

Вакцины: аргументы за и против.

Сборник материалов для родителей,
принимающих осознанные решения
на основе исчерпывающей информации.

А. Б. Макаров.

Аннотация.

Данное исследование представляет собой упорядоченный список аргументов за и против вакцинации детей. Собраны данные государственных служб здравоохранения Украины, России и США, мнения врачей, отзывы родителей. Приведены расследования журналистов, информация о судебных решениях по искам, связанных с вакцинацией. Также рассмотрены примеры результатов научных исследований влияния прививок на детей. Статистические данные дают возможность родителям самостоятельно оценивать риски вакцинации и принимать взвешенные решения (учитывая, однако, наличие ощутимых погрешностей в некоторых случаях). Материалы исследования могут быть полезны врачам: акушерам-гинекологам, педиатрам, терапевтам. Ведь явно существует несогласованность данных касательно вакцинации между иммунологами, вирусологами и юристами с одной стороны и чиновниками, производителями и практикующими врачами с другой. Вся собранная аргументация, рекомендации, мнения служат цели информировать родителей максимально полно о том, что известно людям о вакцинации. Центральная идея сборника – родители несут ответственность за жизнь и здоровье своих детей. 148 стр., шрифт 10, интервал 1.

Об авторе.

Макаров Алексей Борисович имеет экономическое образование, более десяти лет занимается исследованиями в области истории, религии, когнитивной психологии. В контексте изучения влияния концептуальной власти на восприятие обществом таких понятий, как иммунитет, здоровье, ответственность родителей автор обнаружил существование широкого диапазона мировоззрений. У одного края этого диапазона вся ответственность за здоровье граждан лежит на государстве, политика массовой иммунизации правильна, вакцинация спасает миллионы жизней. С другой стороны – ответственность за жизнь детей несут родители, правильным есть индивидуальный подход к иммунизации, вакцинация приносит много вреда, детских смертей и является экспериментом с неизвестными последствиями, большой медицинской ошибкой. Автор специально не высказывает собственного мнения о прививках и не сообщает делал ли их своему ребёнку. В расчёте на то, что родителям хватит предоставленной информации для самостоятельного принятия решения и его аргументации при необходимости. Принимаются обоснованные дополнения и замечания от читателей.

Содержание

Часть 1. История.	стр. 3
Альтернативный взгляд.	стр. 3
О Дженнере вкратце.	
О Пастере и Бешаме подробней.	
Вирусолог Червонская об истории вакцинации от 18 до 20 века (включая СССР, Россию). Типа официальная версия.	стр. 7
Часть 2. Аргументы за.	стр. 14
I. Благодаря вакцинации были побеждены многие страшные болезни за последние 100 лет.	стр. 14
II. Оспу победили благодаря прививкам всех жителей всех стран.	стр. 14
III. Риск получить осложнения от вакцины гораздо ниже, чем риск умереть от инфекционной болезни. Опасности болезней, описание вакцин:	стр. 14
1) Краснуха.	стр. 15
2) Дифтерия.	стр. 15
3) Паротит (свинка).	стр. 15
4) Коклюш.	стр. 15
5) Туберкулез.	стр. 16
6) Столбняк.	стр. 17
7) Полиомиелит.	стр. 20
8) Корь.	стр. 21
9) Гепатит.	стр. 24
10) ВПЧ.	стр. 24
11) Грипп.	стр. 24
IV. Привит — значит, защищен.	стр. 25
V. Непривитой ребенок опасен для окружающих, обязательно заболеет и станет инвалидом, если не умрет.	
VI. Привитые болеют в более легкой форме. Привитые болеют гораздо реже.	
VII. Прививки безопасны. Снижение аллергических реакций.	стр. 26
VIII. Для эффективной защиты нужен коллективный иммунитет, охват прививками не менее XX% населения. Прививочные календари.	стр. 32
IX. "От кори в мире умирает ежегодно 900 тысяч детей, 200 тысяч от столбняка, 370 тысяч от коклюша и 50 тысяч от туберкулеза".	стр. 35
X. Соблюдение норм и правил поддержания Холодовой цепи.	стр. 35
XI. Противопоказания.	стр. 35
XII. Сами "антипрививочники" нечисты на руку.	стр. 37
Часть 3. Аргументы против.	
I. Не существует никаких доказательств того, что именно прививки помогли человечеству победить в борьбе с некоторыми опасными инфекционными болезнями.	стр. 38
II. Классический пример "победы над оспой" является, одновременно, и классическим примером манипуляции статистикой.	стр. 38
III. Риск получить осложнения от болезней. Факторы восприимчивости, вероятностей инфицирования, форм протекания. Риск умереть от вакцины. Манипуляции статистикой и восприятием статистики.	стр. 39
1) Краснуха.	стр. 40
2) Дифтерия.	стр. 40
3) Паротит (свинка).	стр. 44
4) Коклюш.	стр. 44
5) Туберкулез. Проба Манту 2006, Украина.	стр. 48
6) Столбняк.	стр. 55
7) Полиомиелит.	стр. 57
8) Корь. История из Краматорска.	стр. 62
9) Гепатит.	стр. 77
10) ВПЧ.	стр. 79
11) Грипп.	стр. 80
12) АКДС-вакцина.	стр. 80
IV. Эффективность сомнительная. Ревакцинация. Перенос вероятности заболеть прививаемой болезнью во взрослый возраст. Пожизненный иммунитет. ВОЗ рекомендует изменить состав противогриппозных вакцин.	стр. 82
V. Большинство детских инфекционных заболеваний имеют мало серьезных последствий.	стр. 82
VI. Часто бывает так, что и охват есть, и ревакцинации вовремя, а привитые всё равно заболевают. Почему? Привитые болеют ничуть не меньше непривитых, и даже больше.	стр. 83
VII. Не существует исследований, доказывающих действительную безопасность вакцин.	стр. 83

a) Вакцины готовятся на основе клеточных структур животных и содержат их вирусы. Вирус SV 40. Рекомбинация. Откуда взялся спид?	стр. 83
b) Связь прививок с такими болезнями как аутизм, сахарный диабет, рассеянный склероз, ревматоидный артрит, лейкемия.	стр. 87
c) Прививки являются причиной смертей и пожизненных увечий тысяч детей во всем мире ежегодно из-за многочисленных побочных эффектов. Доказать прямую связь между осложнениями и прививкой почти невозможно.	стр. 88
d) Вакцины являются ядами по определению и содержат токсичные онкогенные вещества. DAN (Defeat Autism Now) – методика, по которой уже сегодня можно проводить лечение детей, больных аутизмом. Ответственность служб здравоохранения и иммунопрофилактики.	стр. 90
VIII. Политика массовых прививок совершенно игнорирует индивидуальные особенности прививаемых.	стр. 103
IX. В развитых же странах цифры совсем другие.	стр. 103
X. Соблюдение норм и правил поддержания Холодовой цепи.	стр. 103
XI. Противопоказания	стр. 103
XII. Производство вакцин является прибыльным фармацевтическим бизнесом	стр. 110
XIII. Вакцинация до года нарушает естественное формирование иммунитета	стр. 113
XIV. Санитарные условия.	стр. 113
XV. Продвинутое собаководство стремится сохранить чистоту собачьего племени, его генофонд и уже давно поняли, какую здесь мрачную роль играет вакцинация.	стр. 113
XVI. Статистика поствакцинальных осложнений отсутствует.	стр. 113
 Часть 4. Ответственность родителей и врачей.	
Ответственность родителей, которые делают прививки.	стр. 116
Ответственность родителей, которые отказались.	стр. 116
Суд за медкарту для сада. Длинная, но интересная история.	стр. 117
Ответственность врачей.	стр. 122
 Часть 5. Иммунитет.	стр. 124
Типы, виды иммунитета.	
Система терморегуляции и механизмы провокации	
Система естественной профилактики инфекций.	
Об иммунитете, вакцинации и индивидуальном подходе.	стр. 127
Гомеопатия, как ещё одна альтернатива.	
 Часть 6. Рекомендации.	стр. 129
 Часть 7. Ситуация в США.	стр. 132
Проводятся исследования на предмет подтверждения или отклонения связи вакцин и серьёзных заболеваний.	стр. 132
История безопасности вакцин.	стр. 135
Типичные ответы на вопросы родителей.	стр. 137
Возможные побочные эффекты от вакцин.	стр. 137
Тимеросал в вакцинах.	стр. 139
Федеральный претензионный суд (рассмотрение исков к США). Примеры петиций.	стр. 142
Национальная Программа Компенсации Вреда от Вакцины (VICP).	стр. 144
 Ссылки.	стр. 148

Именно в 1796 г. произошли два события, во многом предопределившие последующее развитие медицины и, соответственно, наши с вами судьбы. Английский хирург и аптекарь Эдвард Дженнер привил восьмилетнему Джеймсу Фипсу содержимое пустулы коровьей оспы, а шесть недель спустя попытался заразить его же натуральной оспой, сделав мальчику прививку гноя из оспенного пузырька. Так как ребенок оспой не заболел, Дженнер сделал вывод, что коровья оспа защищает от оспы натуральной. С этого начались прививки. [8]

Любой, начинающий беспристрастное изучение прививочной истории, не может не обратить внимания на то, сколько самой отвратительной лжи и подлогов было замешано в прививочном деле с самых его истоков, дабы доказать недоказуемое. Для начала возьмем хотя бы основоположника прививок англичанина Эдварда Дженнера — человека, вся жизнь которого была пропитана самой откровенной и при этом примитивной ложью. Выдав наблюдения племянника за свои собственные и используя личные связи, в 1787 г. он получил возделенный титул F.R.S. (Fellow of the Royal Society — член Королевского общества). Докторский титул (MD) Дженнера был отнюдь не результатом многолетнего изучения медицины и последующего сложнейшего экзамена, как было принято в те времена. Он был приобретён в 1792 г. в шотландском университете Сент-Эндрюс за 15 гиней и два рекомендательных письма от друзей-врачей. На самом деле Дженнер был всего лишь малообразованным хирургом и аптекарем, никогда не изучавшим медицину в рамках академического учреждения. Дженнер имел своего прививочного предшественника, английского фермера Бенджамина Джаста (ок. 1736–1816), который за 22 года до "первооткрывателя" привил швейной иглой коровью оспу жене (отчего та чуть не умерла) и детям. Это было известно и Дженнеру, и его современникам. Тем не менее, Дженнер повсюду заявлял, что приоритет принадлежит именно ему, и никому другому; в итоге именно "M.D., F.R.S.", а не безвестный фермер, чествуются как спаситель человечества. Дженнеровская работа "Исследование причин и действия Variolae Vaccinae, болезни, обнаруженной в некоторых западных графствах Англии, в частности, Глостершире, и известной как коровья оспа", в которой он пытался доказать пользу коровьей оспы для защиты от оспы натуральной, была ему возвращена даже из преступно благоволившего к нему Королевского общества, как не имеющая решительно никаких научных оснований — и это по более чем скромным критериям научности конца 18-го века! Дженнер прекрасно знал и в 1802 г., когда выпрашивал деньги у английского парламента за свое "открытие", и в 1807 г., когда получал дополнительную награду от него же, что коровья оспа, даже если верить в то, что она на какое-то время и защищает от оспы натуральной, пожизненного иммунитета к ней не даёт. К 1807 г. уже было немало публикаций о том, что ничто не мешает натуральной оспе поражать привитых так же успешно, как и непривитых, не говоря уже о разносортных болезнях после прививки. Можно отметить книги д-ров Мозли (1804), Роули (1805, третье изд. в 1806) и Сквиррела (1805), а также хирурга Голдсона (1804), в которых они на многочисленных примерах показывали полную бесполезность и одновременную опасность прививок коровьей оспы. Но в итоге, на волне ни на чем не основанного энтузиазма, английские законодатели дали Дженнеру 30 тыс. фунтов стерлингов — несколько миллионов в пересчете на сегодняшний день — за открытие средства, обеспечивающего пожизненную невосприимчивость к натуральной оспе. Позднее, еще при жизни Дженнера, было объявлено, что прививка коровьей оспы недостаточна для постоянной защиты, и ее необходимо многократно повторять, и при этом без гарантии, что эта защита в итоге состоится. Показательна оценка крупнейшего английского эпидемиолога и историка медицины проф. Чарльза Крейтона, создателя капитальной "Истории эпидемий в Британии", охарактеризовавшего Дженнера как человека пустого и тщеславного, хитрого и алчного, больше напыщенного и хвастливого, чем имеющего какие-либо прочные знания, неразборчивого в средствах, и никогда не говорящего честно и прямо, когда можно быть туманным и скрытным.

Роберт Кох так никогда и не признал, что свой туберкулин (в значительно ухудшенном и опасном для пациентов варианте) он просто и бесхитростно позаимствовал у гомеопатов. Трудно сказать, знал ли с самого начала доктор Джонас Солк о фальсификации данных полевых испытаний его убитой полиовакцины в США, результатом чего стали сотни случаев заболевания полиомиелитом и смерти от него, но ни слова осуждения "настоящим ученым" и "спасителем мира от полиомиелита" так никогда произнесено и не было. Вероятно, он был слишком занят войной со своим злейшим врагом, ненавистным конкурентом по прививочному полиомиелитному цеху — доктором Альбертом Сэбиным, предложившем живую полиовакцину. Это лишь некоторые из тех постыдных фактов, на которые так богата прививочная история. Чтобы узнать об ожидающем нас будущем, нам часто стоит только заглянуть в прошлое...

Луи Пастер не был медиком по образованию. Вначале (1822 — 1847 гг.) он был химиком и по совместимости биологом в 1857 г. Луи Пастер, почитаемый ныне как великий жрец медицины, проводил исследования только по химии и физике (1847 г.). Как стало возможным, что медицинский корпус того времени принял за чистую монету досужие вымыслы химика, ставшего биологом — специалистом по живым организмам и не имевшего при этом никакого специального образования? Как стало возможным то, что пастеровские теории продолжают преподаваться в учебных заведениях и что их пытаются использовать на практике в наши дни, хотя они не имеют никакого научного обоснования? Тем более уже доказано, что они ошибочны, лживы и сфальсифицированы.

Все энциклопедии восхваляют Луи Пастера следующим образом: "Один из великих учёных всех времен; настоящий гений; наиболее великий благодетель человечества; замечательная личность, обладающая как моральной и интеллектуальной порядочностью, так и энтузиазмом и мужеством; человек, победивший смерть и подаривший миру секрет здоровья...".

Действительно, Луи Пастер был гением... Однако гением подтасовки статистических данных, ложной гласности и взяточничества. "Карьерист без зазрения совести, жаждущий известности и почестей. Сектант, способный на любое двурушничество, чтобы внушить уважение к своему имени и запустить в действие гигантское коммерческое предприятие, способное торговать и подвергать под прикрытием закона миллионы детей и взрослых принудительной инъекции вакцин, приготовленных с грубейшими, но умело замаскированными научными ошибками". [38]

Таким был комментарий ко всему жизненному пути "великого" ученого, опубликованный в "Новой эре" (L'Ere nouvelle) в октябре 1987 года. Посмотрим, всё ли тут аргументировано? Во-первых, тот, кого медицинский корпус считал гением, был

простым обманщиком. Это общеизвестно, так как в 1883 г. это прозвучало из уст сподвижников Луи Пастера Рукса и Чемберленда с трибуны Академии наук: "Пастер вводил в свои вакцины против овечьего мора (чумы) дву-хромовокислый калий (сильный яд) во время проведения известного эксперимента, который был проведен в июле 1881 г. в Пуилли ле Форт".

Луи Пастер представил научному миру своего времени странную теорию: вакцины состоят из культур микробов, вызывающих определенную болезнь, ослабленных воздухом и теплом. Эта культура, введенная здоровому организму, вызывала легкую форму болезни и формировала иммунитет к серьезному инфекционному заболеванию. Реакция на эту бредовую идею была многочисленной и резкой, но Луи Пастер предложил "дождаться результатов прекрасно задуманного эксперимента, который должен был контролироваться на всех этапах официальной комиссией, за исключением периода приготовления вакцины". Напомним, что этот эксперимент проводился в Пуилли ле Форт. Пятьдесят овец были вакцинированы, говоря другими словами, иммунизированы чудесной вакциной против овечьей чумы. Несколько дней спустя им и другим 50 контрольным овцам была введена вирулентная культура. Последние умерли очень быстро, а иммунизированные овцы выжили, хотя у них и наблюдались некоторые нарушения состояния здоровья. Триумф Луи Пастера был всеобщим. Для него были открыты двери мировых академий. Он был принят в Парламенте Великобритании, а также облагодетельствован почетом и деньгами. Увы, в течение нескольких последующих месяцев множество стран, в том числе Италия, Германия, Россия, Аргентина и ряд других, попытались повторить "пуилли-ле-фортовский эксперимент", основанный на теории ослабленных микробных культур, изложенной Луи Пастером. Однако они потерпели неудачу. Все вакцинированные животные от введенной вакцины погибли. Объяснение этому было простым: отсутствовал знаменитый двуххромово-кислый калий, который разрушал микробы и превращал их в невирулентные. Этот токсичный элемент как активатор Пастер добавлял под большим секретом в ходе эксперимента в Пуилли ле Форт. Двуххромовокислый калий как сильный окислитель разрушал чумные микробы, но при этом создавал предпосылки будущих онкологических заболеваний. На протяжении десяти лет, то есть до момента признания его сподвижников с трибуны Академии наук, Луи Пастер подвергался со стороны различных правительств мощной критике, ультиматумам, оскорблениям и требованиям возместить убытки. А как же повела себя Академия наук? Она не приняла во внимание заявления Рукса и Чемберленда, и Луи Пастер продолжал пребывать в роли благодетеля человечества. [38]

Доктор Ж. Тиссо, профессор общей физиологии Музея истории природы, посвятил большую часть своей жизни глубоким исследованиям компонентов, составляющих живую клетку. Он оспорил догму об асептических (стерильных) свойствах живых организмов, внесенную Луи Пастером, поддержав тем самым своего предшественника Антуана Бешама, который опровергал теорию Луи Пастера и обвинял в попытке украсть основные положения его научных трудов. В научной работе, опубликованной в 1946 г., профессор Тиссо ставит под сомнение фальсифицированные Пастером статистические данные. Он писал: "Статистические данные, приведенные Луи Пастером, о числе лиц, укушенных бешеными собаками, содержат неточные цифры и не соответствуют официальной статистике. Профессор Ветеринарной школы Альфора Колэн сделал 9 ноября 1880 года сообщение в Академии наук для того, чтобы оспорить данные о 1700 французах (как это указано в статистических данных Луи Пастера), которые могли быть укушены бешеными собаками в течение года и нескольких месяцев. Они действительно были укушены собаками - вот и все, что можно было подтвердить, так как сведения об этих собаках были получены от некомпетентных лиц, не контролировались и не проверялись. Зарегистрированное число случаев, в которых всегда подтверждалось бешенство собак или хотя бы предпринимались попытки установить его наличие, было незначительным. С другой стороны, вскрытия трупов собак, сделанные ветеринаром, давали основания только для предположений, но не для уверенного утверждения о наличии у них бешенства. Профессор Колэн таким образом доказывает, что сначала нужно было определить количество лиц, укушенных здоровыми собаками, которые не нуждались в прививках от бешенства; затем надо было определить тех лиц, которые были действительно укушены бешеными собаками, но не заразились вирусом бешенства. При этом следует подчеркнуть, что число таких пострадавших было наибольшим. Затем надо было определить число тех пострадавших лиц, у которых вирус бешенства был уничтожен каутеризацией (методом прижигания). Исходя из этих наблюдений, можно сделать вывод, что Луи Пастер искажил число лиц, которые действительно нуждались в реальном лечении. В противовес статистике Луи Пастера профессор Колэн взял за основу статистические данные, ежемесячно публикуемые Министерством сельского хозяйства. Согласно этим данным, в 1885 г. 351 человек подвергся нападению собак, то есть в среднем 29 человек в течение месяца. Это и есть та цифра, которая примерно отражает реальное число пострадавших, среди которых лишь небольшое число заболели бешенством. Достоверность этого была подтверждена новыми статистическими данными о летальных исходах от бешенства; статистические данные этого периода времени свидетельствовали о том, что среднегодовое количество смертных случаев от бешенства во Франции составляло от 20 до 30. Таким образом, если пастеровская вакцинация действительно была такой эффективной, то 1886 г. должен был характеризоваться значительным снижением числа смертей от бешенства. Однако результаты говорят сами за себя: за предыдущие годы вместо 20 — 30 летальных исходов в среднем было зафиксировано 35. Из пострадавших 17 не были вакцинированы... Из этого же числа 18 лицам были все же введены пастеровские вакцины. Но за тот же период времени за границей было зафиксировано 34 смерти среди вакцинированных пострадавших. Кроме этого, среди тех же умерших оказалось 11 зафиксированных случаев паралитического бешенства, очевидно полученного пострадавшими в результате инокуляции спинного мозга кроликов. То есть причиной смерти в этих последних случаях не было заражение вирусом от бешеных собак. Перед такими подробными результатами любое отрицание практически бесполезно и при этом напрашиваются два вывода.

1. Метод вакцинации по Луи Пастеру неэффективен и не способен противодействовать развитию бешенства при проникновении вируса бешенства в организм.

2. Этот метод опасен, особенно при частом его применении. Он может передавать паралитическое бешенство лицам, в организм которых даже и не проникал вирус от бешеной собаки.

Первые контрольные эксперименты этого метода были проведены Фон Фришем, выводы были диаметрально противоположны тем, которые были сделаны в свое время Луи Пастером. Но в свое время мировая пресса развернула интенсивную кампанию, пропагандируя новые сенсационные открытия Луи Пастера. И это было сделано, несмотря на

отсутствие в пастеровской теории солидной научной базы, и каких-либо доказательств эффективности и безопасности метода вакцинации; такого надежного, безошибочного и абсолютно безопасного способа вакцинации, который способен вылечить или защитить от бешенства. А этот способ, якобы надежный и безопасный, представляет собой инъекцию страшного вируса, вызывающего бешенство, так как одна капля такой вакцины, введенная в мозг, неизбежно провоцирует паралитическое бешенство и последующую смерть животного. Проведенная в июле 1885 г. во всем мире интенсивная реклама первого применения вакцинации по методу Луи Пастера на юноше Майстере сообщала о том, что он был спасен от воздействия страшного вируса бешенства. Хотя в действительности применение этой вакцины не имело смысла, потому что игнорировался основной фактор - проник или не проник вирус в организм, так как не все подвергшиеся нападению собак лица заразились бешенством. Впоследствии количество смертей возросло, а после "успешных" модификаций этот метод вакцинации по Луи Пастеру стал очень опасен, так как вызывал паралитическое бешенство у некоторых вакцинированных лиц, что побудила профессора Луи Пастера решительно обратиться в Медицинскую Академию. Вот изложение фактов. Они имели место в 1886 г.. Прошло шестьдесят лет и, несмотря на все вышеизложенное, медики продолжают прививать трудно инактивируемый вирус несчастным пострадавшим от укусов собак, а также тем, кто никогда не вступал в контакт с бешеными собаками. Это происходит потому, что Луи Пастер, несмотря на все неудачи, хотел утвердить превосходство своего метода потому, что он пытался доказать при каждом летальном случае, что его метод неповинен в отрицательном результате, потому что все статистические данные были ложными, а каждый негативный случай был вычеркнут самим Луи Пастером, наконец потому, что многие из укушенных не бешеными собаками были объявлены спасёнными от смерти в результате проведенного лечения.

Результат воздействия противодифтерийной вакцины и лечебных инъекций сыворотки, который был установлен самой практической медициной, оказался следующим: для анатоксина: нестерильный (инфекционный) иммунитет оказался незначительным — вакцинированные заболевают дифтеритом в такой же степени, как и не вакцинированные; более того, вакцина в этом случае неэффективна и напрасно заражает вакцинированных опасным вирусом дифтерита на короткий или длительный период времени. Для противодифтерийной сыворотки: лечебный эффект отсутствует, так как с научной точки зрения он невозможен; сыворотка не вступает в необходимое, специфическое взаимодействие с инфекционным агентом. Несмотря на отрицательные результаты, которые стали известны ещё в 1938 г., удалось за счёт лживых утверждений и докладов заинтересованных лиц насильно протащить закон, устанавливающий обязательность этой неэффективной и опасной вакцинации. В этих сообщениях утверждалось, что вакцинация якобы приведёт к искоренению дифтерита во Франции. Однако с 1923 г., когда ее начали практиковать, и до 1933 г. во Франции число лиц, заболевших дифтеритом, увеличилось с 11 тыс. до 21 тыс. Общественные интересы были принесены в жертву, а ответственные власти даже не пытались получить минимальную информацию или назначить серьезное расследование".

