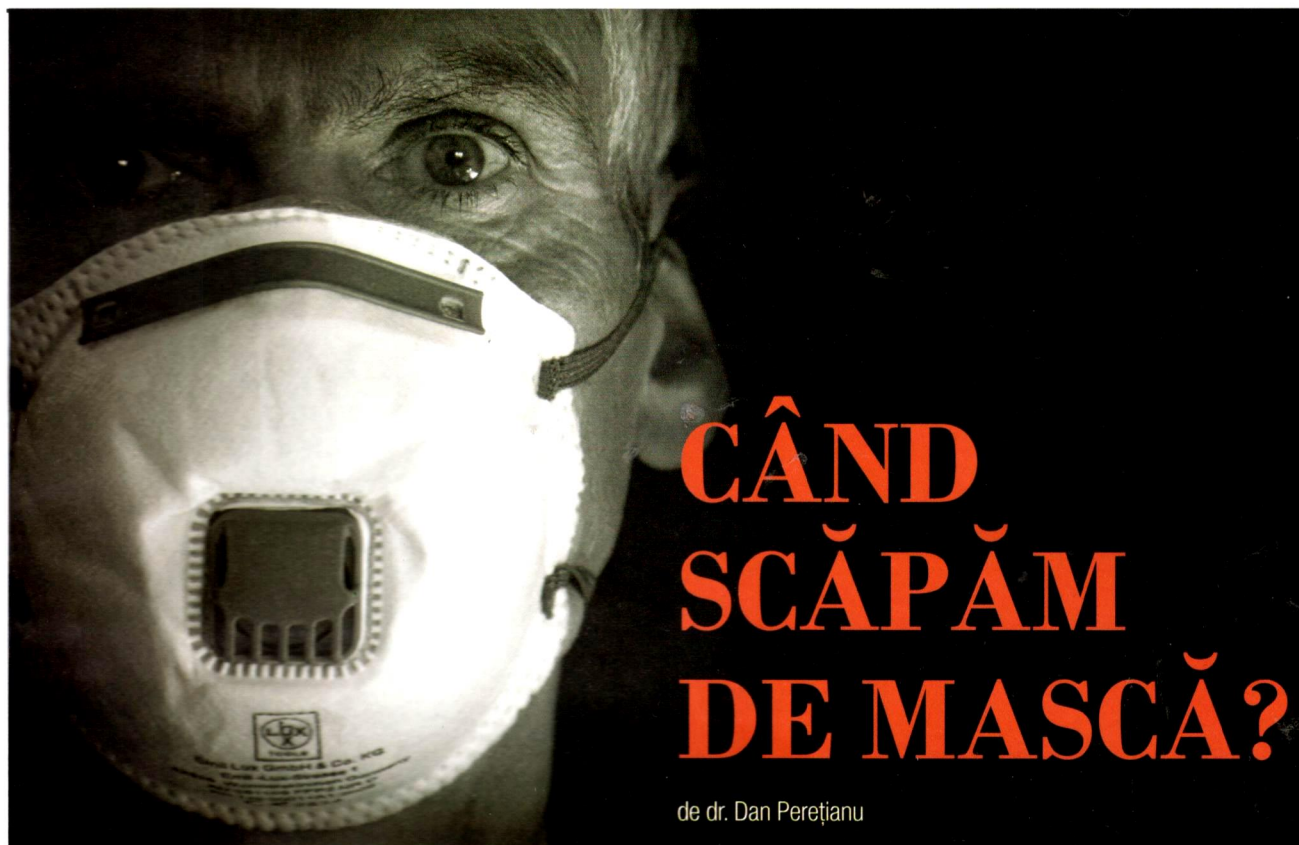




CÂND SCĂPĂM DE MASCĂ?

de dr. Dan Perețianu

O ADMINISTRARE VS. 2 ADMINISTRĂRI

În urmă cu câteva săptămâni, am văzut o video-discuție între doi mari vacciniști din USA și redactorul-șef al unei mari reviste medicale mondiale, *Journal of American Medical Association* (JAMA), difuzat pe 20 Ianuarie 2021. Este vorba despre prof. dr. Paul Offit, directorul Spitalului de Pediatrie din Philadelphia și consilier al Food and Drug Administration, considerat deseori al doilea specialist în vaccinologie din USA (după Antony Fauci, directorul Institutului Național de Boli Infecțioase și Alergie al USA) și despre prof. dr. Robert Wachter, profesor de medicină internă la Universitatea de Medicină din San Francisco, considerat în 2015 ca cel mai influent medic din USA și deseori socotit al treilea mare vaccinist al lumii. Moderatorul discuției a fost redactorul-șef al JAMA, dr. Howard Bauchner.

Întrebarea centrală a fost: **Dacă aveți 20 de milioane de doze de vaccin, cui le administrați?** Înțelegând prin asta:

vaccinezi 10 milioane și pui deoparte alte 10
milioane de doze pentru rapel

sau

vaccinezi de la început 20 de milioane de oameni,
vezi ce se întâmplă în lipsa rapelului și aștepti ca
producătorul să vină cu o altă tranșă.

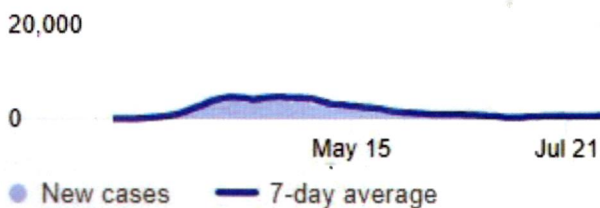
Probabil, moderatorul știa poziția divergentă a celor doi, și de aceea i-a intervievat, pentru a afla argumentele fiecăruia din cei doi mari corifei ai medicinei actuale. Prof. Offit susținea vaccinarea în două etape, așa cum prevăd procedurile lansate de cei trei mari producători la acel moment (Biontech-Pfizer, Moderna-NIID, Oxford-AstraZeneca). Prof. Wachter susținea administrarea rapidă a tuturor dozelor la cât mai mulți oameni. De remarcat că strategia prof. Wachter a fost adoptată în Marea Britanie, Belgia, Danemarca și Italia. Strategia prof. Offit este cea curentă în România.



De la stânga la dreapta: Paul Offit, Howard Bauchner, Robert Wachter.

Recunosc că argumentele prof. Wachter au fost pertinente și m-am poziționat pe această strategie: mai bine vaccinezi cât

mai mulți, chiar dacă nivelurile de anticorpi nu vor fi mari, dar cel puțin blochezi parțial îmbolnăvirile grave și scazi letalitatea prin vaccin. Prof. Offit, pe de altă parte, susținea că prin acest mecanism nu se blochează transmiterea bolii la alte persoane, posibil nevaccinate primar, cu efecte mai grave, pentru că nivelul mic de anticorpi după prima vaccinare nu este suficient. Ca argument a adus chiar situația din Marea Britanie, unde, într-o lună de la începutul vaccinării (8 decembrie 2020), numărul de cazuri a explodat (figura 2).