Результаты борьбы, возникшей между Луи Пастером и Антуаном Бешамом, который был одновременно химиком, фармацевтом и медиком, комментирует доктор Филипп Декур, прежний руководитель Клиники при Парижском медицинском факультете: "Великий Лоррейн, г-н Антуан Бешам остаётся одним из самых великих непризнанных гениев в научной истории. Сообщение декана медицинского факультета г. Монтпелье профессора Мируза, опубликованное в Бюллетене Академии наук и Общества Лоррейна под названием "Инциденты из жизни Антуана Бешама в Монтпелье (1816 — 1908 гг. " (том XVIII, № 1, 1979 г.), не позволяет оценить значимость его работы в истории медицинской науки. Значимым является то, что написал г-н Мируз об отношениях между Бешамом и Пастером: "Выяснение того, кому принадлежит первенство, кажется нам застарелым явлением в нашу эпоху". Однако почему так много говорят о Пастере в наши дни? Почему он продолжает быть примером как в вопросах науки, так и в вопросах порядочности, тогда как Бешам не так уж и часто цитируется, и не случайно ли то небольшое, что говорят, всегда ошибочно? Откроем некоторые словари. Le Grand Larousse XX в. говорит, что Бешам был хирургом (!), что он был профессором "Католического факультета в Монтпелье (1857 год)" (но в Монтпелье никогда не было такого факультета). Эту же ошибку повторяет 10-томный энциклопедический словарь Grand Larousse. Предыдущий словарь добавляет следующее: "Его доктрина, противопоставленная доктрине Луи Пастера, не имела сторонников". Но это же не соответствует действительности. У него было немало сторонников:

- и прежде всего сам Луи Пастер (мы увидим это далее по тексту);
- Клод Бернар (который перед смертью посвятил свои последние эксперименты доказательствам того, что Бешам был прав по отношению к Луи Пастеру);
- Марселлен Бертело (который стал инициатором известного научного спора с Луи Пастером по поводу последних исследований К. Бернара). [38]

Сегодня "сторонников" Бешама насчитывается бесчисленное множество, хотя они и сами этого не осознают. Это происходит потому, что высказанные им более века назад суждения универсальны и по сегодняшний день. Только словарь "Quillet" написал, что он "был противником Пастера". И дальше никакого объяснения. Отдавая должное умело созданной вокруг имени Луи Пастера легенде, подчеркивалось, что Бешам заблуждался и что его труд даже не заслуживает какого-либо исследования. Универсальная Энциклопедия, претендующая на звание "самой полной французской энциклопедии", даже не упоминает его имени. Как энциклопедии переписывают друг друга, не проверяя при этом факты, так и исторические науки приписывают Луи Пастеру бесчисленные научные открытия, которых он не делал. За неимением достаточного места я ограничусь цитированием двух характерных примеров, которые точно описывают эпоху жизни Бешама в Монтпелье и знакомят с двумя важными этапами в истории медицинских наук. Я вынужден, к сожалению, изложить всё очень кратко, однако все необходимые документы можно найти в Международном архиве Клода Бернара. Следует обратить внимание на тот факт, что речь идёт не о простых приоритетах, а о конфликте совершенно противоположных научных концепций, в ходе которых Пастер полностью ошибался на протяжении ряда лет. Можно легко отыскать нужные документы, так как они находятся почти полностью в Бюллетенях Академии наук. Первый пример касается открытия источников появления микробов при инфекционных заболеваниях. В 1865 г. болезнь шелковичных червей, которой животноводы дали название "пембина", охватила юг Франции. Бешам, будучи в г. Монтпелье, исследовал эту болезнь и сделал вывод, что она провоцируется паразитом, который заражает червей, — и это соответствовало действительности. "Пембина, — писал он, —

сначала атакует червя снаружи, а ветер разносит зародыши паразита. Одним словом, болезнь не является врожденной". Однако Луи Пастер, уполномоченный правительством, категорически выступил против подобных утверждений Бешама. Пастер ошибочно утверждал, что речь идет о "врожденной болезни". Что "маленькие тела" (термин "микроб" появился спустя 13 лет), рассматриваемые Бешамом в качестве паразитов, появившихся в результате внешнего заражения, являются всего лишь больными клетками самого червя, "наподобие красных кровяных телец, шариков гноя" и т.д. По его мнению, они не способны к самовоспроизведению и возникли в результате ошибок, допущенных при разведении шелковичного червя. Он совершенно не разобрался с этим явлением и поэтому так выступал против "паразитарной" теории (которая в настоящее время принята всеми). По возвращении он написал министру: "Эти люди (Бешам и его сподвижник Эстор) сошли с ума. Они компрометируют науку и университет своим легкомыслием". В течение пяти лет Луи Пастер настаивал на своих ошибочных выводах. А что говорят об этом сегодня? Словарь французской биографии ("Dictionnaire ate la Biographie française"), солидное и почти официальное издание (напечатанное по конкурсу CNRS - "Национального научно-исследовательского центра"), единственное, которое посвятило Бешаму научную статью, так описывает эту поразительную ситуацию: "Бешам в противоположность Пастеру отрицал наличие паразитов, вызывающих заболевание", однако везде повторяют, что это Луи Пастер открыл паразитарное происхождение пембрины. Факты, как мы видим, подтасованы. Луи Пастеру приписывают те идеи, с которыми, как мы уже смогли убедиться, он вел беспощадную борьбу. А Бешаму приписывают единственную ошибку Пастера или, если быть точнее, все его ошибки, так как они многочисленны. Например, Бешам четко дифференцировал пембрину от флешерии, другой болезни шелковичного червя, причиной которой является ассоциация микробов, которые он подробно описал. На сегодняшний день мы практически ничего не смогли найти нового из того, что он в свое время нам оставил в наследство. А Луи Пастер в который уже раз так ничего и не понял. Нужно только прочитать то, что он написал по этому поводу. Это невероятно! Например, болезнь проявлялась тогда, "когда у червей (конечно, шелковичных) было недостаточным кожное дыхание", и чтобы противодействовать этому заболеванию, необходимо "вызвать у червей испарину". Всякий раз, когда черви болеют пембриной, - писал он, - то она сопровождается в большей или меньшей степени флешерией (тогда как Бешам доказал, что это две совершенно различные болезни). А как считают сегодня? Считают, что это открыл Пастер, который установил различие между этими двумя болезнями шелковичных червей. На самом деле именно он и пугал их между собой и доказывал, что флешерия имеет микробное происхождение. Доказывают, что Бешам не верил в существование микробных болезней. На самом же деле именно он еще задолго до Пастера доказал природу их существования. Имеется еще ряд исторических фактов (легко проверяемых в официальных изданиях), которые были подвергнуты искажению. "Не следует забывать о важности исследований шелковичного червя, потому что они открыли путь для исследований микробного происхождения различных инфекционных заболеваний. К сожалению, исследования в этой области были ошибочно отнесены к основным заслугам Луи Пастера. В действительности же заслуги в этой области принадлежат лоррешскому учёному (то есть Бешаму). [38]

Второй пример относится к не менее значимому открытию "растворимого фермента". В 1867 г. Бешам опубликовал свои курсы лекций, прочитанных ранее на факультете в Монтпелье. Этот замечательный курс содержит в себе результаты исследования ферментации и, в частности, очень важное открытие — "растворимого фермента". "Ферменты" (напомним, что позднее их назовут "микробами") являются, как он писал, живыми организмами. Однако, как он пространно объяснял, не следует смешивать живой организм с субстанциями, которые он вырабатывает и выделяет. Они относятся к чисто химическому порядку и поэтому названы "растворимыми ферментами". Именно о них и идёт речь. Бешам продемонстрировал это на примере алкогольной ферментации. Чтобы избежать путаницы между живыми (так называемыми нерастворимыми) организмами и продуктами их секреции (как их называют растворимыми ферментами), он дал последним родовое имя "зимазы" ("zymoses") (каждый тип микроскопических живых ферментов способен вырабатывать различные зимазы). С этого момента Бешам придавал этим понятиям особенное значение. Тогда как ферменты в классическом понятии "являются организованными, то есть сформированными из клеток с большей или меньшей способностью самостоятельно воспроизводиться и размножаться", в противоположность им зимазы ведут себя как реагенты и их действия имеют "чисто химическую основу". Одним из фундаментальных выводов Бешама является то, что "мутации органической материи, организованной или неорганизованной, по сути своей происходят в соответствии с обычными законами химии". И в качестве вывода: "Здесь нет ничего, кроме химии". Таким образом, Бешам выступил против теории "виталистов", популярной и в настоящее время среди физиологов. Эта теория настаивает на существовании таких жизненно важных феноменов, которые не подчиняются общим законам физики и химии. Клод Бернар настолько проникся теориями Бешама, что посвятил свои последние исследования доказательству их правомерности, однако инфекционная болезнь и смерть преждевременно прервали их. "Как жаль, — заявил он в момент смерти, — что все так быстро закончилось". Действительно, он противодействовал Луи Пастеру, который ошибался в очередной раз. Пастер поддерживал теорию "виталистов", в которую очень долго никто не верил: он настаивал на том, что микроскопические живые ферменты воздействуют не посредством выделяемых ими растворимых ферментов, а посредством исключительно живого воздействия. Молодой д'Арзонваль, последний лаборант К. Бернара, сообщил свои последние размышления известному химику Марселену Вертело, который был согласен с теорией Бешама о существовании растворимых ферментов, что спровоцировало известное противостояние (о нем упоминают во всех историях наук) между Вертело и Луи Пастером. Луи Пастер хотел "подорвать авторитет Бернара" и поэтому заявил после восемнадцати месяцев дискуссии: "Вопрос о растворимом ферменте закрыт, он больше не существует, Бернар заблуждался". Но во все последующие годы ученые не прекращали доказывать, что Бешам справедливо критиковал Пастера, что еще раз доказало одно из его открытий о выделении в отдельную группу микробных токсинов (тип растворимых ферментов). В 1897 г. немецкий ученый Бюхнер повторил исследования Бешама о растворимых алкогольных ферментах (он снова использовал термин "зимаза"). Химическая трансформация токсинов в анатоксины по методу Рамона активно используется в настоящее время для приготовления вакцин и т.д. Теперь можно лишь констатировать, до какой степени фамилия Бешама систематически игнорировалась, а затем была и полностью забыта. Открытие "зимазы" оценивалось настолько высоко, что в небольшом томе, вошедшем в 150-ти страничное издание "Истории биологии от ее истоков до наших дней" (№ 1 коллекции "Что мне известно?" - "Que sais je?"), только две страницы посвящены этому открытию. Однако это важное открытие с 1897 г.

приписывали Бюхнеру. Достаточно открыть словарь Littre, последний том которого был опубликован в 1873 г., и убедиться что термин "зимаза" фигурировал в нём так, как его окончательно сформулировал Бюхнер. Там же можно найти ссылку на сообщение Бешама и Эстора в Академию наук в 1868 г. об этом открытии (которое датировано 1864 г., то есть за 30 лет до публикации Бюхнера). "А ведь своим открытием о зимазах, или растворимых ферментах, когда он утверждал, что в этом процессе нет ничего, кроме химии, он уже выступил против пастеровской виталистской доктрины. Весь мир признает теперь то, что Бешам горячо отстаивал положения своей теории на своих лекциях в Монтпелье, а также в своей книге, опубликованной в 1876 г. Однако уже тогда были подтасованы исторические факты: Бешаму приписывали ошибки Пастера, а об ошибках последнего исследователи целомудренно умалчивали. Понятно, что речь не о простой борьбе за право первенства. А речь идёт о научном противостоянии по фундаментальным проблемам медицины" (Опубликовано в "Бюллетене Академии и Общества наук Лоррейна", том XIX, №4, 1980 г.).

Страницы истории вакцинопрофилактики: реальность и мифы. Начало главы. [5]

Знакомство в общих чертах с манипуляцией вакцинации далеко недостаточно для того, чтобы сделать врача способным выполнить оспопрививание; врач должен обладать точным знанием его, и я настаиваю на этом. Эд. Дженнер.

От заветов Дженнера до "дьявольского упорства ВОЗ"...

Взяв содержимое из образовавшихся везикул-пузырьков на пальцах доильщиц коров, Дженнер ввел инокулят восьмилетнему мальчику и... своему сыну (последний факт мало известен даже специалистам). Спустя полтора месяца заразил их натуральной оспой. Дети не заболели. Этим историческим моментом датируется начало вакцинации - прививок с помощью вакцины.

Оспа с глубокой древности была распространенным заболеванием в Индии и Китае. Любопытно, что оспа, подобно кори и скарлатине, была преимущественно болезнью детского возраста, и еще в начале XIX века в медицинских изданиях её называли "детской оспой". В той глубокой древности установлено, что даже во время грозных эпидемий заболевал оспой или чумой только определенный процент людей. Кроме того, однажды переболевшие гарантированы от повторных заболеваний. Из подобных наблюдений возник обычай прививок натуральной оспой - вариоляция (от латинского "оспа" - variola). Вариоляцию проводили в разной форме: вводили здоровым детям оспенные детриты, надевали рубашки с оспенных больных. Брамины, проводившие прививки более цивилизованно - в особых условиях определённой стерильности - делали неглубокие надрезы на предплечьях, вводя в ранки содержимое папул (везикул - оспенных пузырьков). По прошествии определенного времени подвели итоги результатов такой методики прививок. Оказалось, что благодаря этой процедуре распространенность натуральной оспы резко возросла. Создалось положение, которое называли "оспенным бедствием XVIII столетия", и вариоляция была отменена - "оставлена всем образованным миром, запрещена даже законами". То, что сделала Екатерина II в 1768 г., привив оспу себе и будущему Императору Павлу, для чего был вызван из Англии знаменитый оспопрививатель доктор Димсталь, тоже была вариоляция - прививка натуральной оспы способом "от руки к руке". Такая прививка была небезопасной, но вакцины, как таковой, еще не существовало. По сведениям одних историков, оспенный материал для Екатерины "был взят у семилетнего мальчика Данилова, получившего впоследствии от Императрицы дворянское звание и фамилию "Оспенный"", по сведениям других - у кадета морского корпуса Басова. Но как бы там ни было, в данном случае прививка - вариоляция прошла без каких-либо неприятных последствий.

Дженнер не изобретал вакцину! Он усовершенствовал метод, о котором знали за 800 лет до Рождества Христова, о чём свидетельствует книга "Sancteya grantham". Да и сам Дженнер не скрывал и постоянно упоминал в своих публикациях о предшественниках: "о не заболевании доильщиц я впервые услышал от одной крестьянки горной Шотландии", - цитирует Дженнера профессор Н. П. Гундобин. Этот случай - один из тех счастливых, когда Мать-Природа помогла создать "новую натуральную науку", что можно сравнить с событиями значительно более поздними - получением Флемингом пенициллина из плесени. Но Дженнер считал, что риск введения живой инфекционной субстанции здоровому человеку, тем более - детям, был очень велик. Поэтому к своему "звездному часу" - к поединку со страшной болезнью шёл почти 30 лет. В то время считали ещё, что возбудителем оспы является... бактерия, а не вирус. Вирусы, как совершенно новая группа возбудителей инфекционных болезней, были открыты только спустя 100 лет (1892 год) российским ботаником Д. И. Ивановским.

Сам Дженнер, как упоминалось выше, относился к прививкам осповакциной как к серьёзной биологической операции, настаивая на том, чтобы "врачи были основательно знакомы с правильным течением коровьей оспы у человека, не упрощая эту хирургическую операцию, строго соблюдая правила асептики...". Сторонники Дженнера также напоминали почти 100 лет спустя: "Весьма естественно, что для решения вопроса о пользе оспопрививания необходимо решить сначала известные санитарно-гигиенические требования", ибо: "Оспопрививание должно быть для практических врачей делом чести. Простой укол настолько же заслуживает внимания врача, насколько другие хирургические операции". К сожалению, давным-давно забыты не только эти, но и другие многочисленные заветы Дженнера и его последователей, как то: не проводить оспопрививание, если существует угроза вспышки или эпидемии других инфекционных ("заразных") болезней; не прививать детей в первые недели жизни, а также со "слабо развитым подкожно-жировым слоем".

Таким образом, благодаря гениальной наблюдательности (!!!) Дженнера великий дар природы - естественно ослабленный (аттенуированный) через организм животного - коровы - вирус натуральной оспы был предложен в качестве вакцины. В то время такое средство ещё долго было единственным видом защиты против всего лишь одной инфекционной болезни. Несмотря на это и первые обнадеживающие успехи, категорические противники прививок не принимали эту помощь как массовое средство защиты даже на случай эпидемий. Они, в частности, утверждали, что "вследствие оспопрививания ослабляется организм настолько, что грозит нарастанию слабых, болезненных поколений, что средняя продолжительность жизни человека уменьшится, а также через осповакцину передается сифилис, чахотка, золотуха, английская болезнь, рожа и т.п." Многие из предположений, к сожалению, имело место уже в те времена, немало прогнозов подтверждается и теперь, особенно при использовании живых вакцин - таких, какой была осповакцина. Нам бы вспомнить всё это и прислушаться...

В конце XIX века (1881 г.) произошло еще одно событие в иммунологии - открытие принципа искусственного создания вакцин. Принадлежит оно французскому химику Луи Пастеру, доказавшему возможность экспериментальной разработки способа аттенуации исходных свойств возбудителей инфекционных болезней для последующего получения живых вакцин. Изучая свойства возбудителя куриной холеры, Л. Пастер установил, что в определённой дозе эти бактерии очень быстро убивают кур. Но... однажды, прервав свои исследования, Пастер уехал отдыхать. Культуру куриной холеры оставил при комнатной температуре в лаборатории. Вернувшись, продолжил исследования с забытой - "постаревшей" бактериальной суспензией. Чтобы проверить её активность, он ввёл "забытые" бактерии курам. Птицы остались здоровыми и даже не заболели. Проверив свежую культуру холеры, Пастер ввёл её чистым курам и тем, которые раньше получили "состарившуюся". Чистые - контрольные куры погибли, а предварительно "иммунизированные" забытыми бактериями - выжили. Начиная с этих опытов, путём искусственного ослабления возбудителей инфекционных болезней, Пастер получил несколько видов живых вакцин, среди них - против сибирской язвы, против бешенства. Бешенство - не менее страшное заболевание, чем оспа, поскольку заканчивается и теперь чаще всего смертью после укуса больными или хронически инфицированными собаками, лисами, волками, летучими мышами и некоторыми другими животными. Подтвердив многократно свою идею в экспериментах на животных, Пастер, как и Дженнер, долго не решался применять изготовленную вакцину против бешенства на человеке, укушенном больным животным, т.е. возможно уже на заболевшем человеке. В данном случае этот биопрепарат используется с лечебно-профилактической целью, спасая от заболевания бешенством после укуса - привнесения инфекционного агента. Суть в том, что восприимчивый человек заболевает в том случае (если животное инфицировано), когда вирус бешенства проникает через раны - места укуса - в клетки центральной нервной системы - в мозг: путь не короткий и требует немалого времени. Инкубационный (скрытый) период для развития этого инфекционного процесса гораздо продолжительнее, чем при многих других вирусных инфекциях, и может продолжаться несколько недель и даже месяцев. Именно это "счастливое" обстоятельство и имел в виду Л. Пастер: успеть "перегнать" развитие заболевания, мобилизовав мощные защитные силы организма с помощью прививки, преградив путь продвижения вируса к мозгу. Увы, далеко не всегда и сейчас вакцина даже в комплексе со специфическим иммуноглобулином (готовыми антителами против вируса бешенства) помогает стопроцентно. Инкубационный период в данном случае зависит, кроме того, и от места укуса (как близко от головы), поэтому-то вакцина на определённом этапе может работать как терапевтическое средство.

Пастеру было трудно приступить к спасению уже, возможно, инфицированных пациентов (!), начать эксперимент на людях, нуждающихся в помощи... Пастер рискнул, и в 1885 г. спас первого мальчика, искушенного бешеной собакой. Кроме этого, широко известен случай о спасении Пастером нескольких российских крестьян, побывавших в зубах у бешеного волка. Эти крестьяне разыскали Пастера, явившись к нему в лабораторию... из царской России во Францию! Успех Пастера всколыхнул всю мировую общественность. После происшедших событий на деньги, собранные по международной подписке, был создан Пастеровский институт, существующий во Франции и поныне, положивший начало открытию "пастеровских центров" в большинстве стран мира. Очень увлекательно пишет Поль де Крюи (де Крайф) об этих и других событиях, происходивших до 1950 г. в микробиологии и иммунологии того уровня в своей книге "Охотники за микробами". Уместно, наверное, вспомнить и о том, что второй страной, открывшей пастеровскую станцию, была Россия. Когда стало известно, что вакцинация по методу Пастера спасает в некоторых случаях от бешенства, один из энтузиастов внёс в Одесское общество микробиологов тысячу рублей, чтобы на эти деньги был направлен в Париж врач для изучения опыта Пастера. Выбор пал на молодого доктора Н. Ф. Гамалею, который позже - 13 июня 1886 г. сделал в Одессе первые прививки двенадцати укушенным. Риск при использовании живых вакцин, создающих состояние "малой болезни" - хронической инфицированности, был и остается по сей день. Не являлась исключением и живая вакцина против бешенства, в связи с чем уже несколько десятилетий готовится убитая - инактивированная антирабическая вакцина.

Вакцино-сывороточное производство развилось особенно интенсивно в XX веке, превратившись в крупные научно-промышленные комплексы и фирмы. А идею Пастера - искусственную аттенуацию (ослабление инфекционных свойств) возбудителя, в модифицированном варианте использовали Кальметт и Герен (A. Cflmette, C. Guerin), создав в 1920 г. живую антибактериальную вакцину BCG (бацилла Кальметта и Герена) - против туберкулёза, которая также вызывала и продолжает вызывать сомнения и нарекания, ничуть не меньшие, чем другие живые вакцины. [5]

К наиболее значимым событиям XX века в изготовлении вакцин следует отнести создание в 50-е годы препаратов против вирусов полиомиелита I, II, III типов. Как известно, "привилегия" заболевания полиомиелитом принадлежит только человеку, чаще - детям. Убитая вакцина изобретена доктором Джонасом Солком (Salk), о чем упоминалось здесь раньше, а другая - живая против полиомиелита - тоже американским вирусологом Альбертом Сейбином (Sabin).

Самое важное в производстве противовирусных вакцин, как и самого культивирования клеток: строжайшее соблюдение асептических стерильных условий работы (подобно проведению любой хирургической операции!). В данном случае совершенно недопустимо дополнительное введение антибиотиков, разнообразных биоцидов и прочих антибактериальных химических веществ на случай подстраховки стерильной работы, как это практикуется при изготовлении всех отечественных антибактериальных вакцин.

Экспериментальные животные - да. Но... они не информировать о своих ощущениях. Общеизвестно и другое: в организме животных многое проявляется иначе, нежели в организме человека, тем более - в детском организме. Всегда требовался и продолжает быть необходимым эксперимент на человеке! Н.Ф. Гамалея испытал первую вакцину против холеры, полученную в России, на себе (1902-1905 гг.). Дж. Солк, прежде чем приступить к экспериментам "на ограниченном контингенте детей", сделал прививки трём своим сыновьям. Спустя некоторое время производство полиовакцины было поручено крупным фармацевтическим фирмам Америки. А. Сейбин вакцинировал своих дочерей. В этом случае, с моей точки зрения, нужна была особая стойкость отца, человека, учёного и абсолютная уверенность в безукоризненности всех предварительных экспериментов *in vitro* и на обезьянах. Решалась судьба здоровых детей при введении им ослабленного (аттенуированного), но живого (!) полиовируса. М. П. Чумаков и А. А. Смородинцев после создания вакцины в СССР многократно ставили эксперименты на себе. Но, как уже говорилось, болеют полиомиелитом в основном восприимчивые дети. Исходя из этого, Смородинцев решился, казалось бы, на невероятное: ввёл вакцину своей внучке... Всё обошлось благополучно. Полной драматических ожиданий была последующая вакцинация детей сотрудников московского и

ленинградского институтов, по сути, являющаяся продолжением эксперимента. Ни один ребёнок не заболел. Страницы истории проверки живой вакцины против полиомиелита завершились широкомасштабной вакцинацией детей некоторых республик бывшего СССР.