Evoluția cazurilor de covid-19 în Marea Britanie

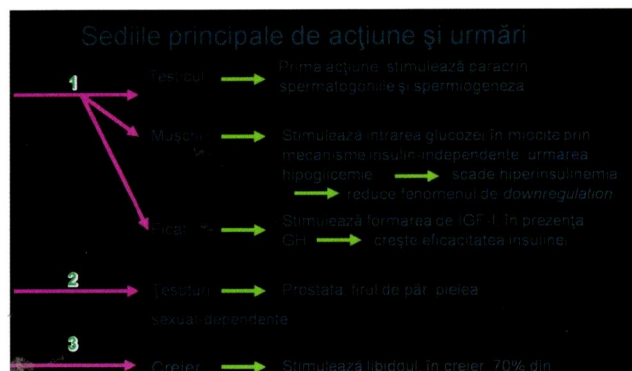
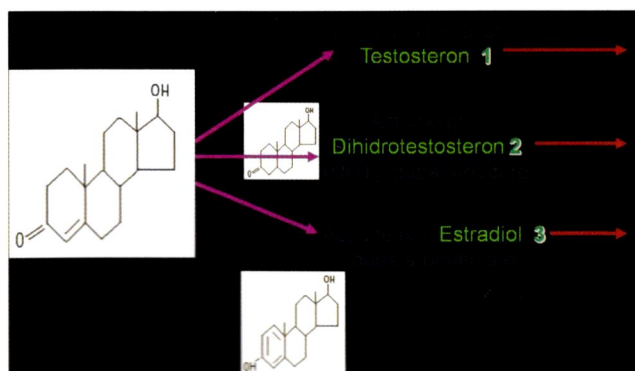
Curiozitatea științifică m-a făcut să îmi monitorizez anticorpii anti-covid 19 (anti-spike) post-vaccinare. În prima zi, am avut zero, în ziua a 8-a am avut zero, în schimb în ziua 20 (cu o zi înainte de rapel) am avut 120 AU/ml. Eram la 3 zile de la emisiunea citată. Ca urmare, am început să caut în literatura de specialitate care era considerat nivelul de anticorpi care pot neutraliza boala. Datele sugerau că în jur de 100 AU/ml ar putea fi un nivel acceptabil. Cu alte cuvinte, era posibil ca strategia californiană să fie adecvată.

Dar acest fapt mi-a fost contrazis de niște rezultate autohtone publicate în *Viața Medicală* din 12 Februarie (Ionescu, 2021), în care se spune că nivelul considerat de autori ca optim de 80 AU/ml după prima administrare a fost atins de numai 20% din vaccinați. Se poate interpreta că 80% din cei vaccinați o (singură) dată nu prezintă niveluri suficiente de anticorpi pentru a bloca transmiterea bolii. În plus, 4 din cei 142 subiecți testați RT-PCR s-au îmbolnăvit de covid în această perioadă, adică post-vaccinare. De aceea, am trecut de partea „poziției Offit”, adică cea care este oficial acum acceptată în România.

PURTĂM SAU NU PURTĂM MASCĂ DUPĂ VACCINARE ?

În contextul în care nivelul de anticorpi neutralizanți este mare, ca de exemplu cazul meu după rapel, de circa 16 000 AU/ml, se pune problema dacă acest nivel este blocant pentru receptarea bolii și re-transmisia ei mai departe. În subsidiar, este **vorba dacă mai purtăm mască sau nu**. Pare logic că masca nu mai este necesară dacă nivelul de anticorpi este mare. Dar acest lucru a fost contrazis de prof. Adrian Streinu-Cercel într-un webinar din 12 Februarie, coordonat de dr. Mihaela Leventer. Dr. Streinu-Cercel a afirmat că „**anticorpii ne păzesc pe dinăuntru, dar că boala vine din afară**”. Cu alte cuvinte, chiar dacă în sânge se află un nivel ridicat și adecvat de anticorpi, de tip IgG, aceștia nu pot proteja și mucoasele care se infectează, căci acolo sunt alți anticorpi, de tip IgA. De aceea, este important a cerceta nivelul de IgA secretor (sIgA) în mucoase. Cel mai frecvent, acest fapt se realizează prin dozări din salivă. Ar fi logic ca, dacă nivelul de sIgA sau numai de IgA din salivă este mare, atunci capacitatea virusului de a se atașa este minimă, iar re-transmisia este imposibilă.





Ori, acest lucru a fost arătat de nenumărate ori, dar post-infecție covid (detalii în Sterlin, 2021). Întrebarea este dacă vaccinarea reușește să producă aceste mari niveluri de IgA în mucoase, în special bucală și nazală. Observațiile pe această temă arată că vaccinări intramusculare (anti-gripal, anti-holeric) determină niveluri adecvate de sIgA (Boyaka, 2017). Este de așteptat ca și vaccinarea anti-covid să determine astfel de niveluri (nu am reușit identificarea unei cercetări specifice directe până la data redactării materialului).

IMUNOGLOBULINA A ȘI HORMONII

Se știe de peste 25 de ani că persoanele cu multă IgA secretorie sunt mai rezistente la infecții respiratorii. Se mai știe că nivelurile sIgA sunt dependente de estrogeni (detalii în Perețianu, 1996). Acest fapt este susținut în condițiile curente de patru categorii de observații clinice:

- femeile sunt mai rezistente la infecții față de bărbați;
- femeile la menopauză, care au niveluri extrem de scăzute de estrogeni, au mucoasele extrem de fragile și fac deseori infecții, de exemplu, la nivelul mucoaselor tractului urinar inferior;
- femeile în vârstă, evident la menopauză, au făcut forme mai grave de covid față de femeile mai tinere;
- femeile care au făcut covid au făcut forme mai simple față de bărbați.

Dar ce este cu bărbații? Nu cumva bărbații fac covid mai grav pentru că nu au estrogeni? Observațiile recente

(detaliat în Perețianu, 2020) arată că bărbații care fac forme grave de covid nu au testosteron. Observația subsecventă ar fi că bărbații tineri, despre care se știe că au îndeajuns testosteron, fac forme asimptomatice sau simple de covid, în timp ce bărbații în vârstă, despre care se știe că au deficit de testosteron (numit LOH), fac forme grave de covid.

Există o legătură între testosteronul crescut, rezistența la infecții, și estrogeni? Evident că există!

Legătura o reprezintă **procesul de aromatizare**. Acest proces biochimic se produce la nivelul steroizilor care se transformă în estrogeni, în special estradiol. De fapt, compusul cel mai important în cadrul aromatizării este testosteronul. El are 3 căi metabolice și de acțiune în organism (figura 3 și 4). Cea mai importantă este calea proprie; prin ea, testosteronul acționează la nivel muscular și hepatic în sens anabolic. A doua este calea sexuală, ce se petrece la nivelul pielii, prostatei și penisului. Aici, testosteronul se reduce și se transformă în dihidrotestosteron. Dar cea mai interesantă evoluție a acestui hormon masculin este de a se transforma în hormonul tipic feminin: aromatizarea primului nucleu spre estradiol.

Fenomenul aromatizării a fost inițial descris la nivelul hipofizei, unde feedback-ul cu gonadotropii este realizat prin transformarea intrahipofizară a testosteronului în estradiol. Al doilea sediu în care s-a observat acest proces a fost creierul: libidoul masculin depinde de transformarea

intraneuronală a unei cantități mari de testosteron în estradiol. Ulterior, alte locuri interesante în organism au fost descrise pentru aromatizare: oasele și țesutul adipos. Oasele bărbaților sunt mai puternice ca ale femeilor pentru că, la nivelul osteocitelor, testosteronul acționează după aromatizarea la estradiol. Fenomenul de la nivel adipos este frecvent observabil la obezi; ei au numeroase „forme feminine”.

Este aproape o certitudine logică că bărbații tineri sunt mai rezistenți la infecțiile de la nivelul mucoaselor, prin capacitatea testosteronului de a stimula IgA secretorie la acest nivel. sIgA se formează astfel *locally generated*, prin aromatizarea spre hormonul care susține IgA, adică hormonul feminin!

ÎN CONCLUZIE

Dacă se va dovedi că, post-vaccinare anti-covid, imunoglobulinele noastre de tip sIgA cresc la nivelul mucoaselor nazală și bucală, și dacă se va dovedi că această creștere va conduce la blocajul transmiterii bolii covid-19, atunci vom putea scăpa de mască. Dar să nu uităm că aceste imunoglobuline depind de nivelurile de hormoni sexuali: feminin, estradiolul, și masculin, testosteronul. Datele de până acum arată că numai după rapel nivelul imunoglobulinelor crește peste nivelul considerat ca super-protectiv.