Как отмечалось ранее, к массовому использованию вакцин врачи повсеместно относились очень неоднозначно, а некоторые из них уже 100 лет назад считали: "Оспопрививание употребляется скорее как укоренившаяся привычка, обычай, чем рациональный метод предохранения рода человеческого от натуральной оспы". Различные взгляды на применение прививок сказались и на самой системе их существования. Так, во Франции, самой бюрократической стране, право вакцинироваться было предоставлено, тем не менее на личное усмотрение граждан. Подобный порядок господствовал в Италии, Бельгии, Голландии и других странах. А вот в Англии с давних пор был установлен закон об оспопрививании детей в течение первых трёх месяцев после рождения. И всё-таки "трёх месяцев", а не на третьи сутки после рождения! В Японии законодательно - обязательное оспопрививание предусматривалось только на случай возможной эпидемии. В Швейцарии и по сей день в каждом кантоне, как и в каждом штате США, свои порядки, а с XVIII века в Швейцарии "обязательность прививок отменена народом".

В России вакцинация введена в 1801 г. в царствование императора Павла I. При этом "проект как обязательный в России не получил утверждения..., только в некоторых земских губерниях допущена условная обязательность". А в журнале "ВРАЧ" за 1902 г. читаем: "В Миниаполисе [Миннеаполис] (Сев. Америка) произведена насильственная прививка против оспы. Какими бы благими намерениями ни руководствовалось врачебное управление города, но прибегать к насильственным мерам недостойно для врачебного сообщества... Мы уверены, что среди русских врачей нельзя было бы найти ни одного, у кого бы поднялась рука для производства в этом случае насильственного укола". В нашей стране всё резко изменилось в этой области с ленинского декрета об оспопрививании в 1919 г. Совершенно очевидно, и в данном случае провозглашалась идеология "всеобщего равенства" при осуществлении плано-массового охвата, исходившая из противостояния победившего нового побеждённому старому: уничтожение индивидуальности, что происходило не только в сфере прививок. Жёсткое планирование "декретированного охвата" требовало столь же ускоренного и усечённого подхода при осуществлении планов, что со временем превратило, пожалуй, три поколения советских врачей-вакцинеров в людей, оказывающих малоэффективную и безнравственную "помощь". Ни одно государство не может "похвастаться" тотальным охватом прививками, кроме нашего: "Советский Союз всегда занимал ведущее место в мире по массовости планового использования вакцин..., что является оригинальностью нашей позиции". Вторят высказываниям бывшего главного санитарного врача СССР его подчинённые, управляющие санэпиднадзором в настоящее время: "Вводя полную иммунизацию детей, мы брали на себя большую ответственность - в мире нигде такого не было. Приоритет в этом принадлежит СССР". В СССР, по официальным сведениям, оспу "победили" к 1936 г... Тем не менее, тотальная вакцинация не прекращалась ещё 45 лет (!), до победы над оспой... в Африке. Продолжалась, несмотря на многообразие поствакцинальных осложнений - на центральную нервную систему, и на летальные исходы.

Трудно ориентироваться на какую-то страну, тем более на "весь мир": календари прививок в каждой стране свои. Однако представляются небезынтересными сведения, например, о США: по одним данным, оспопрививание было прекращено 60-е годы XX века, по другим - проблема оспы была решена уже к 1822 г. В России, как уже отмечалось, до 1919 г. тоже не стремились к "полной иммунизации" - "охвату всех подряд". [5]

Во многих государствах действуют общественные ассоциации, помогающие решать конфликтные ситуации между чиновниками и родителями, отказывающимися от массово-календарных прививок своих детей. В ассоциациях работают специалисты разных дисциплин: микробиологи (вирусологи и бактериологи), иммунологи, педиатры, генетики, психологи, а также юристы, педагоги и молодые родители. Такие организации помогают родителям, подросткам и взрослому населению в принятии обоснованного, грамотного решения об осуществлении вакцинации или об отказе от неё, а также информируют о фактической санитарно-эпидемиологической обстановке в конкретном регионе и организованных учреждениях: в школах, детских садах и т.д. Например, в США такой организацией является Американская ассоциация естественной гигиены, во Франции - Национальная лига за освобождение от прививок, которые действуют в полном соответствии с существующими законами о добровольности медицинского вмешательства в организм конкретного ребёнка.

Историко-аналитическая справка о проблемах прививок.

1. Хроника ВОЗ, 1965, № 3, с. 86: В редакционном обзоре по современным проблемам иммунологии особое внимание уделено постановке "жизненно важного вопроса о том, что прививки могут являться непосредственно или потенциально вредными для организма человека, поскольку проводятся интенсивные и длительные курсы, начинающиеся с раннего детства до юношеского возраста. Подобным образом вопрос поставлен в итоге всестороннего обсуждения в 1964 г. важнейших разделов общей и прикладной иммунологии ведущими специалистами пяти комитетов экспертов ВОЗ. Вопрос практически отождествляется с наличием прививочных побочных реакций и осложнений".

2. Из официальных документов ВОЗ № 252, 1981, с. 174: "Никакая программа по профилактике инфекционных болезней и их лечению не даёт успеха без всесторонней поддержки эффективного эпидемиологического надзора... недостаточный эпидемиологический надзор способствует возникновению эпидемий...".

3. Бюллетень ВОЗ, 1981, т. 59, № 3, с. 218: "Надежды на то, что инфекционное заболевание может быть побеждено с помощью вакцин, направленных против этого возбудителя, оказались слишком упрощёнными, связанными в первую очередь с природой, свойствами и меняющимися характеристиками возбудителей".

4. Бюллетень ВОЗ, 1984, т. 62, № 3, с. 18: "Разработка универсальных рекомендаций по иммунизации детей не представляется возможной или желательной. Каждая страна должна сформулировать свои собственные принципы, основанные на рекомендациях многопрофильной консультативной группы. Для разработки национальной политики необходимы: практическая оценка риска заболевания, а также экономических выгод и возможных опасностей, связанных с иммунизацией... ни одну вакцину нельзя считать абсолютно безопасной в плане появления побочных реакций".

5. Кравченко А. Т. (микробиолог, профессор, бывший директор ГНИИСК им. Л. А. Тарасевича МЗ СССР). Роль аллергии в реактивности организма на введение биологических препаратов // Вестник АМН СССР, 1964, т. 10, с. 52: "Возникает необходимость глубокого изучения причин, вызывающих поствакцинальные осложнения. Рассмотрены три группы

осложнений. Кроме того, речь идёт об инструкциях по применению препаратов, в которых тщательно оговорены противопоказания к применению вакцин. Списки этих противопоказаний очень обширны; составлены они на основании наблюдения практических врачей".

6. Носов С. Д. (инфекционист-клиницист по проблемам детской инфекционной патологии, академик АМН СССР) Влияние профилактических прививок на детский организм // В сб.: "Материалы научной конференции Института Педиатрии АМН СССР", 1966, с. 6: "Прививочные календари должны дифференцироваться в зависимости от местных условий различных республик нашей страны. Календарь не может быть стабильным на длительный срок и должен меняться и корректироваться в связи с ликвидацией опасностей отдельных инфекций и необходимостью включения новых прививок. Необходимо с наибольшей полнотой изучать: отрицательные влияния прививок на физиологические функции организма, на различные интимные процессы, происходящие в нём; возможность подавления в результате иммунизации неспецифической резистентности организма и специфического естественно-приобретенного иммунитета к различным инфекциям".

Носов С. Д. Инфекционные болезни у детей в прошлом и настоящем. (Клинико-эпидемиологические аспекты эволюции инфекционных болезней). Л.: Медицина, 1980: "Анализируются значительные изменения в эпидемиологии и клинике, происшедшие за последние 50 лет, с инфекционными болезнями, свойственными главным образом детскому возрасту: при коклюше, дифтерии, скарлатине, стафилококковой инфекции, сальмонеллёзе, дизентерии, вирусном гепатите В, энтеровирусных инфекциях и др. Отрицательное влияние загрязнения внешней среды на здоровье населения создаёт новые взаимоотношения между организмом человека и патогенными микроорганизмами - это следует учитывать при использовании вакцин... В настоящее время на одного больного дифтерией приходится десятки и сотни здоровых носителей... это дифтерия привитых... среди привитых заболевают дети, в силу каких-то обстоятельств не выработавшие после вакцинации иммунитета, главным образом те, у которых он истощился... возможно, имелось какое-то иммунодефицитное состояние".

7. Здродовский П. Ф. (эпидемиолог, иммунолог, академик АМН СССР). О побочных реакциях вакцин // Сборник трудов НИИ детских инфекций. Л., 1969: "Проблема побочных реакций вакцин, с одной стороны, касается реакций, непосредственно проявляющихся сразу после прививки, с другой - включает потенциальную опасность, угрозу отдалённых последствий...". Здродовский П.Ф.// Педиатрия, 1975, № 1: "Объективно выявляющаяся возможность патогенетического значения прививочной аллергии требует тщательного эпидемиологического обоснования массовых прививок, а также особо повышенной требовательности к качеству применяемых препаратов и, прежде всего, к их безвредности... хотелось бы отметить ещё одно "досадное" обстоятельство, которое бытует среди медиков в оправдание побочных прививочных реакций, что при достаточной эффективности вакцин можно пренебречь их реактогенностью. Такого рода рассуждения служат лишь маскировкой для плохой работы и должны встречать категорические возражения".

8. Брагинская В.П., Соколова А.Ф. (Институт Педиатрии РАМН). Активная иммунизация и профилактика поствакцинальных осложнений у детей. М.: Медицина, 1977, 1984, 1990. Сообщается об "обилии поствакцинальных осложнений", в основном на БЦЖ и АКДС с учётом того, что их наблюдения в клинике касаются исключительно тех случаев, когда "скорая помощь" привозит к ним детей в крайне тяжёлом состоянии:

- "до настоящего времени отсутствует должный учёт поствакцинальных осложнений" (1984, с. 7; 1990, с. 120);

- "если принять массовость проводимых вакцинаций, то даже небольшой процент поствакцинальных осложнений может составить значительную цифру" (1984, с. 7);

- "Следует иметь в виду, что ареактогенных вакцин не существует и вакцинация является далеко не индифферентным в смысле общего влияния на организм вмешательством..." (1984, с. 18);

- "Анализ неврологических осложнений после иммунизации АКДС на современном этапе, проведённый в сравнении с наблюдениями прошлых лет, свидетельствует о том, что характер этих осложнений в последние годы не претерпел существенных изменений... число больных с поствакцинальными осложнениями (ПВО) после иммунизации АКДС за все 23 года наблюдений не имеет тенденции к снижению, и характер их остаётся прежним, что говорит о том, что реактогенность применяющейся в практике АКДС пока не уменьшилась... в последние годы осложнения после иммунизации АКДС вышли на первое место в структуре поствакцинальных осложнений..." (1990, с. 115-117); "В аспекте иммунизации важно иметь в виду, что детям, страдающим иммунологической недостаточностью, особенно дефицитом клеточного иммунитета и комбинированными иммунологическими дефицитами, противопоказаны прививки живыми вакцинами. Сама по себе вакцинация живой вакциной (БЦЖ, против кори, паротита, полиомиелита и др. - Г. Ч.) является своего рода скринингом так как позволяет выявить детей с поствакцинальными осложнениями подозрительных на иммунодефицитное состояние" (1984 - 1990 гг., с. 16). [5]

9. Инструкция по взятию материала для патоморфологического изучения летальных случаев поствакцинальных осложнений. М.: МЗ СССР, 1980.

10. Сборник резолюций и решений Всемирной ассамблеи здравоохранения ВОЗ, т. 2, 1980: "ВОЗ рекомендует продолжить осуществление программы иммунизации и эпидемиологического надзора за некоторыми или всеми из следующих болезней: дифтерии, коклюша, столбняка, кори, полиомиелита, туберкулёза... в зависимости от необходимости и в соответствии с эпидемиологической ситуацией в каждой стране...".

11. Хроника ВОЗ, 1981, т. 35, № 3, с. 134: "Рекомендуется переход от массовой вакцинации к эпидемиологическому надзору и стратегии противоэпидемических мероприятий...".

12. ВОЗ - Действие служб общественного здравоохранения в чрезвычайных ситуациях, вызванных эпидемиями. Под ред. П. Бреса - бывшего руководителя секции вирусных болезней и составителя этого документа (1986-1990 гг.). В предисловии к русскому изданию он пишет:

"Эпидемия всегда означает своего рода вызов руководителям службы здравоохранения. Успешное решение и осуществление ею противоэпидемических мероприятий требует определённой степени готовности к таким ситуациям, которая не может быть импровизированной";

с. 6-7: "Было бы ошибкой считать эпидемией ещё нераспознанную эндемическую ситуацию или просто сезонный подъём заболеваемости...";

- с. 123: "группы требуют иммунизации, если серологические и эпидемиологические данные не определяют другую тактику... в этих условиях преимущество в проведении вакцинации состоит в том, что нет необходимости исследовать индивидуальный иммунный статус...
- с. 124: "эффективность иммунизации включает процент охвата населения, частоту сероконверсии и титры антител до и после иммунизации...";
- с. 125: "Противопоказания к иммунизации. Противопоказания могут быть общими (хронические болезни сердца, лёгких, нервной системы или почек) или специфическими к данной вакцине. Введение живых вакцин противопоказано лицам с иммунологической недостаточностью и беременным".
13. Всемирный форум здравоохранения, ВОЗ, 1989, т. 9, № 4:
- с. 66: "Подход "одна проблема - одно решение" несостоятелен, о чём свидетельствует полная невозможность борьбы против какой-либо болезни с помощью единичных мероприятий... в кампании с оспой ситуация изменилась коренным образом благодаря не только техническим новшествам, но новой ориентации, стратегии - на выявление случаев болезни и вакцинации контактов, а не групп населения в целом...",
- с. 87: "Первоначально, действительно, господствовала точка зрения, будто кампании вакцинации достаточно для победы над оспой. Неадекватность такого подхода стала очевидной, как только приступили к реализации программы... важнейшими направлениями стали: идентификация групп риска, определение роли трупоб как постоянного источника инфекции... учёт наиболее существенных аспектов контроля над оспой - этнических, социальных, климатических, географических и других условий, присущих разным странам...".
14. Всемирный форум здравоохранения, ВОЗ, 1989-1990, т. 10, № 3-4: "Иммунизация относительно мало способствовала повышению сопротивляемости инфекции, и не потому, что была неэффективной, а потому, что снижение смертности наблюдалось в тот период, когда уровень охвата иммунизацией был довольно низким... смертность от многих инфекционных болезней снизилась до довольно низкого уровня - показателей по другим причинам - благодаря улучшению питания и санитарно-гигиенических условий в индустриальных странах и только питания в странах третьего мира - ещё до широко проводимых программ иммунизации...".
15. Бюллетень ВОЗ, 1990, т. 68, № 5, с. 16: "Точная диагностика активного туберкулёза имеет важное значение в борьбе с этой болезнью в районах с высокой и низкой заболеваемостью, а также для обеспечения благополучия отдельных больных. Несмотря на огромное число исследований, выполненных со времён Роберта Коха, мы всё ещё не располагаем простым, чувствительным тестом, который позволял бы отличать большинство или всех больных активной формой туберкулёза от больных неактивным туберкулезом, от лиц, ранее вакцинированных БЦЖ..."; "недостатки туберкулиновой пробы как средства диагностики хорошо известны"; с. 19: "...даже в высокоэндемичных районах распространённость туберкулёза среди населения в целом составляет всего лишь 1%...".
16. Бюллетень ВОЗ, 1990, т. 68, № 1:
- с. 46: "Ежегодный риск инфицирования точно не может быть известен, если проводится вакцинация БЦЖ без предварительной постановки туберкулиновой пробы... БЦЖ-вакцинация не облегчает такие подсчёты";
- с. 47: "Несмотря на широкое применение вакцины БЦЖ в Бразилии никогда не оценивали обеспечиваемого ею иммунитета (ситуация, аналогичная нашей - Г. Ч.);
- с. 67: "Частота связанных с БЦЖ побочных реакций коррелирует с типом препарата... к другим факторам, играющим важную роль в развитии связанных с вакцинацией реакций, относятся дозы, способ введения и особенности реципиента".
17. Всемирный форум здравоохранения, 1985, т. 5, № 3, с. 74: "Риск развития неблагоприятных реакций на вакцину БЦЖ зависит от штаммов БЦЖ, используемых различными фирмами-изготовителями, дозы, возраста ребёнка, метода иммунизации и квалификации вакциниатора..."; "частота случаев туберкулёзного остита среди детей после вакцинации БЦЖ колеблется от 1 до 30 случаев на 1 млн. привитых, что, как правило, обусловлено серьезными нарушениями клеточного иммунитета". "Ни в бывшем СССР, ни в теперешней России не проверяется состояние клеточного иммунитета ни до, ни после прививок живыми вакцинами... поэтому-то и происходит "скрининг" иммуноослабленных детей посредством БЦЖ-вакцины, что приводит к детской инвалидизации - оститам - нарушениям опорно-двигательного аппарата, о причинах которых никто и не догадывается. [5]
18. Бюллетень ВОЗ, 1988, т. 66, № 1, с. 70: "Оценка эффективности вакцины в районе её применения особенно полезна в тех случаях, когда несмотря на расширенный охват населения иммунизацией, данные эпидемиологического надзора свидетельствуют об отсутствии существенного снижения заболеваемости...".
- Исторические сведения можно приводить до бесконечности, обсуждая вопросы "как надо" и "как должно быть". В Справке я не привожу ничего неизвестного, ничего такого, о чем не было бы сказано поныне, что "не было бы в уме и не было бы в ощущении" специалистов - "Nihil in intellectu quod non ante in sensu". Устаревшая, прогнившая материальная база предприятий-изготовителей отечественных вакцин (кроме ИПВЭ) изначально настолько не соответствовала требованиям времени, что все наши "успехи" выглядели обыкновённым абсурдом и... фальсификацией. В нашей стране никогда не проводилась, да и сейчас не проводится "оценка эффективности вакцин". В связи с этим никогда не была известна фактическая защищённость - иммунная прослойка к конкретной инфекционной болезни, обусловленная прививками. Диагностические иммунологические - "противоинфекционные службы" развивались "успешно" на бумаге - в отчётах и приказах, а на практике они остаются "перспективной" необходимостью. Отсутствие профессиональной организации противоинфекционной службы и вакцинологии сказывается негативно и на качестве вакцин (предприятия находятся в антисанитарном состоянии), и на эффективности прививок (отсутствует проверка защиты с их помощью), следовательно, на здоровье детей: "Несмотря на массовое проведение профилактических прививок... в последние годы в СССР отмечается увеличение заболеваемости дифтерией, на некоторых территориях формируются очаги групповых заболеваний, регистрируются осложнения и летальные исходы"; "причины летальных исходов не изменились и остаются теми же, что на заре иммунопрофилактики... несвоевременная диагностика, поздняя госпитализация больных...". Это написано в 1986 г. по материалам, анализируемым в течение предыдущего десятилетия, т.е. с 1974 по 1986 г. Вроде бы в эти годы не было никаких

социальных потрясений, но и достижениями вряд ли можно похвастаться... не было ещё и моей публикации, которая появилась лишь в 1988 году!

Полиомиелит официально "победили на территории СССР с помощью прививок восприимчивого контингента лиц... и к 1961-1964 годам полиомиелит исчез вовсе". На самом деле другие представленные "материалы свидетельствуют о наличии непрекращающейся циркуляции вируса полиомиелита в условиях многолетней массовой иммунизации живой вакциной Сэйбина, что наблюдается на разных территориях".

Туберкулез так же "не уходил" с территории Советского Союза, несмотря на самый жёсткий охват детей в роддомах "всех подряд из-за удобства с организационной точки зрения". Е. И. Чазов в свою недолгую бытность министром здравоохранения СССР признавался через СМИ: "Через шесть месяцев после своего назначения я написал в Политбюро письмо о санитарно-гигиеническом состоянии страны. Думаю, что многие члены Политбюро именно из этого письма впервые узнали о тяжелейшем положении, сложившемся в этой области... Сказать, что все приветствовали такую откровенность - значит погрешить против истины". Когда мы впервые рассказали в СМИ об отсутствии условий изготовления безопасных вакцин в нашей стране, то агрессивность чиновников не имела предела. Наряду с этим, всё, о чём мы говорим в СМИ с 1988 г. - о нашем катастрофическом отставании в этой области, - подтверждено Федеральной программой "Вакцинопрофилактика" на 1993-1997 гг., в которой перечисляются все наши беды: "Материальная и техническая оснащённость предприятий по изготовлению медицинских иммунобиологических препаратов неудовлетворительная и, как следствие, существующие режимы производства вакцин не соответствуют не только международным требованиям, но и установленным для Российской Федерации санитарным нормам. В стране отсутствует промышленное производство технологического оборудования для выпуска вакцин на современном уровне, существуют проблемы со снабжением импортными реактивами, питательными средами, лабораторными животными, отмечается низкое качество ампулирования;

- серьёзную проблему представляет нестабильность качества вакцин;

- на низком уровне осуществляется контроль качества выпускаемой продукции;

- до сих пор не созданы должные условия транспортирования и хранения вакцин... отсутствует холодовая цепь поставки вакцин;

- медленно внедряются современные технологии эпидемиологического надзора за инфекционными болезнями;

- недостаточна подготовка медицинских работников по этой проблеме;

- необходимо разработать и создать медико-иммунологические и санитарные правила вакцинопрофилактики (в конце XX века! Чем же вакцинируем наших малышей?!! - Г. Ч.);

- необходимо создать информационно-аналитическую систему эпиднадзора и поствакцинальных осложнений..." и т.д. - в конце XX века пытаемся лишь создать!!!

"Низкое качество ампулирования вакцин" - в то время, когда уж лет 30 не пользуются ампулами, а готовят вакцины в одноразово применяемых "дозах-шприцах"! А у нас "пилят" эти самые ампулы медсестры, когда вакцинируют БЦЖ-вакциной (с которой предусмотрено осторожное обращение как с инфекционным агентом)... в родовспомогательных учреждениях. Страну не захлестнули инфекционные болезни только за счёт того, что в последние полвека не могло быть тех эпидемий, которыми характеризовались времена Дженнера и Пастера.

Такова история прививок в нашей стране. Отсутствие безопасных вакцин, а также резкое ухудшение здоровья детей России, начавшееся с 60-х годов XX столетия, привели к "обилию поствакцинальных осложнений". Несмотря на 200-летнее существование необъятного количества специальной литературы по инвалидности после прививок, в нашей стране наличие поствакцинальных осложнений получило официально-законодательное признание лишь теперь - с 1998 г. Вместе с тем, пока еще далеко не всем родителям и врачам известно, что детская инвалидность, например, нарушение опорно-двигательного аппарата или функций почек и ещё многое другое, может быть следствием неграмотного осуществления вакцинации...

Официальная история [27, 30].

ВЕХИ ИСТОРИИ

1100	Первые упоминания о прививании против оспы в Китае
1721	Прививание против оспы вводится в Великобритании
1796	Эдвард Дженнер сделал прививку против коровьей оспы и ввел слово "вакцинация" ("vacca" - корова по-латыни)
1798	<u>Вакцинация против оспы</u>
1870	Луи Пастер изготовил первую живую бактериальную вакцину (против куриной холеры)
1884	<u>Луи Пастер изготовил первую живую вирусную вакцину (против бешенства)</u>
1885	Пастер впервые использовал вакцину против бешенства на человеке
1896	Созданы вакцины против брюшного тифа, холеры и чумы
1909	Смит открыл способ инактивации дифтерийного анатоксина
1909	Calmet и Guérin изобрели БЦЖ, первая живая бактериальная вакцина для человека
1923	Начало использования вакцины против дифтерии на человеке
1926	Начало использования вакцины против коклюша на человеке
1927	Начало использования вакцины БЦЖ на человеке

1927	Начало использования вакцины против столбняка на человеке
1933	Goodpasture описал методику получения культуры вирусов на куриных эмбрионах
1935	Начало использования вакцины против желтой лихорадки на человеке
1936	Создана вакцина против гриппа
1939	Создана вакцина против клещевого энцефалита
1949	Enders с коллегами выделили полиовирус
1951	Создана вакцина против бруцеллеза
1954	Enders выделил вирус кори
1955	Лицензирована инактивированная полиомиелитная вакцина
1957	Создана вакцина АКДС
1958	Создана живая вакцина против полиомиелита (ОПВ)
1961	Получена линия человеческих диплоидных клеток
1963	Лицензирована коревая вакцина Лицензирована трехвалентная оральная полиомиелитная вакцина
1966	<u>ВОЗ объявила программу искоренения оспы</u>
1967	Начало вакцинации против паротита
1970	Начало вакцинации против краснухи
1971	Создана тривалентная вакцина против кори-паротита-краснухи
1972	Создана вакцина против менингита
1976	Создана конъюгированная вакцина против пневмококка
1977	Последний случай естественного заражения оспой
1981	Начало вакцинации против гепатита В
1981	Создана ацеллюлярная вакцина против коклюша
1984	Создана вакцина против ветряной оспы
1986	Лицензирование первой рекомбинантной вакцины (гепатит В)
1990	Лицензирование первой полисахаридной конъюгатной вакцины (гемофильная инфекция типа b)
1991	Введение детской иммунизации против гепатита В
1991	Создана вакцина против гепатита А
1994	Искоренение полиомиелита в Америке
1995	Лицензирование вакцины против ветряной оспы
1996	Лицензирование бесклеточной вакцины против коклюша
1997	Рекомендация использования последовательной схемы иммунизации против полиомиелита
1998	<u>Создание вакцины против ротавирусной инфекции</u>
1998	Создана вакцина против боррелиоза (болезнь Лайма)
1999	<u>Запрет использования ротавирусной вакцины</u>
2000	<u>Прекращение использования живой полиомиелитной вакцины в США</u>
2000	Создание вакцины против пневмококковой инфекции для детей

- I. Предупреждение инфекционных болезней и эпидемий. Благодаря вакцинации были побеждены многие страшные болезни за последние 100 лет. Ведь в мире всё ещё много мест (особенно в Африке) где дети массово умирают от болезней, от которых наши дети защищены. Вы бы полетели сейчас в Африку не сделав предварительно необходимую вакцинацию? Не всегда ведь удаётся всю жизнь провести на своём огороде! А опасных болезней (в том числе и рукотворных) в мире ещё достаточно. «Не будет прививок — будут эпидемии... Только прививками мир спасается от эпидемий». В 19 веке люди тысячами умирали от этих болезней, неужели своим отказом от прививок Вы хотите вернуть те времена?
- II. Возможность преодолеть чёрную оспу. Победа над оспой — наиболее яркий аргумент, приводимый в пользу иммунизации. «Оспу победили благодаря прививкам всех жителей всех стран». Сообщается, что прививки ликвидировали натуральную оспу в Англии.
- III. Медики, одобряющие прививки, уверены, что риск получить осложнения от вакцины гораздо ниже, чем риск умереть от инфекционной болезни. "Календарь прививок написан эпитафиями на могилах тех детей, которые умерли от инфекций".

Ценность вакцинации, или какова цена жизни человека? [50]

26 июня 2008 г. состоялся круглый стол, посвященный актуальному для Украины вопросу - вакцинации. В связи с печальными последствиями недавно проведенной кампании эта тема активно обсуждается в нашем обществе и приобретает незаслуженно негативные тенденции: снижение охвата вакцинацией (до 30-35 %). Сегодня иммунизация все больше рассматривается как затраты, а не как вложение средств, что приводит к недостаточному финансированию вакцинопрофилактики государством, а самое страшное - население относится к вакцинации с опаской, наблюдаются случаи отказа от вакцинации, даже бесплатной. Поэтому целью проведенного круглого стола стала реабилитация репутации вакцинопрофилактики, а обсуждаемые вопросы касались актуальности использования вакцинации как эффективного метода борьбы с тяжелыми заболеваниями. В заседании круглого стола приняли участие ведущие специалисты Министерства здравоохранения Украины, эксперты Всемирной организации здравоохранения, Украинской медико-правовой ассоциации, представители украинских средств массовой информации.

Необходима ли вакцинация детей и взрослых? Почему нельзя положиться на естественный иммунитет? Безопасна ли вакцинация сейчас и в будущем для человечества? Как восстановить доверие украинского общества к вакцинации? Это вопросы, требующие грамотного разъяснения специалистами, которые непосредственно связаны с проведением вакцинации в Украине и знают эту проблему досконально.

Сегодня с помощью вакцинации возможна защита от 26 инфекций. Это приобретает особую важность с учетом того факта, что для многих вакциноконтролируемых инфекций, например для кори, сегодня не существует специфического лечения, а значит, для их предотвращения необходима вакцинопрофилактика. Сегодня жители многих стран благодаря вакцинации, уже не сталкиваются с такими заболеваниями, как коклюш, краснуха и другими, поэтому даже минимально возможные побочные эффекты зачастую рассматриваются как трагедия и приобретают диспропорциональную важность. Зачастую родители не понимают смысла рутинной вакцинации здоровых детей и ищут объяснений у неавторитетных источников информации, получая ее в искаженном виде. В этом и заключается основная проблема вакцинопрофилактики, как, впрочем, и профилактики вообще: ее результаты невидимы, поскольку вакциноконтролируемые заболевания у привитых детей в подавляющем большинстве случаев имеют легкое течение, а пример отдельных детей непоказателен; отсюда делается вывод о том, что вакцинация не так уж необходима и «авось пронесет»... Это убедительно доказывает высказывание Вальтера Оренштейна, прозвучавшее на Национальной иммунологической конференции 29 апреля 2002 года: «Величайший успех, который нельзя увидеть, - все люди, которые не страдают и не умирают от вакциноконтролируемых заболеваний».

Не нужно забывать о том, что исключительно благодаря вакцинации человечество забыло о таких заболеваниях, как натуральная оспа, которая была ликвидирована за 10 лет после введения программы глобальной вакцинации во всем мире. То же самое касается и полиомиелита - на сегодняшний день Северная и Южная Америка, Европа, Восточная Тихоокеания признаны территориями, на которых не циркулирует возбудитель полиомиелита. Благодаря вакцинации от вируса гепатита В удалось снизить частоту развития гепатоцеллюлярной карциномы у детей, поскольку именно у данного контингента в отличие от взрослых в 95 % случаев происходит хронизация патологического процесса.

Нельзя исключать и такой фактор, как влияние вакцинации на здоровье популяции в целом с учетом индивидуального, социального и экономического эффектов. Считается, что одним из величайших достижений медицины является иммунопрофилактика, поскольку она позволяет предотвратить развитие инфекционного заболевания, облегчить его течение с минимизацией риска летального исхода, обеспечить спокойствие родителей за здоровье ребенка, а также уменьшить нагрузку на медицинский персонал и гарантировать уверенность врача в здоровье своих пациентов. Уже исходя из вышесказанного экономический эффект вакцинопрофилактики очевиден и бесспорен - это снижение количества госпитализаций и уменьшение затрат на дорогостоящее лечение, ограничение долговременных последствий заболеваний и снижение затрат по временной нетрудоспособности, а также предотвращение эпидемий.

В развитых странах мира принято подсчитывать экономические эффекты проводимых мероприятий в любых сферах деятельности человека. Для Украины наиболее показательными могут быть цифры детской смертности и инвалидности. Показано, что ежегодно благодаря вакцинации удается предотвратить 3 млн смертей, а 750 тыс. детей спасены от инвалидности. Комментарии излишни.

Одним из волнующих украинцев вопросов является частота побочных эффектов после проведения вакцинации. В США 1999 году (в авторской редакции) было проведено сравнение частоты смертности в довакцинальный период и частоты поствакцинальных реакций и осложнений за период с 1921 по 1999 год. Результаты сравнения говорят сами за себя: 1 639 066 и 11 827 смертельных случаев соответственно. Таким образом, возможности развития поствакцинальных реакции и осложнений при использовании современных вакцин минимальны, при этом польза вакцинации значительно превышает ее риск. Вакцинология не стоит на месте, она идет по пути усовершенствования вакцин, которые становятся более безопасными. Количество вакцин, которое вводится ребенку, не вызывает угнетения природного иммунитета или повышения количества неспецифических заболеваний.

Следовательно, программы вакцинации являются важнейшим компонентом мирового здравоохранения, что касается и Украины, которая стремится стать полноправным членом Европейского Союза и жить согласно законам цивилизованного общества. Само общество должно понимать важность и необходимость вакцинопрофилактики как основного инструмента поддержания низких показателей заболеваемости.

Каким же образом восстановить доверие населения к вакцинации в создавшейся обстановке? В первую очередь, каждый врач своими знаниями и профессионализмом способен донести до родителей всю важность вакцинации. Врачи всех специальностей не должны советовать родителям отказываться от вакцинации, даже если их собственное мнение по отношению к иммунизации негативно. Важно также проводить обязательные программы для населения, объясняющие преимущества вакцинации. Только таким способом будет поддерживаться высокий уровень охвата населения вакцинацией.

«Вакцинация доказала свою безопасность, несмотря на то, что у некоторых детей могут развиваться побочные эффекты, которые слабо выражены и кратковременны. Но минимальные побочные эффекты вакцинации гораздо менее разрушительны, нежели последствия заболеваний, от которых они защищают. Мы должны приложить максимум усилий, чтобы разъяснить людям, что эффективность вакцинации неоценима. Иначе мы столкнемся с большими проблемами», отметила Людмила Чернышова, д. м. н., профессор, главный детский иммунолог МЗ Украины, заведующая кафедрой детских инфекционных болезней и детской иммунологии НМАПО им. Шупика, глава всеукраинской ассоциации «Детская иммунология».

«Сегодня вакцинация вышла за рамки сугубо медицинской проблемы. Это не может положительно отразиться на ее судьбе в дальнейшем. Результаты последней кампании по вакцинации заставляют о многом задуматься и еще раз подтверждают необходимость более взвешенного и продуманного подхода к вакцинопрофилактике. Никакие спекуляции в данной ситуации неприемлемы. Ведь главным итогом проведения такой «вакцинации» является потеря доверия у населения, которое восстанавливается ценой утраченной жизни детей и взрослых, увеличения количества инвалидов, отметил Федор Лапий, кандидат медицинских наук, сертифицированный тренер Всемирной организации здравоохранения по вакцинопрофилактике. - Ни в коем случае нельзя допустить снижения вакцинирования в Украине. Это очень опасно. Нужно говорить о том, что сегодня есть большой выбор вакцин и все, что нужно, - обратиться к своему врачу и получить квалифицированную консультацию».

- 1) краснуха в период беременности — это абсолютное показание к аборту. Оказывается, что возможные осложнения при заболевании краснухой это артралгия, артрит (в основном, у взрослых женщин) и осложнения на мозг (энцефалит 1 на 5000 случаев, менингит).
Так что, видимо, даже если женщина не собирается рожать детей, во взрослом возрасте стоит сделать прививку от краснухи. Если кто-либо из членов семьи планирует беременность, а ребенок не привит против краснухи. Тогда прививку желательно сделать женщине, планирующей беременность (не позднее 3-х месяцев до начала беременности), если она не болела краснухой и не была привита против нее. Особенно это актуально, если ребенок дошкольного или школьного возраста (то есть может легко заразиться краснухой от других детей).
- 2) Дифтерия опасна смертельными осложнениями, в 1990-х годах, когда бушевала эпидемия дифтерии, погибло много детей именно потому, что в то время пошла первая волна отказов от прививок.
- 3) Паротит (свинка) может стать причиной мужского бесплодия, мальчикам нужно делать прививку от свинки, потому что именно у них бывает осложнение тяжелое на паротит. Воспаление поджелудочной железы проявляется возникновением боли в левой верхней части живота, рвотой. Как следствие, может развиваться юношеский сахарный диабет. Поражение ЦНС приводит к воспалению оболочек головного мозга (менингиту), который в большинстве случаев протекает доброкачественно. В редких случаях повреждается слуховой нерв, в результате чего существует вероятность развития нарушений слуха, вплоть до глухоты. Если заболевание возникло в период полового созревания или после него, у мальчиков может развиваться воспаление яичек (орхит), а у девочек - воспаление яичников. Вследствие этого у мальчиков в 10% случаев может возникнуть в дальнейшем неспособность к оплодотворению (мужское бесплодие).
- 4) Коклюш может вызвать серьезные нарушения развития интеллекта.

Характер осложнений	Частота при коклюше (на 100 тыс. случаев)	Частота при вакцинации АКДС на 100 тыс. прививок
Стойкие мозговые нарушения	600-2000	0,2-0,6
Энцефалопатия и энцефалит (преходящие неврологические симптомы и судороги)	90-4000	0,1-3,0
Судороги	600-8000	0,3-90
Смерть	100-4000	0,2

До настоящего времени коклюш и его возбудитель остаются серьезной проблемой не только для России, но и для всего мира. По данным ВОЗ, в мире ежегодно заболевает коклюшем около 60 млн. человек, умирает около 1 млн. детей, преимущественно в возрасте до одного года.

Как показывает отечественная и зарубежная практика, основным сдерживающим фактором развития эпидемии коклюша является вакцинопрофилактика. Коклюшу отведено третье по значимости место после туберкулеза и полиомиелита в расширенной программе иммунизации ВОЗ, рассчитанной до 2000 года, и второе место в российской федеральной программе "Вакцинопрофилактика" (1993-1997 гг.).

Одно из главных положений этих программ гласит, что 95%-ный охват прививками АКДС-вакциной позволит снизить заболеваемость коклюшем до уровня 5 случаев на 100 тыс. населения. Однако главное, чего удалось добиться в 1997-1998 годах в ходе реализации программ, это довести до сознания населения и медицинских работников, что вакцинация необходима.

Научные исследования, проводимые институтами эпидемиологического профиля, были направлены прежде всего на решение прикладных задач вакцинопрофилактики, в частности, был пересмотрен Национальный календарь прививок. Что касается коклюша, сроки между прививками трехкратного курса вакцинации АКДС-вакциной были уменьшены до одного месяца.

Следует отметить, что основные задачи программы "Вакцинопрофилактика" на 1999-2000 годы и на период до 2005 года включают в себя:

- достижение и поддержание высокого (не менее 95%) уровня охвата населения профилактическими прививками в рамках календаря прививок;
- повышение качества и конкурентоспособности медицинских иммунобиологических препаратов;
- разработку новых современных вакцин и средств диагностики инфекционных заболеваний.

Реализация программы на первом этапе (1999-2000 гг.) предполагает снижение заболеваемости детскими инфекциями, введение активной иммунизации против гепатита В, ликвидацию паралитического полиомиелита. На втором этапе (2001-2005 гг.) планируется сокращение до единичных случаев заболеваемости корью, поддержание на уровне спорадических случаев заболеваемости дифтерией, снижение заболеваемости коклюшем до уровня не более 1-3 на 100 тыс. населения, эпидемическим паротитом - до 5 на 100 тыс. населения, вирусным гепатитом В - до 10 на 100 тыс. населения, организация и проведение специфической профилактики краснухи, разработка и внедрение в практику здравоохранения новых современных вакцин и диагностикумов. Данный проект предусматривает разработку отечественной бесклеточной коклюшной вакцины для иммунизации детей декретированных возрастов. Следовательно, главной задачей, поставленной на ближайшие годы перед здравоохранением относительно коклюша, следует считать снижение заболеваемости до уровня спорадической, что позволит отнести коклюш к числу инфекций, полностью управляемых средствами специфической профилактики.

Тем не менее несмотря на более чем 40-летнее использование в мире АКДС-вакцины, до настоящего времени сохраняются основные периодические сезонные подъемы заболеваемости, которая регистрируется не только у непривитых, но и у привитых детей; относительно высока смертность, особенно среди детей до года; среди заболевших формируются очаги с большим количеством случаев; параллельно увеличивается число тяжелых и средне-тяжелых форм заболеваний среди непривитых детей; растет заболеваемость взрослого населения.

За последние годы в России отмечен повсеместный рост заболеваемости коклюшем среди всех групп населения, достигший в ряде городов и областей уровня довакцинального периода. Наивысший показатель по стране был отмечен в 1994 году - 28,6 на 100 тыс. населения (пик очередного периодического подъема заболеваемости). Однако, по данным официальной статистики, национальная программа вакцинопрофилактики в 1997-1998 гг. не выполнила своей задачи, поскольку с 1997 года в России начался новый периодический подъем заболеваемости (показатель 18,5 на 100 тыс. населения вместо 5 случаев на 100 тыс., как планировалось). Охват прививками АКДС-вакциной составил у детей до года 86,8% вместо 95% запланированных, в связи с чем главный государственный санитарный врач РФ на VIII съезде педиатров России (февраль 1998 года) довел до сведения специалистов, что коклюш остается одной из основных проблем санэпидслужбы России, требующей пристального внимания и принятия соответствующих мер, препятствующих дальнейшему распространению этой инфекции. Сложившаяся в РФ ситуация с коклюшем объясняется прежде всего ограниченным влиянием существующей АКДС-вакцины на эпидемический процесс заболевания; неоправданно широкими противопоказаниями к проведению прививок и, как следствие, снижением коллективного иммунитета, а также низким уровнем бактериальной и отсутствием серологической диагностики (особенно на поздних сроках заболевания), ошибками клинической диагностики, поздней обращаемостью, несвоевременной госпитализацией - все эти факторы в совокупности приводят к отсутствию достоверных данных о распространенности коклюша среди населения.

Одной из самых сложных проблем является диагностика стертых и легких форм заболевания вследствие выраженного коклюшеподобного синдрома при ряде других соматических заболеваний. В связи с этим все большее внимание научных и практических работников здравоохранения направлено на совершенствование лабораторной диагностики коклюша, его лечения и специфической профилактики. Основные исследования по изучению качественных особенностей вакцинального и инфекционного иммунитета проводятся в Японии, США и Швеции. В этих странах наряду с корпускулярной АКДС-вакциной на определенных этапах календаря прививок введена бесклеточная коклюшная вакцина в нескольких вариантах, однако преобладающим антигеном в них является коклюшный токсин. В настоящее время после проведения по рекомендации ВОЗ строго контролируемых опытов по оценке иммунологической эффективности этих вакцин при трехкратной иммунизации, а также ревакцинаций на базе детских учреждений Швеции они были рекомендованы для использования в США. Однако эти данные носят для нас исключительно информативный характер ввиду отсутствия бесклеточной коклюшной вакцины, а используемая в России корпускулярная вакцина отличается от зарубежных аналогов составом вакцинных штаммов и особенностями производства. Кроме того, в нашей стране вакцинируются дети в возрасте с 3 месяцев и отсутствует 2-я ревакцинация против коклюша. В этих условиях изучение особенностей иммунного ответа у вакцинированных и переболевших коклюшем детей и взрослых к отдельным антигенам коклюшного микроба приобретают особую актуальность, поскольку информация о таких исследованиях в отечественной литературе отсутствует. Не менее значимой является проблема разработки отечественных диагностических систем для качественной и количественной оценки противококлюшного иммунитета, поскольку используемые для этих целей реакция аглютинации и РПГА не дают адекватного представления о направленности антител к различным компонентам коклюшного микроба и о реальной протективной активности этих антител. За рубежом для этих целей используется метод ИФА и культуры клеток. Вместе с тем токсиннейтрализующие антитела обладают выраженной протективной активностью, а их количественное содержание позволяет непосредственно судить об уровне защищенности. Эти данные прослужили основой для разработки нового типа

препаратов для лечения и профилактики коклюша, содержащих антиоксисеские противокклюшные антитела. Так, в нашей стране был разработан препарат антиоксисеского противокклюшного иммуноглобулина, предназначенный для патогенетической терапии коклюшной инфекции. Этот препарат прошел расширенные государственные испытания на базе института МОНИКИ им. В.В. Владимирского и КИБ г. Москвы, результаты которых свидетельствуют о его высокой эффективности. В 1998 году препарат включен в перечень лекарственных препаратов, зарегистрированных МЗ РФ для внедрения в практику здравоохранения. В настоящее время рассматривается целесообразность применения антиоксисеского противокклюшного иммуноглобулина для профилактики новых случаев заболевания в очагах инфекции.

Таким образом, несмотря на зримые успехи в борьбе с коклюшем, остается еще много нерешенных вопросов относительно качественных особенностей поствакцинального и постинфекционного иммунитета при этой инфекции. В свою очередь, объективная информация о характере иммунного ответа к ряду антигенов коклюшного микроба позволит выяснить причины недостаточной эффективности отечественной АКДС-вакцины, а также явится основанием для выработки стратегии и тактики совершенствования ее коклюшного компонента. Кроме этого, будут разработаны методы оценки иммунологической эффективности АКДС-вакцины, которые, в свою очередь, позволят качественно улучшить серологическую диагностику коклюша и регистрировать его на поздних сроках заболевания. В дальнейшем это может быть использовано для усовершенствования эпиднадзора за этой инфекцией на территории РФ, что, возможно, позволит реализовать первый этап программы "Вакцинопрофилактика" (1999-2000 гг.) о снижении заболеваемости детскими инфекциями, в частности коклюшем, до как можно более низкого уровня. Т. О. СЕЛЕЗНЕВА, кандидат медицинских наук, заведующая лабораторией специфической профилактики инфекций ЦНИИ эпидемиологии МЗ РФ. О. П. ПОПОВА, врач-инфекционист.

Если бы я хотел бы кого-нибудь запугать я б запостил бы парочку фоток из учебника патанатомии, как то: приступ коклюша у ребенка (весма красочная фотка); язва на месте надрыва уздечки языка (коклюш).

- 5) 23-летняя киевлянка Анастасия Мельниченко сделала своему четырехмесячному сыну Ярославу прививку от туберкулеза, а когда ему исполнится год, планирует привить малыша от столбняка и полиомиелита — хочет в будущем брать его в путешествия по Индии.
- 6) Столбняк встречается во всех регионах земного шара, но частота заболеваемости и процент летальных исходов возрастает по мере приближения к экватору. Наибольшее распространение столбняк имеет в странах с жарким и влажным климатом, в местностях, где отсутствуют или слабо применяются средства дезинфекции, профилактические прививки и вообще медицинская помощь — то есть в бедных и слаборазвитых странах Африки, Азии и Латинской Америки. Однако, и в развитых государствах столбняк ежегодно уносит тысячи жизней. [51]

В странах с невыраженной сменой сезонов (тропики и субтропики) заболевание встречается круглогодично, в странах с умеренным климатом имеет ярко выраженный сезонный характер (конец весны — начало осени). Частота заболевания — 10—50 случаев на 100000 населения в развивающихся странах и 0,1—0,6 в странах с обязательной иммунопрофилактикой. 80 % случаев столбняка приходится на новорожденных (при инфицировании через пуповину) а также на мальчиков до 15 лет из-за их повышенного травматизма. Среди взрослых около 60 % случаев столбняка приходится на лиц пожилого возраста. Наибольший процент заболевших и умерших наблюдается в сельской местности. Летальность при заболевании столбняком очень высока (выше только у бешенства). Даже при применении самых современных методов лечения умирает 30—50 % заболевших, а в регионах, где отсутствуют профилактические прививки и квалифицированная медпомощь — около 80 %. Смертность у новорожденных достигает 95 %. Каждый год в мире по официальным данным от столбняка умирает около 250 тысяч человек, подавляющее большинство из них — новорожденные. Однако, учитывая возможность большого количества незарегистрированных случаев и невыраженных форм болезни (особенно у новорожденных), общие потери от столбняка на планете можно оценить в 350—400 тысяч человек ежегодно.

Возбудителем столбняка является грамположительная палочка, является строгим анаэробом, то есть живёт в бескислородной среде. Это подвижная крупная тонкая палочка с закругленными концами длиной 4—8 мкм и шириной 0,3—0,8 мкм, имеющая до 20 длинных жгутиков. Возбудитель столбняка относится к категории убиквитарных (вездесущих), но вместе с тем условно патогенных микроорганизмов. Является обычным обитателем кишечника человека и животных, где он живет и размножается, не причиняя вреда носителю. Поэтому наибольшая обсеменённость столбнячной палочкой наблюдается в сельскохозяйственных районах с достаточной влажностью, где палочка обнаруживается в почвах садов, огородов, пастбищ и других местах, где присутствует загрязненность фекалиями человека и животных. В присутствии кислорода и температуре не ниже 4 °C образует споры. Споры устойчивы к внешнему воздействию: выдерживают нагревание до 90 °C в течение 2 часов, при кипячении погибают только через 1—3 часа, в сухом состоянии переносят нагревание до 150 °C, в соленой морской воде живут до 6 месяцев. В испражнениях, почве, на различных предметах сохраняются больше 10 лет. При отсутствии кислорода, температуре 37 °C и достаточной влажности споры прорастают в малоустойчивую вегетативную форму.

Возбудитель образует столбнячный экзотоксин — один из сильнейших бактериальных ядов, уступающий по силе лишь ботулиническому токсину. Токсин разрушается при нагревании, воздействии солнечного света, щелочной среды. Не всасывается через слизистую оболочку кишечника, в связи с чем безопасен при проглатывании. Возбудитель приобретает патогенные свойства только при попадании на поврежденные ткани живого организма, лишенные доступа кислорода. Особенно опасны колотые или имеющие глубокие карманы раны, где создаются условия анаэробнозиса. Заболевание может развиваться при ранениях и повреждениях кожи и слизистых оболочек, ожогах и обморожениях, при родах, у новорожденных через пуповину, обрезанную нестерильным инструментом, а также при некоторых воспалительных заболеваниях, при которых создается контакт очага воспаления с окружающей средой (гангрена, абсцессы, язвы, пролежни и т. д.). Частой причиной заражения бывают микротравмы нижних конечностей — ранения, уколы острыми предметами, колючками, даже занозы — поэтому столбняк иногда называют «болезнью босых ног». Возбудитель, попадая в благоприятные условия, начинает активно размножаться, вырабатывая столбнячный токсин, который проникает через двигательные волокна периферических нервов и с током крови в спинной, продолговатый мозг и в ретикулярную формацию ствола.

В зависимости от путей заражения:

1. Травматический столбняк (раневой, послеоперационный, послеродовой, новорожденных, постинъекционный, после ожогов, обморожений, электротравм и т. д.).
2. Столбняк, развившийся в результате воспалительных и деструктивных процессов (язвы, пролежни, распадающиеся опухоли и др.).
3. Криптогенный столбняк — при котором в анамнезе отсутствуют указания на повреждения кожи и слизистой (в основном это незамеченные ранее микротравмы).

По локализации в организме:

1. Общий, или генерализованный столбняк (разновидность — головной столбняк Бруннера, или бульбарный столбняк).
2. Местный столбняк (разновидность — головной столбняк Розе или лицевой столбняк).

По тяжести течения заболевания:

1. Легкая — наблюдается редко (в основном у ранее привитых людей). Симптомы выражены незначительно, температура нормальная или немного повышена.
2. Средней тяжести — Судороги и напряжение мышц нечастые и умеренные. Температура повышена.

Клиническая картина. Общий (генерализованный) столбняк. Различают 4 периода болезни: инкубационный, начальный, разгара и выздоровления.

Инкубационный период при столбняке составляет в среднем от 5 до 14 дней, иногда от нескольких часов до 60 дней. Чем он короче, тем тяжелее протекает столбняк. Заболеванию могут предшествовать головная боль, раздражительность, потливость, напряжение и подергивание мышц в районе раны. Непосредственно перед началом болезни отмечаются озноб, бессонница, зевота, боли в горле при глотании, боли в спине, потеря аппетита. Однако инкубационный период может протекать бессимптомно.

Начальный период продолжается до 2 дней. Наиболее ранний симптом — появление тупых тянущих болей в области входных ворот инфекции, где к этому времени может наблюдаться полное заживление раны. Практически одновременно или спустя 1-2 дня появляется тризм — напряжение и судорожное сокращение жевательных мышц, что затрудняет открывание рта. В тяжелых случаях зубы крепко стиснуты и открыть рот невозможно.

Период разгара болезни продолжается в среднем — 8-12 дней, в тяжелых случаях до 2-3 недель. Его длительность зависит от своевременности обращения к врачу, ранних сроков начала лечения, наличия прививок в период, предшествующий заболеванию. Развиваются судороги мимических мышц, вследствие чего у больного появляется «сардоническая улыбка»: брови подняты, рот растянут в ширину, углы его опущены, лицо выражает одновременно улыбку и плач. Возникает затруднение глотания из-за спазма мышц глотки и болезненная ригидность (напряжение) мышц затылка. Ригидность распространяется в нисходящем порядке, захватывая мышцы шеи, спины, живота и конечностей. Появляется напряжение мышц конечностей, живота, который становится твердым как доска. Иногда наступает полная скованность туловища и конечностей, за исключением кистей и стоп. Возникают болезненные судороги, вначале ограниченные, а затем распространяющиеся на большие группы мышц, которые длятся от нескольких секунд до нескольких минут. В легких случаях судороги возникают несколько раз в сутки, в тяжелых — длятся почти непрерывно. Судороги появляются спонтанно или при незначительных раздражениях (прикосновение, свет, голос). Во время судорог лицо больного покрывается крупными каплями пота, делается одутловатым, синее, выражает страдание, боль. В зависимости от напряжения той или иной мышечной группы тело больного может принимать самые причудливые позы. Больной выгибается на постели в дугообразное положение, опираясь только пятками и затылком (опистотонус). Все мышцы настолько напряжены, что можно видеть их контуры. Ноги вытянуты в струну, руки согнуты в локтях, кулаки сжаты. Некоторые больные предпочитают лежать на животе, при этом их ноги, руки и голова не касаются постели. Больные испытывают страх, скрежещут зубами, кричат и стонут от боли. В период между судорогами расслабления мышц не происходит. Сознание обычно сохранено. Больные обильно потеют. Возникает стойкая бессонница. Наблюдаются апноэ, цианоз, асфиксия. Спазмы мышц приводят к затруднению или полному прекращению функций дыхания, глотания, дефекации и мочеиспускания, растрейству кровообращения и развитию застойных явлений во внутренних органах, резкому усилению обмена веществ, нарушению сердечной деятельности. Температура поднимается до 41-42°C.

Период выздоровления характеризуется медленным, постепенным снижением силы и количества судорог и напряжения мышц. Может продолжаться до 2 месяцев. Этот период особенно опасен развитием различных осложнений.

Наиболее частой причиной смерти является асфиксия вследствие спазма дыхательных мышц, голосовой щели и диафрагмы, на втором месте — паралич сердечной мышцы. В отдельных случаях причиной смерти могут быть инфаркт миокарда, пневмония, сепсис, эмболия легочных артерий и другие болезни, связанные с осложнениями после столбняка.

Головной столбняк Бруннера, или бульбарный столбняк — тяжелейшая форма болезни, разновидность общего столбняка, при которой поражаются верхние отделы спинного и продолговатого мозга. Болезнь проходит при самой тяжелой клинической картине общего столбняка. Как правило, развивается при травмах головы или шеи.

Местный столбняк встречается редко, в основном у ранее привитых лиц. Характеризуется местными параличами, не затрагивающими всего организма. Болезнь характеризуется спазмами и подергиваниями мышц в месте ранения, незначительным повышением температуры, отсутствием общих судорог. Часто переходит в общий (генерализованный) столбняк.

Головной столбняк Розе. Разновидность местного столбняка, возникает при ранениях головы и шеи, проявляется, в основном, параличом лицевого нерва на стороне поражения. Может перейти в общий столбняк или головной столбняк Бруннера.

Новорожденные болеют только общим столбняком.

Больной подлежит немедленной госпитализации в специализированный стационар.

Лечение включает в себя:

1. Борьбу с возбудителем в первичном очаге инфекции (вскрытие, санация и аэрация раны)
2. Нейтрализацию столбнячного токсина путем введения противостолбнячной сыворотки.
3. Противосудорожное лечение (тотальная миорелаксация)

4. Поддержание жизненно важных функций организма (искусственная вентиляция легких, контроль сердечной деятельности).

5. Профилактику и лечение осложнений (борьба с сопутствующими инфекциями, тромбозом, профилактика механических повреждений при судорогах).

6. Полноценное питание и уход.

Больной помещается в отдельную затемненную палату, где исключается возможность воздействия внешних раздражителей (шум, свет и т. д.). Устанавливается круглосуточное медицинское наблюдение (пост). Больному нельзя покидать постель. Питание больных в период разгара болезни очень затруднено, так как сильное напряжение мышц препятствует введению пищи через зонд и внутривенно. Рекомендуется питание жидкими продуктами (молоко, бульон и т. д.) Больные охотно и с удовольствием пьют воду. Период лечения в стационаре составляет от 1 до 3 месяцев.

Осложнения. В период разгара болезни на фоне мышечного спазма и застойных явлений могут возникнуть бронхиты, пневмонии, инфаркт миокарда, сепсис, переломы костей и позвоночника, вывихи, разрывы мышц и сухожилий, отрыв мышц от костей, тромбоз вен, эмболия легочных артерий, отек легких. К более поздним осложнениям можно отнести слабость, тахикардию, деформацию позвоночника, контрактуры мышц и суставов, временный паралич черепных нервов. Компрессионная деформация позвоночника может сохраняться до 2 лет. При выздоровлении человек лишь через 2 месяца может приступить к работе. Не менее 2 лет он должен наблюдаться у невропатолога. Крайне редко, по неясным причинам, случается рецидив (повторное проявление) болезни.

Профилактика заболевания осуществляется в трех направлениях:

1. Профилактика травм и санитарно-просветительская работа среди населения

2. Специфическая профилактика в плановом порядке путем введения противостолбнячной вакцины всем детям от 3 месяцев до 17 лет, а также учащимся высших учебных заведений, рабочим, спортсменам, сельскому населению, а в зонах с повышенной заболеваемостью столбняком — всему населению.

3. Экстренная профилактика применяется как привитым, так и непривитым людям при:

1. ранениях и травмах при нарушении целостности кожных покровов и слизистых оболочек.
2. ранениях и операциях желудочно-кишечного тракта.
3. ожогах и обморожениях II—IV степени.
4. родах и абортах вне медицинских учреждений.
5. гангрене или некрозе тканей, длительно текущих абсцессах, карбункулах, язвах, пролежнях.
6. укусах животных.

Лечение. Его проводят в отделении интенсивной терапии и реанимации с участием анестезиолога. Необходимо обеспечить охранительный режим, исключая слуховые, зрительные и тактильные раздражители. Кормление больных осуществляют через зонд или парентерально (при парезе ЖКТ). Проводят профилактику пролежней: частое поворачивание больного в постели, разглаживание смятого постельного и нательного белья, его чистку и периодическую смену. Инфицированную рану, даже зажившую, обкалывают противостолбнячной сывороткой (в дозе 1000-3000 МЕ), затем проводят тщательную ревизию и хирургическую обработку раны с широкими лампасными разрезами (для создания аэробных условий), удалением инородных тел, загрязнённых и некротизированных тканей. Для предупреждения судорог все эти манипуляции лучше проводить под наркозом. В последующем для лечения ран целесообразно применять протеолитические ферменты (трипсин, химотрипсин и др.). [50]

Для нейтрализации столбнячного экзотоксина в кровотоке однократно вводят внутримышечно 50 000 МЕ противостолбнячной сыворотки или 1500-10 000 ЕД (средняя доза 3000 ЕД) специфического иммуноглобулина с предварительной проверкой индивидуальной чувствительности к ним. Эти препараты следует вводить в максимально ранние сроки, поскольку столбнячный токсин свободно циркулирует в крови не более 2-3 сут, а связанный токсин не инактивируется, что снижает терапевтический эффект. После введения гетерогенной противостолбнячной сыворотки необходимо наблюдать за больным в течение 1 ч из-за опасности развития анафилактического шока. Борьбу с судорожным синдромом проводят применением седативных и наркотических, нейроплегических средств и миорелаксантов. В последнее время широко используют диазепам по 5-10 мг внутрь каждые 2-4 ч; в тяжёлых случаях его вводят внутривенно по 10-20 мг каждые 3 ч. Детям препарат назначают внутривенно или внутримышечно по 0,1-0,3 мг/кг каждые 6 ч (максимально до 10-15 мг/кг/сут). Можно применять инъекции смеси 2,5% раствора аминазина, 1% раствора промедола и 1% раствора димедрола (по 2 мл каждого препарата) с добавлением 0,5 мл 0,05% раствора скополамина гидробромида. Также назначают седуксен, барбитураты, оксибутират натрия, в тяжёлых случаях - дроперидол, фентанил, курареподобные миорелаксанты (панкуроний, d-тубокурарин). При лабильности симпатической нервной системы иногда применяют α - и β -блокаторы. При расстройствах дыхания проводят интубацию или трахеотомию, миорелаксацию сочетают с ИВЛ, очищением дыхательных путей аспиратором; больным дают увлажнённый кислород. Имеются сообщения об эффективности гипербарической оксигенации. В небольших дозах назначают слабительные средства, ставят газоотводную трубку и катетер в мочевого пузырь (при необходимости). Для профилактики пневмоний необходимы частые поворачивания больного, форсаж дыхания и кашля. Для предупреждения и лечения бактериальных осложнений применяют антибиотики - бензилпенициллин по 2 млн ЕД внутривенно с интервалами 6 ч (детям до 200 000 ЕД/кг/сут), тетрациклин по 500 мг 4 раза в сутки (детям до 30-40 мг/кг/сут). Применение антибиотиков не исключает возможности развития пневмоний и других вторичных инфекций. Борьбу с гипертермией, ацидозом и обезвоживанием проводят внутривенными вливаниями 4% раствора бикарбоната натрия, полиионных растворов, гемодеза, реополиглюкина, альбумина, плазмы.

Эпидемиологический надзор. Для выявления закономерностей распространения столбняка, рационального планирования профилактических мероприятий необходим углублённый эпидемиологический анализ заболеваемости и применявшихся мер профилактики. Для оценки качества медицинской помощи при травмах необходимо проводить анализ её сроков, объёма и характера. При анализе эффективности экстренной профилактики следует обращать внимание не только на её объём, но и на сроки её проведения (время, прошедшее после травмы и обращения за медицинской помощью). Особую актуальность в связи со случаями заболеваний у ранее привитых приобретает анализ иммунного статуса заболевших. Детальному анализу

подлежат иммунизация населения против столбняка, выполнение плана прививок по отдельным возрастным, социально-профессиональным группам, включая сельское население. Иммунологический контроль - составная часть эпидемиологического надзора за столбняком. Он позволяет оценить защищенность различных контингентов, достоверно судить о привитости и качестве проведенной иммунизации, а также о длительности сохранения иммунитета, выявить наиболее пораженные группы населения и охарактеризовать территории с различной степенью риска возникновения инфекции.

Профилактические мероприятия. Неспецифическая профилактика столбняка направлена на предупреждение травматизма в быту и на производстве, исключение заражения операционных, а также ран (пупочных и других), раннюю и тщательную их хирургическую обработку. Специфическую профилактику столбняка проводят в плановом и экстренном порядке. В соответствии с календарем прививок вакцинируют детей с 3 мес жизни 3-кратно по 0,5 мл вакциной АКДС с первой ревакцинацией через 12-18 мес и последующими ревакцинациями через каждые 10 лет ассоциированными препаратами (АДС или АДС-М) или монопрепаратами (АС). После законченного курса иммунизации организм человека в течение длительного срока (около 10 лет) сохраняет способность к быстрой (в течение 2-3 дней) выработке антитоксинов в ответ на повторное введение препаратов, содержащих АС-анатоксин. [50]

Экстренную профилактику столбняка осуществляют по схеме при любых травмах и ранах с нарушением целостности кожи и слизистых оболочек, ожогах и отморожениях II-IV степеней, укусах животных, проникающих повреждениях кишечника, внебольничных абортах, родах вне медицинских учреждений, гангрене или некрозе тканей любого типа, длительно текущих абсцессах, карбункулах. Экстренная профилактика столбняка включает первичную обработку раны и одновременную специфическую иммунопрофилактику. В зависимости от предшествующей привитости пациентов различают пассивную иммунизацию, активно-пассивную профилактику, состоящую из одновременного введения противостолбнячной сыворотки и анатоксина, и экстренную ревакцинацию АС для стимуляции иммунитета у ранее привитых лиц. Экстренную иммунопрофилактику столбняка следует проводить как можно раньше и вплоть до 20-го дня с момента получения травмы, учитывая длительность инкубационного периода при заболевании столбняком.

7) Полиомиелит (polio (греч.) - серый, myelos - мозг) - кишечная вирусная инфекция, поражающая нервную систему (серое вещество спинного мозга). Характеризуется появлением вялых параличей, в основном нижних конечностей. Живая вакцина ОПВ используется для плановой вакцинации детей в том числе и в России. Особенность ее применения состоит в том, что вакцинный вирус, размножаясь в кишечнике привитого ребенка, попадает в окружающую среду, что приводит к каскадной "вакцинации" и "ревакцинации" окружающих, что позволяет создать популяционный иммунитет. Ввиду ее дешевизны и простоты применения (пероральные капли) она стала основным оружием в рамках программы искоренения полиомиелита на планете, осуществляемой под эгидой Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). В то же время, применение ОПВ имеет ряд ключевых недостатков и ограничений:

- У части детей, получивших вакцинный вирус по контакту (дети не полностью или неправильно привитые, дети с иммунодефицитами), может развиваться тяжелое осложнение - т.н. вакцино-ассоциированный полиомиелит, в ряде случаев сопровождающийся параличами, как при натуральной инфекции.
- Низкая эффективность ввиду: требовательности к условиям хранения (при -20 С) и неточности дозировки (часть вакцины теряется за счет выведения из организма с калом).
- Выделение от привитых ОПВ живых полиовирусов в окружающую среду препятствует окончательной ликвидации полиомиелита.

Инактивированные (убитые) вакцины против полиомиелита, включая единственного представителя вакцин этого класса, зарегистрированного в России, вакцину Имовакс Полио, имеют ряд ключевых преимуществ перед живыми ОПВ-вакцинами:

- ИПВ более безопасны, поскольку их применение полностью исключает риск поражения нервной системы у привитых и окружающих живым вакцинным вирусом. Они также не вызывают побочных реакций в кишечнике (кишечных расстройств) и не конкурируют с нормальной микрофлорой кишечника ребенка, снижая его сопротивляемость кишечным инфекциям. Инактивированные вакцины безопасны для детей и взрослых с иммунодефицитами и позволяют защитить их от живых вакцинных вирусов, распространяемых от привитых вакциной ОПВ. Рекомендуется применять ИПВ и в случае, если в окружении прививаемого есть беременные женщины.
- ИПВ более удобны в практике. Грудные дети зачастую срыгивают и выплевывают ОПВ по причине ее горького вкуса (у детей старшего возраста ее обычно дают на кусочке сахара или хлеба). Это приводит к необходимости повторных визитов в поликлинику, что представляет неудобство как для родителей, для самих врачей (организация прививок, увеличение рабочей нагрузки) и лишним стрессам для ребенка. ОПВ не вводится при наличии на момент вакцинации у ребенка кишечных расстройств, что также приводит к необходимости лишних визитов в поликлинику. Инактивированные вакцины полностью лишены этих недостатков. Вакцина Имовакс Полио выпускается в виде удобных и безопасных индивидуальных шприц-доз, в ней отсутствуют консерванты на основе соединений ртути.
- И, наконец, ИПВ более эффективны. Это достигается точностью дозировки (поскольку вакцина вводится посредством инъекции), стандартными (в отличие от ОПВ) требованиями к хранению и достаточной устойчивостью к температурным перегрузкам. На практике, курс прививок ИПВ формирует иммунитет фактически у 100% привитых, в то время как даже после полного курса ОПВ незащищенными против отдельных типов полиовирусов остаются до 40% детей. В отличие от ОПВ-вакцин, ИПВ обладают выраженным преимуществом в формировании общего иммунитета против полиомиелита. Относительное теоретическое преимущество живых вакцин в формировании иммунитета в кишечнике в настоящее время все менее актуально, в связи с тем, что натуральный вирус встречается только в нескольких регионах планеты (Индия, Пакистан, Нигерия, Сомали) и в европейских странах больше не регистрируется. В отличие от ОПВ для формирования иммунитета к полиомиелиту с помощью инактивированной вакцины требуется меньшее число прививок - 4 вместо 5 до достижения ребенком 2-летнего возраста.

Инактивированные полиовакцины рекомендованы ВОЗ, Американской Академией Педиатрии (США). Несколько десятков развитых стран для иммунизации уже используют только ИПВ. В ряде других стран рекомендована т.н. "комбинированная схема", когда первые одна, две или три прививки делают с помощью ИПВ, остальные - с помощью ОПВ. Такая схема позволяет исключить риск неврологических осложнений и позволяет в целом уменьшить стоимость курса вакцинации.

Вакцина Имовакс Полио обладает поистине огромным опытом применения за рубежом. На протяжении последних 10 лет она используется для плановой вакцинации во всех развитых европейских странах в виде отдельного препарата или в составе комбинированных вакцин. С 2001 г. Имовакс Полио (под торговым наименованием IPOL) является единственной вакциной, применяемой для вакцинации против полиомиелита в США. Вакцина Имовакс Полио зарегистрирована в России с 1996 г. и получила признание в платных кабинетах вакцинации, как "мягкий", удобный и надежный препарат. Имовакс Полио также входит в состав вакцин: Тетракок (профилактика дифтерии, столбняка, коклюша + ИПВ), зарегистрированной в России; вакцины ПентАкт-ХИБ и других комбинированных вакцин, применяющихся по всему миру. Она также вошла в состав нового поколения многокомпонентных АКДС-вакцин на основе т.н. бесклеточного коклюшного компонента, планирующихся к регистрации в России (Гексавак, Пентаксим, Тетраксим и др.). Имовакс Полио закупается министерствами здравоохранения ряда стран СНГ (Украина, Беларусь) для плановой вакцинации детей. В ряде регионов России проводятся бюджетные закупки Имовакс Полио для вакцинации групп риска (дети с иммунодефицитами, ВИЧ-инфицированные). Имовакс Полио в настоящее время является вакциной выбора в России, как стране, официально сертифицированной ВОЗ как свободной от полиомиелита.

8) Корь. Возбудитель - РНК-геномный вирус рода *Morbivirus* семейства *Paramyxoviridae*. Все известные штаммы вируса принадлежат к одному серовару; антигенная структура сходна с возбудителями парагриппа и эпидемического паротита. Наиболее важные антигены - гемагглютинин, гемолизин, нуклеокапсид и мембранный белок. Вирус малоустойчив во внешней среде: быстро инактивируется под влиянием солнечного света, ультрафиолетовых лучей, при нагревании до 50 °С. При комнатной температуре сохраняет активность около 1-2 сут, при низкой температуре - в течение нескольких недель. Оптимальная температура для сохранения вируса - (-15)-(-20) °С. [50]

Резервуар и источник инфекции - больной человек, выделяющий вирус с последних 1-2 сут инкубационного периода, в течение всего продромального периода (за 3-4 дня до появления сыпи) и в первые 4 дня высыпаний. При осложнениях, иногда сопровождающих болезнь, возможно удлинение заразного периода до 10 сут с момента появления сыпи. «Здоровое» носительство невозможно. Обнаружение в сыворотке крови части людей специфических противокоревых антител, несмотря на отсутствие указания о перенесении болезни, вероятно связано с дефектами её диагностики. Механизм передачи - аэрозольный, путь передачи - воздушно-капельный. В составе носоглоточной слизи вирус выделяется из организма при кашле, чихании, разговоре и даже при дыхании. С потоком воздуха может разноситься на значительное расстояние. Заражение может произойти при вдыхании воздуха в помещении, где незадолго до этого находился больной корью. Вследствие низкой устойчивости во внешней среде передача вируса контактно-бытовым путём невозможна. При заболевании беременной корью возможна реализация вертикального пути передачи инфекции. Естественная восприимчивость людей очень высокая, постинфекционный иммунитет, как правило, пожизненный. Повторные заболевания корью крайне редки. Основные эпидемиологические признаки. Развитие эпидемического процесса кори определяют следующие основные факторы:

- абсолютная восприимчивость людей;
- пожизненная невосприимчивость у переболевших;
- аэрозольный механизм передачи;
- слабая устойчивость вируса во внешней среде;
- интенсивность и характер общения людей.

Высокая и всеобщая восприимчивость к кори в сочетании с лёгкостью передачи возбудителя обуславливает её широкое распространение в первую очередь среди детей. В довакцинальный период заболевание было распространено повсеместно и было одной из основных причин смертности детей раннего возраста. В настоящее время корь относят к числу инфекций, подлежащих ликвидации в соответствии с программой ВОЗ. В некоторых странах её уже не регистрируют. В доиммунизационный период отмечали периодические подъёмы заболеваемости с интервалом 2-4 года, высокую очаговость, зимне-весеннюю сезонность и преимущественное поражение детей дошкольного возраста. Эпидемический процесс при кори зависит от уровня коллективного иммунитета, определяемого долей переболевших корью среди населения. Массовая иммунизация внесла изменения в эпидемиологические проявления инфекции: увеличила интервалы между подъёмами заболеваемости до 8-10 лет, сместила сезонность на весенне-летние месяцы, а также способствовала «повзролению» инфекции. В настоящее время нередки случаи заболевания подростков и взрослых (студентов, военнослужащих и т.д.). В Киеве максимум заболеваемости корью приходится на декабрь-май (65% случаев), доля взрослых лиц (старше 14 лет) составляет 70-80%, наивысшие показатели очаговости характерны для вузов, ПТУ, техникумов. «Повзроление» кори привело к увеличению в структуре заболеваемости удельного веса тяжёлых и среднетяжёлых клинических форм.

Несмотря на то что вакцинопрофилактику кори у нас в стране проводят с 1967 г., в последнее время на многих территориях страны отмечен рост заболеваемости. В частности, в 1999 г. она увеличилась по сравнению с 1997 г. более чем в 2,5 раза (5,1 и 2,2 на 100 000 населения соответственно). Крупные вспышки заболевания зарегистрированы в детских дошкольных учреждениях и школьных организованных коллективах. Весьма реальна возможность возникновения внутрибольничных спорадических заболеваний корью и даже вспышек этой инфекции. Нестабильность эпидемиологической ситуации в значительной мере связана с упущениями в стратегии вакцинопрофилактики.

Патогенез. Воротами инфекции служат слизистые оболочки верхних дыхательных путей и, возможно, конъюнктивы. После первичной репликации в эпителиальных клетках и регионарных лимфатических узлах возбудитель проникает в кровь, первичная вирусемия развивается уже в инкубационном периоде. В результате вирус диссеминирует, фиксируется в различных органах и вторично накапливается в клетках макрофагальной системы. В органах (лимфатических узлах, миндалинах, лёгких, кишечнике, печени и селезёнке, миелоидной ткани костного мозга) развиваются небольшие

воспалительные инфильтраты с пролиферацией ретикулоэндотелия и образованием многоядерных гигантских клеток. В инкубационном периоде количество вирусов в организме ещё сравнительно невелико и может быть нейтрализовано введением противокорьевого иммуноглобулина лицам, контактировавшим с больным корью, не позднее 5-го дня после контакта. С появлением катаральных симптомов заболевания совпадает возникновение второй волны вирусемии. Максимальная концентрация вируса в крови сохраняется в течение всего катарального периода и первого дня высыпаний, затем резко падает. К 5-му дню высыпаний в крови появляются вируснейтрализующие антитела, а вирус уже не обнаруживают. Обладая тропностью к эпителиальным клеткам слизистых оболочек и ЦНС, вирус в основном поражает верхние отделы дыхательных путей (иногда также бронхи и лёгкие), конъюнктиву, в незначительной степени ЖКТ. Развивается воспаление с появлением гигантских клеток в лимфоидных образованиях кишечника, а также в ЦНС, вследствие чего появляется возможность развития осложнений в виде менингитов и менингоэнцефалитов. Белковые компоненты вируса и биологически активные вещества, высвобождающиеся в ответ на циркуляцию вируса, придают катаральному воспалению в поражённых органах инфекционно-аллергический характер. Специфический воспалительный очаговый процесс с аллергической реакцией, дистрофией эпителия, увеличением проницаемости сосудов, периваскулярной инфильтрацией и отёком лежит в основе формирования коревой энантемы, пятен Филатова-Коплика-Вельского на слизистой оболочке щёк и губ, а позже и экзантемы. Системное поражение лимфоидной ткани, макрофагальных элементов, отделов ЦНС (ретикулярной формации, подбугровой области и др.) приводит к транзиторному подавлению гуморальных и клеточных иммунных реакций. Ослабление активности неспецифических и специфических факторов защиты, свойственное кори, обширные поражения слизистых оболочек респираторного тракта и ЖКТ, а также снижение витаминного обмена с дефицитом витаминов С и А составляют группу факторов, способствующих возникновению разнообразных бактериальных осложнений.

После выздоровления формируется иммунитет с пожизненным сохранением противокоревых антител в крови. Вместе с тем считают, что вирус может длительно оставаться в организме человека и быть виновником развития медленной инфекции в форме рассеянного склероза, подострого склерозирующего панэнцефалита, а также, возможно, некоторых системных заболеваний - системной красной волчанки, системной склеродермии, ревматоидного артрита. [50]

Клиническая картина. Инкубационный период составляет в среднем 1-2 нед, при пассивной иммунизации иммуноглобулином он может удлиниться до 3-4 нед. Существующие клинические классификации выделяют типичную форму кори различных степеней тяжести и атипичную форму. Цикличность течения заболевания в типичной форме позволяет выделить три последовательных периода клинических проявлений кори:

- катаральный период;
- период высыпания;
- период реконвалесценции.

Катаральный период начинается остро. Появляются общее недомогание, головная боль, снижение аппетита, нарушения сна. Повышается температура тела, при тяжёлых формах она достигает 39-40 °С. Признаки интоксикации у взрослых больных выражены значительно больше, чем у детей. С первых дней болезни отмечают насморк с обильными слизистыми, иногда слизисто-гнойными выделениями. Развивается навязчивый сухой кашель, у детей он часто становится грубым, «лающим», сопровождается осиплостью голоса и (в ряде случаев) стенотическим дыханием. Одновременно развивается конъюнктивит с отёчностью век, гиперемией конъюнктив, инъекцией склер и гнойным отделяемым. Нередко по утрам веки слипаются. Больного раздражает яркий свет. При осмотре больных корью детей выявляют одутловатость лица, гиперемию слизистой оболочки ротоглотки, зернистость задней стенки глотки. У взрослых эти симптомы выражены незначительно, но наблюдают лимфаденопатию (преимущественно шейных лимфатических узлов), прослушивают жёсткое дыхание и сухие хрипы в лёгких. У части больных отмечают непродолжительный кашицеобразный стул.

На 3-5-й день самочувствие больного несколько улучшается, снижается лихорадка. Однако через день вновь усиливаются проявления интоксикации и катарального синдрома, температура тела поднимается до высоких цифр. В этот момент на слизистой оболочке щёк напротив малых коренных зубов (реже на слизистой оболочке губ и дёсен) можно обнаружить кардинальный клинический диагностический признак кори - пятна Филатова-Коплика-Вельского. Они представляют собой несколько выступающие и плотно фиксированные белые пятна, окружённые тонкой каймой гиперемии (вид «манной каши»). У детей элементы обычно исчезают с появлением экзантемы, у взрослых могут сохраняться в течение первых её дней. Несколько раньше пятен Филатова-Коплика-Вельского или одновременно с ними на слизистой оболочке мягкого и частично твёрдого нёба появляется коревая энантема в виде красных пятен неправильной формы, величиной с булавочную головку. Через 1-2 сут они сливаются и теряются на общем гиперемизированном фоне слизистой оболочки. В это же время при нарастании симптомов интоксикации иногда можно наблюдать диспептические явления. В целом катаральный период продолжается 3-5 дней, у взрослых иногда затягивается до 6-8 сут.

Период высыпания сменяет катаральный период. Характерно появление яркой пятнисто-папулёзной экзантемы, имеющей тенденцию к слиянию и образованию фигур с участками здоровой кожи между ними.

- В первый день элементы сыпи появляются за ушами, на волосистой части головы, затем в тот же день возникают на лице и шее, верхней части груди.
- На 2-й день высыпания сыпь покрывает туловище и верхнюю часть рук.
- На 3-е сутки элементы экзантемы выступают на нижних конечностях и дистальных отделах рук, а на лице бледнеют.

Нисходящая последовательность высыпаний характерна для кори и служит очень важным дифференциально-диагностическим признаком. У взрослых сыпь бывает обильнее, чем у детей, она крупнопятнисто-папулёзная, часто сливная, при более тяжёлом течении заболевания возможно появление геморрагических элементов. Период высыпания сопровождается усилением катаральных явлений - насморка, кашля, слезотечения, светобоязни - и максимальная выраженность лихорадки и других признаков токсикоза. При обследовании больных часто выявляют признаки трахеобронхита, умеренно выраженные тахикардию и артериальную гипотензию.

Период реконвалесценции (период пигментации) проявляется улучшением общего состояния больных: их самочувствие становится удовлетворительным, нормализуется температура тела, постепенно исчезают катаральные симптомы. Элементы

сыпи бледнеют и угасают в том же порядке, в каком они появлялись, постепенно превращаясь в светло-коричневые пятна. В последующем пигментация исчезает за 5-7 дней. После её исчезновения можно наблюдать отрубевидное шелушение кожи, в основном на лице. Пигментация и шелушение также служат диагностически важными, хотя и ретроспективными признаками кори. В этот период отмечают снижение активности неспецифических и специфических факторов защиты (корева анергия). Реактивность организма восстанавливается медленно, в течение нескольких последующих недель и даже месяцев сохраняется пониженная сопротивляемость к различным патогенным агентам.

Митигированная корь. Атипичная форма, развивающаяся у лиц, получивших пассивную или активную иммунизацию против кори или ранее переболевших ею. Отличается более длительным инкубационным периодом, лёгким течением с мало выраженной или совсем не выраженной интоксикацией, сокращённым катаральным периодом. Пятна Филатова-Коплика-Вельского чаще всего отсутствуют. Сыпь типична, но высыпание может возникнуть одновременно по всей поверхности туловища и конечностей или иметь восходящую последовательность.

Абортивная корь также относится к атипичным формам заболевания. Начинается как типичная форма, но прерывается через 1-2 дня от начала болезни. Сыпь появляется только на лице и туловище, повышение температуры тела наблюдают обычно только в первый день высыпаний. [50]

Также встречаются субклинические варианты кори, выявляемые только при серологическом исследовании парных сывороток крови.

Дифференциальная диагностика. Корь следует дифференцировать от краснухи, скарлатины, псевдотуберкулёза, аллергических (лекарственных и др.) дерматитов, энтеровирусных инфекций, сыпчатой болезни и других заболеваний, сопровождающихся появлением кожных высыпаний. Корь отличает комплекс основных клинических проявлений в катаральном периоде: интоксикация, насморк обильными выделениями, навязчивый грубый, «лающий» кашель, осиплость голоса, выраженный конъюнктивит с отёчностью век, инъекцией сосудов склер и гнойным отделяемым, фотофобия, появление кардинального клинического диагностического признака - пятен Филатова-Коплика-Вельского на 3-5-й день болезни. Затем возникает яркая пятнисто-папулёзная экзантема, имеющая тенденцию к слиянию. Очень важным дифференциально-диагностическим признаком, характерным для кори (за исключением митигированной), является нисходящая последовательность высыпаний.

Лабораторная диагностика. В гемограмме при неосложнённой кори отмечают лейкопению или нормоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, лимфоцитоз, появление плазматических клеток, увеличение СОЭ. У взрослых возможны нейтрофилия, лимфопения и анэозинофилия. Выделение вируса из носоглоточных смывов и постановку серологических реакций (РТГА, РСК и РН в парных сыворотках) в клинической практике применяют редко, поскольку их результаты носят ретроспективный характер.

Осложнения. Наиболее частое осложнение кори - пневмония. Ларингиты и ларинготрахеобронхиты у детей младшего возраста могут вести к развитию ложного крупа. Встречают стоматиты. Менингиты, менингоэнцефалиты и полиневриты чаще наблюдают у взрослых, эти состояния обычно развиваются в периоде пигментации. Наиболее грозным, но, к счастью, редким осложнением (чаще у взрослых) бывает коревой энцефалит.

Лечение. Неосложнённые формы чаще лечат на дому. Госпитализируют больных с тяжёлыми и осложнёнными формами, а также по эпидемиологическим показаниям. Длительность постельного режима зависит от степени интоксикации и её длительности. Специальной диеты не требуется. Этиотропная терапия не разработана. С интоксикацией борются назначением большого количества жидкости. Проводят уход за полостью рта и глазами. Исключают раздражающее воздействие прямого солнечного и яркого искусственного света. Также назначают антигистаминные и симптоматические препараты. Существуют сообщения о позитивном эффекте интерферона (лейкинферона) при назначении в ранние сроки болезни взрослым больным. В некоторых случаях, при тяжёлом и осложнённом течении кори, возможно назначение антибиотиков. При коревом энцефалите необходимо применять большие дозы преднизолона под прикрытием антибактериальных препаратов.

Эпидемиологический надзор. В условиях спорадической заболеваемости важны активный и систематический сбор, анализ и оценка необходимой информации, постоянный обмен ею между всеми заинтересованными службами и ведомствами. Прежде всего эпидемиологический надзор включает отслеживание широты охвата прививками, иммунологический контроль привитости и защищённости детей. Ретроспективный и оперативный анализы заболеваемости направлены на выявление факторов риска заболеваемости населения. Один из принципов эпидемиологического надзора за корью - использование классификации случаев этой инфекции.

- Случай острого заболевания, при котором отмечен один или несколько типичных клинических признаков кори, классифицируют как «подозрительный».
- Случай острого заболевания, при котором выявлены клинические признаки, отвечающие «стандартному определению» случая кори, и эпидемиологическая связь с другим подозрительным или подтверждённым случаем данной болезни классифицируют как «вероятный».
- Случай кори, классифицированный как «подозрительный» или «вероятный», после лабораторного подтверждения диагноза реклассифицируют как «подтверждённый».

Выборочные серологические обследования направлены на получение сведений об иммунологической структуре различных социально-возрастных групп населения. Необходимо также анализировать сведения о биологической активности отдельных серий ЖКВ. В последние годы в связи с перспективой ликвидации кори в глобальном масштабе появилась потребность осуществления вирусологического мониторинга за «дикими» штаммами возбудителя кори.

Профилактические мероприятия. Для активной иммунопрофилактики кори применяют живую коревую вакцину (ЖКВ). Её готовят из вакцинного штамма Л-16, выращенного в культуре клеток эмбрионов японских перепелов. В Украине разрешено применение ЖКВ «Рувакс» (Авентис-Пастер, Франция), комплексной вакцины против кори, краснухи и паротита ММР (Мерк Шарп Доум, США). Живую коревую вакцину прививают детям, не болевшим корью, с 12-15-месячного возраста. Ревакцинацию проводят так же, как и вакцинацию, однократно в 6 лет, перед поступлением в школу. Её цель - защита детей, у которых по той или иной причине иммунитет не сформировался. Иммунизация не менее 95% детей обеспечивает хороший

защитный эффект. Для контроля за состоянием иммунитета населения проводят выборочные серологические исследования. Региональный комитет ВОЗ для Европы на 48-й сессии (1998) принял в качестве целей программу «Здоровье 21», предусматривающую элиминацию кори из Региона к 2007 г. или раньше. К 2010 г. элиминация заболевания должна быть зарегистрирована и сертифицирована в каждой стране. Пассивную иммунопрофилактику проводят введением противокорревого иммуноглобулина.

Мероприятия в эпидемическом очаге. Больного госпитализируют по клиническим и эпидемиологическим показаниям. На дому изоляцию прекращают через 4 дня после появления сыпи, а при осложнениях - через 10 дней. В организованных коллективах, где выявлены случаи заболевания корью, проводят срочную вакцинацию всем непривитым и не болевшим корью, а также лицам, у которых нет сведений о заболевании корью или вакцинации. Пассивная иммунизация (однократное введение иммуноглобулина в первые 5 дней после контакта с больным) показана детям до 3 лет, беременным, больным туберкулезом и лицам с ослабленной иммунной системой. В очаге инфекции устанавливают медицинское наблюдение за не болевшими корью с 8-го по 17-й, а для получивших иммуноглобулин - по 21-й день. Длительность разобщения детей дошкольного возраста, не болевших корью, составляет 17 и 21 день (в случае введения иммуноглобулина). Привитые дети и переболевшие разобщению не подлежат. В детских учреждениях группы следует изолировать и разместить с учетом сроков разобщения. При появлении в группе новых случаев заболевания разобщение удлиняют на срок, исчисляемый с момента изоляции последнего заболевшего. При возможности такую группу переводят на круглосуточное пребывание.

9) Вирусный гепатит В - инфекционное заболевание, проявляющееся желтухой, которая связана с тяжелым поражением печени. Основными путями передачи являются половые контакты и инъекции. Источниками инфекции являются хронические носители и больные. Риск заболевания гепатитом В превышает риск заболевания СПИД в 100 раз. Около 10% заболевших взрослых и 90% детей в возрасте до 1 года становятся хроническими носителями вируса гепатита В. Отдаленными последствиями перенесенного заболевания являются цирроз печени, хронический гепатит и рак печени. Вакцинация, помимо лиц из групп риска, рекомендуется всем, кто желает избежать заболевания. К группам повышенного риска относятся медицинские работники, взрослые и дети, подвергающиеся многократным инъекциям (хирургические вмешательства, госпитализация, посещения стоматологов), лицам, в окружении которых имеются хронические носители вируса гепатита В. Эувак В - представитель 2-го поколения вакцин против гепатита В, производимых с помощью генно-инженерной технологии. Такие вакцины отличаются высокой степенью очищенности и отсутствием примесей. 95% объема вакцины составляет очищенный HBs-антиген. Результатом этого является минимум побочных реакций на вакцину Эувак В и возможность применять ее у детей с первых часов жизни.

10) Новости немецкой медицины: вакцина против ВПЧ рекомендуется только девушкам. По результатам исследования, проведенного немецкими врачами, можно сделать вывод, что вирус папилломы человека (ВПЧ) играет важную роль при возникновении определенных типов рака шейки матки. Среди более чем 150 вариантов ВПЧ, некоторые из которых, например, вызывают образование безобидных бородавок на руках и ногах, имеются также так называемые типы повышенного риска, прежде всего – типы 16 и 18.

Комментирует доктор Бертольд Гэрке: «В последнее время и в Германии на рынке появилась вакцина, обещающая после проведенных клинических испытаний надежную защиту от обоих этих типов. Помимо двух названных типов обеспечивается защита и от типов 6 и 11. Они ответственны за возникновение острой кондиломы (Condyloma acuminata). Конечно же, кондиломы не так агрессивны, как другие типы (группа среднего, а не высокого риска), но, тем не менее, их следует рассматривать как потенциально способных к перерождению, да и воздействие этих типов весьма обременительно для подвергнутых их атаке».

Однако использование вакцины имеет два серьезных ограничения:

- вакцина не имеет допуска для мужчин;
- из средств больничной кассы Германии оплачивается вакцинация девушек в возрасте только до 14 лет, в их отношении существует специальная рекомендация.

В принципе, не существует никаких медицинских оснований для исключения из допуска мужчин, и в действительности в некоторых университетских клиниках по настоятельным требованиям мужчин они также могут получить прививку (Off-Label Use - способ применения, не предусмотренный инструкцией). Вся ответственность за риск возлагается в этом случае исключительно на пациентов, которые после подробных пояснений дают соответствующую расписку. Как правило, таким образом мужчины пытаются обеспечить защиту своим партнерам или, например, самим предохраниться от кондиломы.

Исследования перед допуском вакцины к использованию были слишком коротки и проводились с незначительным числом пациентов. Сообщалось о нескольких случаях тяжелых побочных воздействий, но при этом не давалось объяснений, действительно ли они связаны с вакциной, и каким образом. Как и любая иная вакцина, прививка от ВПЧ бесполезна в том случае, если пациент уже заболел. Беременность женщины теоретически не должна препятствовать ее вакцинации, поскольку в данном случае речь идет об убитой вакцине. Ведущие исследовательскую деятельность фармацевтические компании сегодня весьма активны в этом секторе, и уже в этом году в Германии на рынке появятся еще две вакцины против типов 16 и 18. Папилломавирус (вирус папилломы человека - ВПЧ) - агент, который отвечает за предраковое поражение половых органов, а также плоскоклеточный рак. Папилломавирусом поражается поверхностный эпителий кожи и слизистых оболочек. Он вызывает развитие остроконечных кондилом, в том числе плоской кондиломы шейки матки и цервикальной интраэпителиальной неоплазии. Бородавки, вызванные ВПЧ, часто регрессируют, что при поражении плоского эпителия может привести к злокачественным образованиям. По всем вопросам, связанным с предоставлением информации о немецкой индустрии здравоохранения, просим Вас обращаться в пресс-центр Швейцарской медицинской ассоциации по лечению в Европе по тел.: + 7 495 221 20 20 к Ольге Михайловой (omikhaylova@medi-line.ru), www.medi-line.ru. 25-04-2008.

11) Вакцинация против гриппа. 19 февраля 2008 года в Москве, в РИА «Новости» прошла пресс-конференция «Вакцинация против гриппа: за и против», посвященная вакцинации как необходимой и безопасной мере по борьбе с гриппом.

В пресс-конференции приняли участие крупнейшие специалисты в данной области: Цымбалова Л.М., заместитель директора НИИ гриппа РАМН; Озерцовский Н.А., заведующий лабораторией стандартизации Государственного научно-исследовательского института стандартизации и контроля медицинских биологических препаратов имени Л.А.

Тарасевича Министерства здравоохранения Российской Федерации; Ильина Н.И., д.м.н., профессор, вице-президент Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов (РААКИ); Пучкова Н.Г., первый заместитель генерального директора компании «Петровакс Фарм», разработчик вакцины «Гриппол». Грипп и ОРВИ занимают первое место по частоте и количеству случаев заболеваний в мире и составляют 95% всех инфекционных болезней. Ежегодно в мире гриппом и ОРВИ заболевает до 500 млн. человек, 2 миллиона из которых умирают. В России ежегодно регистрируют от 27,3 до 41,2 млн. заболевших гриппом и другими ОРВИ. Грипп нельзя недооценивать, ведь он особенно страшен своими последствиями. «Существуют группы населения, которым вакцинация жизненно необходима: это дети, школьники, пожилые люди», - напомнила Людмила Цымбалова. Во время эпидемий уровень госпитализаций возрастает в 2-5 раз, особенно высок он у маленьких детей (в возрасте до 5 лет) и у пожилых людей (старше 65 лет) - так называемых «групп риска». Вакцинация способствует не только снижению заболеваемости гриппом и респираторно-вирусными инфекциями, но и уменьшает вероятность развития их осложнений. На пресс-конференции активно обсуждался вопрос безопасности вакцин против гриппа и, в частности, безопасности препарата «Гриппол» - лидера среди противогриппозных вакцин в России. Ученые и врачи, принимавшие участие в конференции, заявили, что грамотная и своевременная вакцинация против гриппа безопасна для здоровья. «В этом году в нашем институте зарегистрировано только два случая необычных реакций на введение гриппозной вакцины: в Марий Эл и в Красноярском крае», - сказал Николай Озерцовский. Он напомнил, что прививочная кампания этого эпидемического сезона закончилась 31 января. Вакцинацию за счет средств федерального бюджета прошли 25 миллионов россиян, еще 6 миллионов сделали прививку за счет работодателя или собственных средств. Людмила Цымбалова отметила, что сегодня в России превалирует только одна отечественная вакцина, прошедшая все испытания и рекомендованная к применению – «Гриппол». Она и используется при вакцинации групп риска в рамках национального проекта «Здоровье». «Гриппол прошел все клинические испытания под строгим контролем государственных учреждений, и его эффективность и безопасность доказаны. Препарат также рекомендован к применению НИИ вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова РАМН. Это единственный отечественный препарат, показанный для массовой вакцинации против гриппа и подходящий для календаря прививок», - добавила Наталья Пучкова. Врачи и специалисты отметили в ходе пресс-конференции, что сообщения о тяжелых осложнениях после традиционной вакцинации против гриппа, появляющиеся в СМИ, зачастую являются вымышленными и основаны на непроверенных фактах. «Мы не можем найти этих пациентов, о которых говорится в публикациях. У меня создается впечатление, что эта информация просто вымышленна», - сказала вице-президент Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов Наталия Ильина. Она заметила, что чаще всего причиной нежелательных реакций или осложнений является неграмотное проведение вакцинации, а не сама вакцина. Например, врач может не уточнить у пациента, есть ли у него аллергии на куриное яйцо, белок которого входит в состав вакцины. Николай Озерцовский отметил важность внимательного изучения инструкции любого вакцинального препарата, где отмечены не только противопоказания, но и сказано, куда пациент может обратиться в случае нежелательных реакций. И добавил, что при внимательном отношении к своему здоровью таких реакций возникнуть не должно. Он также предоставил официальное письмо из ГИСК о том, что «регламент на вакцину «Гриппол» был утвержден в 1996 г., затем прошел переутверждение в 2001 и в 2006 гг. без внесения изменений». Наталья Пучкова также акцентировала внимание на то, что негативная, непроверенная и искаженная информация может не только подрывать доверие населения к вакцинации, но и угрожать здоровью нации и национальной безопасности страны в случае развития пандемии гриппа. Эффективная и безопасная гриппозная вакцина «Гриппол» на основе антигенов вируса гриппа и полиоксидония в качестве встроенного иммуноадьюванта является вакциной последнего поколения и не имеет аналогов в мировой практике. Вакцина «Гриппол» рекомендуется к широкому применению в здравоохранении для профилактической иммунизации детей с 6-месячного возраста, подростков и взрослых без ограничения возраста и особенно показана для групп с высоким риском заболевания гриппом. Результаты вакцинации: 10 лет успешного применения (привито более 100 миллионов человек) свидетельствуют о безопасности и высокой профилактической эффективности вакцины «Гриппол». За дополнительной информацией обращаться: Коцера Анастасия, тел: + 7 (495) 785 22 55#195, e-mail: akotseruba@imageland.ru.

- V. «Привит — значит, защищен». Привитые болеют гораздо реже. Допустим, процент охвата равен 95%. Среди заболевших 50% привитых и 50% непривитых (к примеру, по 50 человек из 10000 населения). Дальше - простая арифметика: 95000 привитых дали 50 больных (каждый 1900-й), а 5000 непривитых те же 50 больных (каждый 100-й). Отсюда видно, что привитые заболевали в 19 раз реже. Вакцина Эувакс В широко распространена в России. На сегодняшний день, начиная с 1998 г. в России применено уже около 4 миллионов доз. В 1999-2000 гг. Эувакс В была выбрана и закуплена Комитетом здравоохранения Москвы для плановой трехкратной вакцинации 110 тысяч подростков школьного возраста. Исследование (<http://www.privivka.ru/vaccines/bulletin/vol12/article4.htm>), проведенное по результатам этой масштабной прививочной кампании показало, что вакцина Эувакс В сформировала интенсивный и долгосрочный иммунный ответ в защитных значениях у 99% привитых, причем у 80% подростков концентрации антител в 100 раз превышали минимальные защитные значения. При этом не было зарегистрировано ни одного осложнения. Повышение температуры тела до 39 С было зафиксировано только у 2 (из 110 тысяч!) детей. Слабые местные и общие реакции отмечали лишь 0,06% привитых (64 ребенка). Эти результаты характеризуют вакцину Эувакс В как безопасный и высокоэффективный препарат для профилактики вирусного гепатита В. Вакцинация проводится по 2 схемам: "быстрой" (0, 1, 2, 12 месяцев) и обычной (0, 1, 6 месяцев). С учетом максимальных отклонений от схемы график вакцинации выглядит следующим образом: выбранный день - 1 месяц (4 месяца) - 6 месяцев (18 месяцев от момента первой прививки). По результатам прививки в среднем 95% привитых вакциной Эувакс В обладают надежным иммунитетом против вирусного гепатита В. При этом у 90% концентрация антител превышает защитные пороги и обеспечивает долгосрочную защиту, длительность которой, согласно существующим оценкам, составляет не менее 15 лет.

Вакцинация не всегда бывает эффективной. Вакцины теряют свои качества при неправильном хранении. Но даже если условия хранения соблюдались, всегда существует вероятность, что иммунитет не простимулируется. На развитие поствакцинального иммунитета влияют следующие факторы:

1. зависящие от самой вакцины
 - чистота препарата;
 - время жизни антигена;
 - доза;
 - наличие протективных антигенов;
 - кратность введения.
 2. зависящие от организма
 - состояние индивидуальной иммунной реактивности;
 - возраст;
 - наличие иммунодефицита;
 - состояние организма в целом;
 - генетическая предрасположенность.
 3. зависящие от внешней среды
 - питание;
 - условия труда и быта;
 - климат;
 - физико- химические факторы среды.
- V. «Непривитой ребенок опасен для окружающих». «Непривитой обязательно заболеет и станет инвалидом, если не умрет». «Прослышав о возможных поствакцинальных осложнениях, часть родителей пытается «уберечь» своих детей от прививок... Сходная ситуация в период недавней эпидемии дифтерии в России привела к трагическим исходам среди немалого числа детей и взрослых», — пишет Т. А. Бектимиров из ГосНИИ стандартизации и контроля (ГНИИСК) медицинских биологических препаратов в информационном бюллетене «Вакцинация».
- VI. Заболевшие были НЕПРАВИЛЬНО привиты. «Привитые болеют в более легкой форме».
- II. «Прививки безопасны».

Регистрацию вакцин, контроль за качеством вакцин, мониторингом и обобщением осложнений на введение вакцин в России занимается Государственный Институт стандартизации и контроля вакцин и сывороток им. Л. А. Тарасевича. В соответствии с Приказами Минздрава, он по сути является Национальным Органом контроля (НОК) медицинских иммунобиологических препаратов (МИБП). За последние 8 лет в ГИСК зарегистрированы 523 случая поствакцинальных осложнений. Данные нижеследующей таблицы дают лишь общее представление о возникновении осложнений при введении различных вакцин, они конечно занижены по сравнению с действительным числом осложнений в силу несовершенства существующей в России (равно как и в любой другой стране) системы мониторинга побочного действия вакцин.

Количество зарегистрированных в РФ случаев поствакцинальных осложнений в 1990-1997 гг.

Вакцина	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	Всего
АКДС	22	20	20/1	20	15	15	7	5	124/1
АДС	2	4	7	3	4	1	7/1	2	30/1
БЦЖ и БЦЖ-М	15	69	6	34	13	30	24	48	249
Коревая вакцина	15	10/1	9/1	5	-	-	-	-	42/2
ОПВ	10	3	1	-	-	-	-	3	17
Паротитная вакцина	4	1	1	3	3	-	-	-	12
Вакцина против бешенства-	2	1	2	1	1	1	1	3	11
Гриппозная живая вакцина-	-	-	-	-	-	2	-	-	2
Прочие вакцины	2	2	1	2	2	2	4	21	36
Всего	70	111/1	46/2	69	38	51	44/1	85	523/4

Примечание: В знаменателе - число смертельных исходов.

Неврологические осложнения встречаются в 2 раза чаще, чем аллергические. Осложнения первой группы вызывают преимущественно коклюшный компонент АКДС, коревая и полиомиелитная вакцины, аллергические осложнения - все остальные вакцины.

Проявления зарегистрированных в РФ случаев поствакцинальных осложнений в 1990-1997 гг.

Вакцина	Клинические проявления			Всего
	Неврологические	Аллергические	Прочие	
АКДС	103	17	4/1	124/1
АДС	16	12	2/1	30/1
БЦЖ и БЦЖ-М	-	-	249 (лимфадениты)	249
Коревая вакцина	28	8	6/2	42/2
ОПВ	12	5	-	17
Паротитная вакцина	4	3	5	12
Вакцина против бешенства	5	5	1	11
Гриппозная вакцина	-	2	-	2
Прочие	3	31	2	36
Всего	171	83	256/3	523/4

Примечание: В знаменателе - число смертельных исходов.

Чуть меньше половины всех случаев осложнений связаны с введением БЦЖ и БЦЖ-М и представлены лимфаденитами (воспаление лимфоузлов). На долю АКДС и АДС приходится около трети всех случаев осложнений. Наиболее тяжелыми являются неврологические осложнения, однако большая часть из них вызвана параллельно протекающими нейротропными инфекциями. Основными причинами возникновения патологии, связанной с вакцинацией лишь по времени, являются: обострение вялотекущей или скрытой инфекции, совпадение прививки с началом острого заболевания, присоединение после

прививки параллельно заболевания. В части случаев заболевание развивается вследствие контакта прививаемого с инфекционным больным незадолго до вакцинации.

С 1977 по 1999 г. ГИСК им. Л. А. Тарасевича зарегистрировал 51 случай смертельных исходов, совпадающих по времени с прививками, не связанных с вакцинами. В 38 случаев причиной гибели детей явились ОРВИ с отеком мозга (11 случаев), менингококковая инфекция (9 случаев), гнойный менингоэнцефалит (6 случаев), воспаление легких (5), кишечная инфекция (4), цитомегаловирусная инфекция (2), дифтерия (1) и скарлатина (1). В период с 1977 по 1999 гг. лет в РФ (и бывшем СССР) зарегистрировано 12 случаев летального исхода от осложнений, действительно вызванных вакцинами: от анафилактического шока после введения АКДС (3 случая), от генерализованной БЦЖ-инфекции - 6 случаев, от поствакцинального энцефалита - 5 случаев при введении АКДС, 1 случай при введении живой коревой вакцины. Н. В. Медуницын, "Вакцинология", Москва, "Триада", 1998.

Вакцина Эувакс В была впервые зарегистрирована в 1992 г. и в настоящий момент применяется в 37 странах мира, во всех частях света. В Европе вакцина Эувакс В зарегистрирована в Румынии, Болгарии, Эстонии, Латвии, Литве и практически всех бывших республиках СССР. Эувакс В сертифицирован специальной комиссией ВОЗ по качеству вакцин в 1996 и 2001 гг. (http://www.privivka.ru/data/pdf/euvax_who.pdf) и в настоящее время применяется в рамках программ ЮНИСЕФ и ВОЗ. Производство этой вакцины (на заводах LG Chemical Ltd., Южная Корея) сертифицировано как отвечающее международным нормам Good Manufacturing Practice и европейским стандартам качества. В настоящее время компания "Авентис Пастер" является эксклюзивным дистрибьютером вакцины Эувакс В. Эувакс В зарегистрирована Минздравом РФ по результатам полного цикла лабораторных, клинических испытаний и инспекции производства. Результаты регистрационных испытаний Минздрава России доказали, что Эувакс В это безопасная (процент побочных реакций на прививку не превысил стандартных значений для этого класса вакцин) и эффективная вакцина (после прививки защитный иммунитет сформировался у 93% привитых). Прививка Эувакс В - это действительно "мягкая" вакцина: лишь 2,5% привитых отмечают болезненность в месте инъекции и около 5% небольшое (до 37,5°C) повышение температуры. Все реакции появляются в течение первых суток после вакцинации и проходят без лечения в течение 1-2 дней. Опыт Республики Кыргызстан (http://www.privivka.ru/data/pdf/eu_kyr.pdf) (около 7000 привитых новорожденных) показал, что побочные реакции возникают лишь у 2,2% привитых детей, носят нетяжелый характер, проявляются в основном местными реакциями и проходят без лечения в течение 1-2 дней. Температурных реакций не зарегистрировано.

Профилактика осложнений. Ни одна из применяющихся в настоящее время вакцин не может гарантировать отсутствие побочных реакций. Поэтому чрезвычайно важны меры профилактики поствакцинальных осложнений. К основным мерам профилактики относятся:

- строгое выполнение техники вакцинации;
- соблюдение противопоказаний;
- точное исполнение инструкций по транспортировке и хранению вакцин;
- соблюдение интервалов между прививками

К факторам, располагающим к поствакцинальным осложнениям относятся:

1. Наличие у ребенка поражения нервной системы, особенно таких, как повышенное внутричерепное давление, гидроцефальный и судорожный синдромы.
2. Любые формы аллергических проявлений.
3. Частота, длительность, характер острых заболеваний, особенности течения хронических заболеваний.
4. Наличие в прошлом ненормальных реакций на предшествующие прививки.

При вакцинации необходимо соблюдать следующие положения:

1. Минимальный интервал между проведением прививки и предшествующим острым или обострением хронического заболевания должен быть не менее 1 мес. Однако, при легко протекающих острых заболеваниях (например, насморке), интервал может быть сокращен до 1 недели. Прививки против гриппа инактивированными вакцинами можно делать сразу после нормализации температуры.
2. В близком окружении ребенка не должно быть больных острыми респираторными заболеваниями.
3. В случаях, когда врач по какой-либо причине опасается вакцинировать ребенка амбулаторно, прививка может быть проведена в стационаре (например, в случаях тяжелых аллергических реакций в прошлом).

Рекомендации.

1. Перед тем как начать делать прививки посетите детских врачей, в том числе невропатолога; необходима дополнительная консультация специалиста, если:
 - ребенка есть какое-либо заболевание, родовая травма, диатез;
 - ребенок принимает какие-либо лекарственные препараты;
 - на предыдущее введение вакцины была тяжелая реакция;
 - есть аллергия на что-либо;
 - ребенок получал гаммаглобулин или переливание крови за последние три месяца;
 - для девочек-подростков и женщин: есть беременность;
 - ребенок или кто-либо из членов семьи страдают иммунодефицитом, раком, СПИДом или другими иммунными заболеваниями;
 - ребенок или кто-либо из членов семьи принимает стероидные препараты, получает лучевую и химиотерапию;
- внимательно изучите общие противопоказания к вакцинации и противопоказания к конкретной прививке - убедитесь в том, что они не относятся к Вашему ребенку;
- не менее чем за неделю перестаньте вводить новые виды пищи (актуально для детей с аллергией);
- посоветуйтесь с врачом педиатром о способе предотвращения и смягчения аллергических реакций на вакцину;
- сдайте анализы крови и мочи, получите результаты и убедитесь в том, что они позволяют делать прививку. Требование о проведении иммунологического обследования ("иммунная карта крови") перед прививками, иногда

выдвигаемое в средствах массовой информации, бесосновательно и не имеет смысла, так как ни один из параметров так называемого иммунологического статуса (что часто необоснованно называют "вторичный иммунодефицит") не свидетельствует о повышенном риске осложнений. Анализ на первичный иммунодефицит потребовал бы проведения более 80 анализов, часто малонадежных. Проверка наличия специфических антител перед прививкой грудных детей не имеет смысла, поскольку у них могут еще циркулировать материнские антитела, исчезающие в течение короткого срока;

- следует избегать приема антибиотиков и сульфаниламидов за 1-2 дня до вакцинации живыми вакцинами;
2. Подготовка к прививкам:
- чем меньше времени пройдет между получением результата анализов и собственно прививкой, тем лучше;
 - начните давать ребенку профилактический препарат, если он назначен врачом;
 - узнайте у своего врача, через какое время после прививки можно ожидать каких-либо побочных реакций (и какие они).
3. Непосредственно перед прививкой:
- оцените состояние ребенка;
 - измерьте температуру;
 - если есть сомнения, свяжитесь с врачом;
 - перед прививкой ребенка должен осмотреть врач;
 - Вы имеете право ознакомиться с инструкцией к вакцине и проверить срок годности препарата.
4. После прививки
- проведите 20-30 минут после прививки в помещении поликлиники - это позволит Вам получить быструю квалифицированную помощь в случае тяжелых аллергических реакций;
 - по назначению врача дайте ребенку профилактический препарат;
 - если поднялась температура, то давайте ребенку больше пить и делайте обтирания тепловатой водой;
 - если у ребенка наблюдаются местные реакции: прикладывайте к больному месту прохладную мочалку из махровой ткани. Недопустимо самостоятельно накладывать компрессы и мази на место укола! Если через 24 часа не наступит улучшение, позвоните врачу;
 - внимательно следите за малейшими изменениями физического и психического состояния ребенка, особенно если не применяете профилактику;
 - сообщите врачу обо всем, что покажется необычным, это пригодится при подготовке к следующей вакцинации;
 - при малейших признаках удушья вызывайте "неотложку". Обязательно проинформируйте прибывших врачей о том, что сегодня была сделана прививка (против какого заболевания и какой вакциной).
5. Далее
- продолжайте давать профилактический препарат столько дней, сколько назначено врачом;
 - наблюдайте за состоянием ребенка столько дней, сколько может длиться реакция;
 - следует избегать приема антибиотиков и сульфаниламидов на протяжении 7 недель после вакцинации живыми вакцинами;
 - если все сроки прошли, а какие-то остаточные явления остались (ребенок нервный, на месте введения вакцины - воспаление, др.), свяжитесь с врачом;
 - некоторое время не вводите ребенку новые виды пищи.

Внимание! То, что первая вакцинация прошла незаметно, не говорит о том, что и в следующий раз все будет так же. При первой встрече с антигеном организм может не среагировать, а вот реакция на повторное введение вакцины может быть довольно сильной. Источники: Иммунопрофилактика - 2000 под ред. В. К. Таточенко и Н. А. Озерецковского. Москва 2000. Н. В. Медунин. Вакцинология. Москва 1999. Бактерийные, сывороточные и вирусные лечебно-профилактические препараты. Аллергены. Дезинфекционно-стерилизационные режимы поликлиник. Справочник практического врача. Под ред. Н. А. Озерецковского, Г. И. Останина. Санкт-Петербург 1998. Сайт "Здоровый родитель" (<http://www.parents.ru/>).

Побочные реакции и осложнения. Природа вакцинальных реакций. Введение в организм человека как живых, так и инактивированных бактериальных или вирусных вакцин приводит к развитию вакцинального процесса, нередко сопровождающегося стереотипными клиническими проявлениями, протекающими в виде общих (повышение температуры, недомогание, головная боль и др.) и местных (гиперемия, болезненность, инфильтрат) реакций. Вакцинальные реакции для инактивированных вакцин, как правило, однотипны, а для живых вакцин специфичны. Они характеризуются кратковременным и нередко циклическим течением и обычно не вызывают серьезных расстройств жизнедеятельности организма. Однако в тех случаях, когда вакцинальные реакции проявляются в виде выраженного патологического процесса, их называют поствакцинальными осложнениями.

Различия между постпрививочными реакциями и поствакцинальными осложнениями весьма условны. Поэтому оба типа реакций объединяют термином "побочные реакции". Помимо "истинных" поствакцинальных осложнений, в постпрививочном периоде могут наблюдаться патологические процессы, возникающие в результате провоцирующего действия прививок. Речь идет об обострении хронических болезней и оживлении латентной инфекции у привитых, при этом прививки являются не причиной, а скорее условием, благоприятствующим развитию указанных процессов.

Доказательства поствакцинальных осложнений. Появление клинических симптомов после введения вакцины вовсе не означает, что именно вакцина вызвала эти симптомы. Последние могут быть связаны с присоединением какой-либо интеркуррентной инфекции, которая может изменить и отяжелить реакцию организма на прививку, а в ряде случаев способствовать развитию поствакцинальных осложнений. В таких случаях для доказательства причинной связи между вакцинацией и патологическим синдромом должно быть проведено тщательное расследование. Так, после введения живых вирусных вакцин наиболее доказанной эта связь является при выделении и идентификации вакцинного штамма от больного. Вместе с тем, после прививки живой полиомиелитной вакциной вакцинный штамм может выделяться из стула

вакцинированного в течение нескольких недель, и поэтому появление в этом периоде клинических симптомов энцефалита вовсе не означает, что они обусловлены вирусом полиомиелита. Более надежным доказательством причинной связи в таких случаях может быть выделение вируса из естественно стерильной ткани или жидкости организма, таких как мозг или ликвор.

Сроки возникновения реакций. Побочные действия вакцин, как правило, проявляются в пределах 4-х недель после иммунизации, лишь после БЦЖ-прививки остеомиелиты могут проявляться даже через 14 месяцев после вакцинации. Реакции на инактивированные вакцины обычно развиваются рано (в течение нескольких часов) и их проявления являются более кратковременными. При введении живых вакцин реакции (кроме аллергических немедленного типа) не могут проявляться раньше 4-го дня и более чем через 12-14 дней после введения коревой и 30 дней после введения полиомиелитной и паротитной вакцины. Это связано с тем, что общие реакции после прививок живыми вакцинами развиваются после "инкубационного периода", необходимого для размножения микроорганизма.

Виды побочных реакций. Различают местные и общие реакции. Местные реакции возникают обычно на месте введения препарата и варьируют от легкого покраснения, лимфаденитов до тяжелого гнойного абсцесса. Общие реакции чаще всего проявляются в виде аллергических, а также незначительного или сильного повышения температуры с вовлечением в процесс различных систем и органов, наиболее тяжелым из которых является поражение центральной нервной системы. Часто встречающиеся побочные реакции. У разных вакцин побочные эффекты могут различаться. Однако существует ряд реакций, которые могут встречаться во многих случаях:

- Аллергические реакции на компоненты вакцины.
- Эффекты болезни в мягкой форме.
- Живые вакцины могут быть опасны для людей с ослабленной иммунной системой (иммунодефицитами).
- Местные реакции в месте инъекции
- Повышенная температура.

При применении вакцин существует также другая опасность - с течением времени эффект прививки снижается, и пациент может заболеть. Тем не менее, болезнь будет проходить легче и давать меньше осложнений, чем у непривитых. Частота поствакцинальных осложнений. Первое место в структуре поствакцинальных осложнений занимают осложнения после АКДС-вакцинации (до 60% всех осложнений). Можно надеяться, что в перспективе широкое использование бесклеточного коклюшного компонента приведет к значительному снижению этих осложнений. Наиболее частые причины осложнений:

- Неправильная дозировка вакцины.
- Неправильно выбрана техника иммунизации.
- Нарушение техники стерилизации приборов.
- Вакцина приготовлена с использованием неправильного растворителя.
- Неправильное разведение вакцины.
- Неправильно приготовление вакцины (например, вакцина не была перемешана перед употреблением).
- Загрязнение вакцины.
- Неправильное хранение вакцины.
- Не были приняты во внимание противопоказания.

Осложнения, связанные с нарушением техники вакцинации. Эти осложнения немногочисленны. Нарушения стерильности приводят к развитию нагноений в месте введения, поверхностное подкожное введение адсорбированных вакцин может привести к образованию инфильтратов. Введение вакцины БЦЖ подкожно обычно ведет к развитию абсцесса, при этом часто наблюдается вовлечение в процесс лимфоузлов, в ряде случаев заканчивающееся развитием гнойных лимфаденитов. Осложнения, связанные с введением повышенной дозы препарата. Могут быть обусловлены:

- введением препарата в большем объеме;
- плохим перемешиванием сорбированного препарата;
- подкожным введением вакцин, используемых для профилактики особо опасных инфекций (чума, туляремия и др.), разведенных для накожной аппликации.

Особую опасность представляет ошибочное введение препарата, поскольку при этом часто происходит как нарушение техники вакцинации, так и введение его в повышенной дозировке, что может явиться причиной тяжелых токсикоаллергических реакций вплоть до летального исхода. При увеличении дозы инактивированных вакцин и живых (за исключением БЦЖ) бактериальных вакцин в 2 и более раз рекомендуется парентеральное введение одного из антигистаминных препаратов в возрастной дозировке и назначение парацетамола, а при ухудшении состояния пероральное или парентеральное введение преднизолона. В случае увеличения дозы живой бактериальной вакцины следует также назначить введение соответствующего антибиотика в течение не менее 3 дней. Увеличение дозы коревой, паротитной и полиомиелитной вакцины не требует назначения терапии и обычно не сопровождается какими-либо патологическими проявлениями. Осложнения, связанные с нарушением режима хранения. Нарушение температурного режима хранения ряда препаратов не только сопровождается снижением их эффективности, но и может привести к повышению реактогенности. Так, хранение сорбированных препаратов при высокой температуре и их замораживание приводит к десорбции антигенов, и введение такого препарата, ставшего несорбированным или сорбированным частично, будет сопровождаться быстрым поступлением антигенов в систему циркуляции, что у лиц с высоким уровнем антител может привести к развитию аллергических реакций.

Осложнения, связанные с повышенной чувствительностью привитого к введенному препарату. Данная группа осложнений представляет наибольшую опасность, поскольку прогнозировать их возможное развитие у конкретного ребенка в подавляющем большинстве случаев не представляется возможным. В зависимости от вида вакцины осложнения такого рода могут быть обусловлены:

- токсическим (фармакологическим) действием препарата (инактивированные вакцины);
- вакцинальным инфекционным процессом (живые вакцины);

- сенсibilизацией;
- аутосенсibilизацией;
- реверсией вирулентных (живые вакцины) или токсигенных (анатоксины) свойств.

На практике имеет место сочетание перечисленных механизмов развития поствакцинальной патологии. При этом, в ряде случаев их развитие обуславливает не препарат как таковой, а примеси, попадающие или вносимые в него в процессе производства.

Безопасность вакцин. Пре-лицензионная стадия испытания вакцин. Вакцины, так же как и другие лекарственные препараты претерпевают обширные клинические испытания для обеспечения максимальной безопасности и эффективности. Первоначальные клинические испытания проводятся на животных, затем проводятся несколько фаз испытаний на человеке. Исследования делятся на несколько фаз:

- **ФАЗА I:** Лабораторные испытания вакцин-кандидатов - исследование на токсичность, физические свойства, химический состав. Доклиническое изучение на лабораторных животных состоит из 4-х разделов: исследование иммунореактивности, изучение алергизирующего действия вакцины и аутоиммунных реакций организма на вакцинацию, исследование количественных и качественных изменений на клеточном уровне, исследование морфологий органов иммунной системы. В случае изменения иммунологической реактивности, выявления алергических или аутоиммунных реакций, а также выявления сдвигов в системе иммунокомпетентных клеток или гистологических изменений в органах иммунной системы у вакцинированных животных, заключение о возможности дальнейшего изучения препарата в клинических испытаниях должно основываться на сопоставлении соотношения эффекта вакцинации и безопасности вакцины с учетом предполагаемой для человека дозы и назначения препарата.
- **ФАЗА II:** Ограниченные испытания вакцин-кандидатов среди людей - исследования на иммуногенность и безопасность. Изучения проходят на сотнях добровольцах. Эти исследования осуществляется только после положительного заключения национального органа контроля медико-биологических препаратов. Определяет правильную концентрацию антигена, количество компонентов вакцины, технику изготовления, эффект последующих доз и основные побочные реакции. На основе этих исследований проводится окончательный выбор типа вакцины для проведения третьей фазы.
- **ФАЗА III:** Широкомасштабные испытания вакцин-кандидатов на здоровых пациентах - определяется эффективность вакцины и побочные реакции. Число испытуемых составляет тысячи человек. Длительность наблюдения определяется, исходя из результатов, полученных на предыдущих этапах испытаний и обычно ограничивается 1-2 годами (но не менее 6 месяцев). Одновременно ведется наблюдение за контрольной группой, не получавшей вакцину. Производится измерение эффективности и частоты и типов побочных реакций

Пост-лицензионный контроль качества вакцин (ФАЗА IV). Так как при применении вакцины могут возникнуть редкие побочные реакции, или отсроченные побочные реакции, или специфические реакции в конкретных суб-популяциях, исследования продолжаютя и после лицензирования вакцины. Продолжается исследование частоты и силы побочных реакций, эффективность. Мониторинг побочного действия вакцин проводится на всех уровнях медицинского обслуживания. Первичная регистрация осложнения заключается в установлении диагноза в процессе активного наблюдения за привитым или в случае обращения привитого за медицинской помощью. Существующая в России система регистрации и анализа поствакцинальных осложнений требует совершенствования, пока она не позволяет выявить все случаи побочного действия вакцин. Ниже приведен перечень определений побочных реакций, который рекомендуется ВОЗ для использования в рамках расширенной программы иммунизации. Перечень определений, используемых для мониторинга побочных реакций, возникающих в течение 4-х недель после иммунизации:

1. Местные побочные реакции:
 - абсцесс в месте введения вакцины;
 - лимфадениты;
 - другие тяжелые местные реакции.
2. Побочные реакции с поражением центральной местной системы:
 - острый паралич (паралитический полиомиелит, синдром Гильен-Барре);
 - энцефалопатия;
 - энцефалит;
 - менингит;
 - судороги.
3. Другие побочные реакции:
 - алергическая реакция;
 - реакция анафилактического шока;
 - артралгия;
 - диссеминированная инфекция, вызванная БЦЖ;
 - лихорадка;
 - коллапс;
 - остит (остеомиелит);
 - устойчивый пронзительный крик;
 - сепсис;
 - синдром токсического шока;
4. Другие тяжелые и необычные реакции наблюдающиеся в течение 4-х недель после иммунизации.

Государственная система оценки безопасности вакцин. В соответствии с рекомендациями ВОЗ каждое государство, даже не производящее вакцины должно иметь национальный орган контроля иммунобиологических препаратов (МИБП). Постановлением Правительства России функции Национального органа контроля, отвечающего за качество вакцин,

возложены на Государственный НИИ стандартизации и контроля медицинских биологических препаратов им. Л. А. Тарасевича. Система оценки безопасности вакцин включает 5 уровней контроля:

1. Испытание новых вакцин разработчиком и национальным органом контроля. На этом этапе государственный надзор предусматривает проведение экспертизы нормативной документации, лабораторного контроля экспериментальных, экспериментально-производственных и первых производственных серий вакцин, а также клинических испытаний вакцин на их безопасность. В отличие от многих стран в России существует система государственных испытаний, которые проводятся под руководством Контрольного института с применением препаратов сравнения, двойного слепого метода и других принципов контролируемых испытаний без участия разработчиков. Все серии вакцин, применяемые в этих испытаниях, должны пройти лабораторный контроль в ГИСК им. Тарасевича. Вакцины оценивают сначала на взрослых, затем на детях. При этом используется принцип информированного согласия лиц, участвующих в испытаниях вакцин.
2. Контроль вакцин на производстве. Предусматривает обязательный поэтапный контроль материала на безопасность на разных стадиях технологического процесса (входной контроль исходного сырья, контроль полуфабриката и готовой продукции).
3. Сертификация серий вакцин ГИСК им. Л. А. Тарасевича. Все вакцины, применяемые на территории РФ, подлежат обязательной государственной сертификации, проверке соответствия отдельных серий вакцин требованиям нормативной документации.
4. Инспектирование предприятий. Целью этого этапа является проверка соблюдения требований GMP (Good Manufacturing Practice - надлежащая производственная практика), гарантирующих безопасность коммерческих препаратов.
5. Госконтроль соответствия качества вакцин на местах их применения. Этот этап возложен на Центры санэпиднадзора. Они должны следить за соблюдением правил хранения, транспортировки и реализации препаратов.

Зарубежные препараты. В соответствии с национальными требованиями и рекомендациями ВОЗ разрешается вводить и применять только те вакцины, которые зарегистрированы в Российской Федерации. Это же предусмотрено и Федеральным Законом "О лекарственных средствах". Каждая ввозимая серия должна иметь сертификат, выданный Национальным органом контроля, подтверждающий соответствие ее качества требованиям документации. Упаковка вакцины и инструкция по ее применению должны иметь текст на русском языке. Процедура регистрации предусматривает анализ материалов по доклиническому и клиническому испытанию препаратов, документации по их контролю, проведение самого контроля, а в ряде случаев и наблюдений по оценке реактогенности и специфической активности, а также аттестацию производства. Федеральным Законом "Об иммунопрофилактике..." предусмотрена ответственность за введение незарегистрированного зарубежного препарата, в тех же случаях, когда применение последнего привело к развитию осложнения, компенсацию за ущерб здоровью выплачивает лицо, которое его назначило. Рекламации по качеству вакцин следует направлять в ГИСК им. Л. А. Тарасевича. Источники: Иммунопрофилактика-2000 под ред. В. К.Таточенко и Н. А.Озерецковского. Москва 2000. Н. В. Медуницын. Вакцинология. Москва 1999. Р. Я. Мешкова. Иммунопрофилактика. Руководство для врачей. Смоленск 1999. Бюллетень "Вакцинопрофилактика".

Виды вакцин.

1) Живые вакцины. Они содержат ослабленный живой микроорганизм. Примером могут служить вакцины против полиомиелита, кори, свинки, краснухи или туберкулеза. Могут быть получены путем селекции (БЦЖ, гриппозная). Они способны размножиться в организме и вызывать вакцинальный процесс, формируя невосприимчивость. Утрата вирулентности у таких штаммов закреплена генетически, однако у лиц с иммунодефицитами могут возникнуть серьезные проблемы.

2) Инактивированные (убитые) вакцины. Содержат убитый целый микроорганизм (например цельноклеточная вакцина против коклюша, инактивированная вакцина против бешенства, вакцина против вирусного гепатита А), их убивают физическими (температура, радиация, ультрафиолетовый свет) или химическими (спирт, формальдегид) методами. Такие вакцины реактогенны, применяются мало (коклюшная, против гепатита А).

3) Химические вакцины. Содержат компоненты клеточной стенки или других частей возбудителя, как например в ацеллюлярной вакцине против коклюша, конъюгированной вакцине против гемофильной инфекции или в вакцине против менингококковой инфекции.

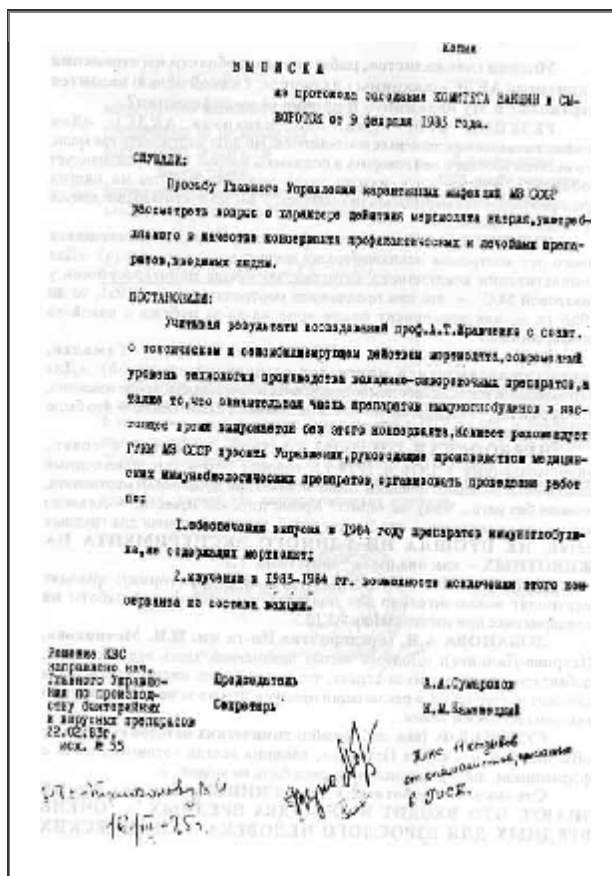
4) Анатоксины. Вакцины, содержащие инактивированный токсин (яд), продуцируемый бактериями. В результате такой обработки токсические свойства утрачиваются, но остаются иммуногенные. Примером могут служить вакцины против дифтерии и столбняка.

5) Векторные (рекомбинантные) вакцины. Вакцины, полученные методами генной инженерии. Суть метода: гены вирулентного микроорганизма, отвечающий за синтез протективных антигенов, встраивают в геном какого-либо безвредного микроорганизма, который при культивировании продуцирует и накапливает соответствующий антиген. Примером может служить рекомбинантная вакцина против вирусного гепатита В, вакцина против ротавирусной инфекции.

6) Синтетические вакцины - представляют собой искусственно созданные антигенные детерминанты микроорганизмов.

7) Ассоциированные вакцины. Вакцины различных типов, содержащие несколько компонентов (АКДС).

Выписка из протокола заседания КОМИТЕТА ВАКЦИН и СЫВОРОТОК от 9 февраля 1983 года.



Мнения специалистов, работающих в области изготовления и контроля АКДС-«вакцины» на вопрос: с какой целью вводится мертиолят в эту «вакцину» и прочие её модификации?

РЕЗЕПОВ Ф. Ф. (зав. лаб. контроля АКДС): «Для доинактивации коклюшных компонентов. Но доза мертиолята так мала, что незачем вообще о ней говорить и поднимать вопрос, и ВОЗ рекомендует добавлять. Кроме того, нужно знать условия работы на наших предприятиях - без мертиолята не обойтись. У нас по документации допуск от 80 до 120 мкг/мл».

ЧУПРИНИНА Р. П. (ст. н. с. этой же лаборатории, занимавшаяся много лет контролем исключительно коклюшного компонента): «Для доинактивации коклюшного антигена, но лучше поинтересуйтесь у Захаровой М. С. - это она предложила мертиолят то ли в 1955, то ли 1956 гг. - как консервант после приезда из-за рубежа с какой-то конференции...».

ЗАХАРОВА М. С. (ИЭМ им. Н. Ф. Гамалеи, занимавшаяся много лет коклюшной вакциной): «Для детоксикации коклюшного компонента, вместо формалина, вроде известно, что формалин - канцероген, но точно не помню, с какой целью - это было давно... я уж теперь не помню...».

ЧЕРВОНСКАЯ Г. П.: «Но... работы Захаровой с соавт., опубликованные в 1976 и 1978 г.г. говорят о том, что коклюшные компоненты обладают большей токсичностью при добавлении мертиолята, нежели без него... чему же верить? Кроме того, согласно именно документации - эта "малая доза", предназначенная для грудных детей, не прошла ни единого эксперимента на животных - как она была "допустима"?!» [5]

ЧЕБОТАРЕВА С. В. (ст. н. с. той же лаборатории): «Вводят мертиолят исключительно для подстраховки стерильной работы на предприятиях при изготовлении АКДС».

ЛОБАНОВА А. Н. (предприятие Ин-та им. И. И. Мечникова, Петрово-Дальнее): «Должна честно признаться, здесь ведь все свои, добавляем мертиолят из-за страха, что инъекции на местах применения сделают нестерильно, а рекламации придут к нам из-за некачественности вакцины по нашей вине»...

РУНОВА В. Ф. (зав. лаб. физико-химических методов контроля): «Вы ошиблись, Галина Петровна, вакцина всегда готовится либо с формалином, либо с мертиолятом, двух быть не может...».

Столько лет работают в этом ГНИИСКе и до сих пор не знают, что входит в акдс два вредных - очень вредных для взрослого человека - химических вещества?! Сведения Червонской.

VIII. Для эффективной защиты нужен коллективный иммунитет, охват прививками не менее XX% населения.

Зарубежный календарь прививок (на примере США).

Объединенные клетки показывают возможный интервал для вакцинации. Оранжевым цветом обозначены дозы, которые должны применяться, в случае, если предыдущие дозы были пропущены или применялись ранее, чем рекомендовано.

Возраст	ново-рожд	1 мес.	2 мес.	4 мес.	6 мес.	12 мес.	15 мес.	18 мес.	24 мес.	4-6 лет	7 лет	11-12 лет	14-16 лет
	Вакцина												
Дифтерия, Коклюш, столбняк	-	-	Дифтерия, Коклюш, столбняк	Дифтерия, Коклюш, столбняк	Дифтерия, Коклюш, столбняк	-	Дифтерия, Коклюш, столбняк	-	Дифтерия, Коклюш, столбняк	-	Дифтерия, Коклюш, столбняк	-	столбняк

Полиомиелит (2)	-	-	ИПВ	ИПВ	Полио	-	Полио	-	-	-
Корь, паротит, краснуха	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Гепатит В (1)				-	-	-	-	-	-	-
Гемофильная инфекция	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ветряная оспа (4)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

1) Дети рожденные от HBsAg-негативных матерей должны получить вторую вакцинацию не ранее месяца после первой. Третья вакцинация должна быть сделана не ранее 4 месяцев от первой дозы и не ранее 2-х месяцев после второй, но не ранее 6-месячного возраста. Дети рожденные от HBsAg-положительных матерей должны получить прививку от гепатита В и антигепатитный гаммаглобулин в течение 12 часов после рождения. Следующая вакцинация рекомендуется в 1 месяц и третья - в 6 месяцев. От гепатита В можно привиться в любом возрасте.

2) В США первые 2 вакцинации производятся инактивированной вакциной (ИПВ). Дальнейшая вакцинация производится оральной полиомиелитной вакциной (ОПВ). Для пациентов с иммунодефицитами рекомендовано вакцинация только ИПВ.

4) Вакцинация от ветряной оспы может производиться в любом возрасте, начиная с года (тех, кто не болел и не был иммунизирован). Лица старше 13 лет должны получить 2 дозы (промежутки - месяц).

Календарь прививок для лиц, не иммунизированных на первом году жизни (на примере США). Начало иммунизации до 7 лет.

Сроки	1-е посещение врача	2 мес. после 1-го посещения	4 мес. после 1-го посещения	10-16 мес. после 1-го посещения	Возраст 4-6 лет	Возраст 11-12 лет	Через 10 лет
Вакцина к							
Дифтерия, Коклюш, столбняк	АКДС	АКДС	АКДС	АКДС	АКДС	-	АДС
Полиомиелит	ОПВ	ОПВ	-	ОПВ	ОПВ	-	-
Корь, паротит, краснуха	(1)	-	-	-	-	-	-
Гемофильная инфекция	-	-	-	-	-	-	-

1) Не ранее 15-мес. возраста.

Начало иммунизации после 7 лет.

Сроки и	1-е посещение врача	2 мес. после 1-го посещения	8-14 мес. после 1-го посещения	Возраст 11-12 лет	Через 10 лет
Вакцина к					
Дифтерия, столбняк	АДС	АДС	АДС	-	АДС
Полиомиелит (2)	ОПВ	ОПВ	ОПВ	-	-
Корь, паротит, краснуха	-	-	-	-	-

Какие прививки делают в странах Европы.

Страна	БЦЖ	АКДС	Полио миелит	Корь, краснуха, паротит	Гемофильная инф	Гепатит В
Австрия						
Бельгия						
Дания						
Финляндия						

Франция	Оранжевый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Оранжевый
Германия	Оранжевый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Оранжевый
Греция	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Оранжевый
Ирландия	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый
Италия	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Оранжевый
Люксембург	Оранжевый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Оранжевый
Недерланды	Оранжевый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Оранжевый
Португалия	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Оранжевый
Испания	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Оранжевый
Швеция	Оранжевый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый
Великобритания	Оранжевый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Бордовый	Оранжевый

Оранжевым цветом обозначено, что вакцинация проводится только для групп риска. Бордовым цветом обозначено, что прививка входит в план вакцинации для всех.

Основные отличия календаря прививок России от календаря прививок ведущих стран мира:

1. Проведение вакцинации против туберкулеза всем новорожденным детям (это связано с высоким риском заражения туберкулезом в России).
2. В календаре прививок России отсутствует прививка гемофильной инфекции типа В. Эта прививка включена в прививочные календари большинства развитых стран мира. В России же не существует отечественной вакцины против этого заболевания.

Российский календарь профилактических прививок.

Возраст	4-7 дней	1 мес.	3 мес.	4 мес.	5 мес.	12 мес.	15 мес.	18 мес.	24 мес.	6 лет	7 лет	11 лет	14 лет	16 лет	17 лет
Вакцина															
Туберкулез	БЦЖ, БЦЖ-М	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2)	-	3)	-	-
Дифтерия, коклюш, столбняк	-	-	АКДС	АКДС	АКДС	-	-	АКДС	-	АДС-М	-	АД-М	-	АДС-М	4)
Полиомиелит	-	-	ОПВ	ОПВ	ОПВ	-	-	ОПВ	ОПВ	ОПВ	-	-	-	-	-
Корь, паротит, краснуха	-	-	-	-	-	1)	-	-	-	1)	-	-	-	-	-
Гепатит В	6)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5)	-	-	-	7)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
прививки, не входящие в календарь, но возможные на коммерческой основе															
Гемофильная инфекция	-	-	Оранжевый	Оранжевый	Оранжевый	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

1) Вакцинация против кори, эпидемического паротита и краснухи проводится моновакцинами или тривакциной (корь, краснуха и эпидемический паротит) при условии осуществления производства отечественных препаратов или закупок зарубежных вакцин, зарегистрированных в установленном порядке.

2) Ревакцинация проводится детям, неинфицированным туберкулезом.

3) Ревакцинация проводится детям, неинфицированным туберкулезом и не получившим прививку в 7 лет.

- 4) Далее каждые 10 лет.
- 5) Прививка от гепатита входит в российский календарь только "теоретически". Практически ее делают очень редко (в случае повышенного риска заражения гепатитом).
- 6) Данная схема применяется в случае рождения ребенка от матери-носителя гепатита В.
- 7) Данная схема применяется для всех остальных.
- X. "От кори в мире умирает ежегодно 900 тысяч детей, 200 тысяч от столбняка, 370 тысяч от коклюша и 50 тысяч от туберкулеза".
- X. Novartis Vaccines and Diagnostics: Соблюдение норм и правил поддержания Холодовой цепи в России. Вакцинация – это эффективное, безопасное и экономически выгодное средство защиты против инфекционных болезней. Однако для того, чтобы вакцинация была действительно эффективной и безопасной, необходимо соблюдение высоких стандартов качества не только в процессе производства иммунологических препаратов, но также при их транспортировке, хранении и непосредственном использовании. Novartis Vaccines and Diagnostics, GmbH & Co. KG стала первой фармацевтической компанией на российском рынке, которая организовала обучение и аудит своих дистрибьюторов на предмет соответствия условий поддержания Холодовой цепи международным стандартам надлежащей дистрибьюторской практики – GDP (Good Distribution Practice).
- Качество соблюдения режима Холодовой цепи основывается на трех элементах: процессы транспортировки и хранения, оборудование, персонал. В ходе аудитов и тренингов выяснилось, что российские дистрибьюторы обладают высокой квалификацией, обеспечены хорошим оборудованием, однако недостаточное внимание уделяется контролю за соблюдением правил транспортирования и хранения, гарантирующим качество. При необходимости строгого температурного режима (+2...+8°C) важно, чтобы был детально проанализирован весь производственный процесс: получение вакцин, их хранение, упаковка и отправка конечному потребителю. При приемке вакцины необходимо удостовериться, не был ли нарушен температурный режим в процессе транспортировки. Для этого поставщик вакцины должен вкладывать в упаковку термоиндикатор для контроля Холодовой цепи. Другим важным моментом является соответствие серий вакцины отгрузочным документам. При каких-либо сомнениях в качестве вакцины или различии в сериях ее следует хранить в карантинных условиях, отдельно от всей партии продукции, пока поставщик не подтвердит ее качественное соответствие. При организации хранения вакцины очень важно удостовериться в постоянном соблюдении температурного режима во всех частях холодильной камеры. Для этого производятся замеры температуры в разных ее участках при разной степени загрузки и определяются зоны риска повышения или понижения температуры. Затем в этих зонах устанавливаются термометры, которые проверяются дважды в день. Для предотвращения изменения температурного режима холодильные камеры должны быть оснащены оповещающей светозвуковой сигнализацией. Все нарушения температурного режима необходимо фиксировать и затем проводить анализ их причин и потенциального влияния на качество вакцины. Холодильное оборудование, термометры и система сигнализации должны проходить регулярную профилактическую проверку и валидацию. Процесс упаковки вакцины для отправки ее конечным потребителям не менее важен. Из-за нечеткого соблюдения правил упаковки термоконтейнеров возможно возникновение так называемого холодового шока вакцины, когда происходит ее быстрое замораживание, а затем оттаивание. При этом внешний вид вакцины, как правило, остается прежним, и в случае отсутствия термоиндикаторов получатель не заметит каких-либо изменений, в то время как эффективность препарата может существенно снизиться.
- Строгое соблюдение режима Холодовой цепи, естественно, требует дополнительных трудозатрат и замедляет процесс работы склада. Человеческий фактор начинает играть ключевую роль. Для того чтобы необходимые процессы четко выполнялись и сотрудники не сталкивались с конфликтом приоритетов, необходимо внедрение внутренней системы контроля качества. Основными компонентами системы контроля качества являются инструкции, детально описывающие все производственные процессы, система контроля выполнения этих инструкций и система мотивации персонала, а также наличие независимого участника процесса, отвечающего за контроль качества. В крупных компаниях это может быть специально выделенный сотрудник или даже целый отдел, задачей которого является разработка инструкций и показателей контроля качества и регулярный их мониторинг. В небольших компаниях эта функция может быть совмещена с другими должностными обязанностями. Лучше, конечно, чтобы ответственный за контроль качества сотрудник был независим и не подчинялся, к примеру, заведующему складом. Так как компании быстро развиваются, приобретают новое оборудование, расширяют круг покупателей и поставщиков, очень важно, чтобы инструкции отражали динамику этих изменений и при росте не страдало качество. Этот процесс называется контролем над изменениями и также входит в компетенцию сотрудника, ответственного за качество.
- XI. Противопоказания к вакцинации.
- Вакцины массового применения допускаются в практику лишь при условии, что к ним имеется небольшое число противопоказаний, т.е. состояний, резко повышающих риск развития реакций и осложнений. За последние годы перечень противопоказаний к вакцинации существенной уменьшился. Этому способствовали проводимые научные разработки, показавшие, что дети с различными заболеваниями при соблюдении определенных предосторожностей удовлетворительно переносят прививки и вырабатывают полноценный иммунитет. Широкий перечень противопоказаний, применявшийся на протяжении многих лет в нашей стране был обусловлен тем, что большая часть из них была искусственно перенесена из противопоказаний к оспенной вакцинации на все другие вакцины. Противопоказания к прививкам подразделяются на следующие категории: постоянные (абсолютные) и временные (относительные); а также истинные и ложные.
- Постоянные противопоказания встречаются достаточно редко и их частота не превышает 1% от общего числа детей.
- Сильная реакция или осложнение на предыдущую дозу. Сильной реакцией является наличие температуры выше 40 градусов, в месте введения вакцины - отек, гиперемия > 8 см в диаметре. К осложнениям относятся: реакция анафилактического шока, коллапс, энцефалит и энцефалопатия, нефебрильные судороги. Противопоказана вакцина, вызвавшая тяжелую реакцию. При тяжелых системных аллергических реакциях на коревую прививку не вводят также и паротитную вакцину. Живая полиомиелитная вакцина противопоказана для последующих

введенной детям, перенесших вакцинассоциированный полиомиелит. Однако, им можно вводить инактивированную полиомиелитную вакцину.

- Иммунодефицитное состояние (первичное). Противопоказаны вакцины: БЦЖ, ОПВ, коревая, паротитная, краснушная.
- Злокачественные новообразования. Противопоказаны вакцины: БЦЖ, ОПВ, АКДС, коревая, паротитная, краснушная.
- Беременность. Противопоказаны все живые вакцины. Запрет на введение живых вакцин связан не столько с опасностью их тератогенного влияния (предполагаемого лишь теоретически), сколько с возможностью связать с вакцинацией, например, врожденные дефекты новорожденного. Поэтому противопоказания в этой части надо рассматривать, в первую очередь, как средство защиты медицинского работника, проводящего вакцинацию, от возможных обвинений.

Относительные (временные) противопоказания. Большинство вакцин предназначено для введения здоровым людям или пациентам, на течение заболеваний или состояние которых вакцина не окажет негативного влияния. Для обеспечения максимальной безопасности вакцины не должны вводиться пациентам, состояние или болезнь которых может быть значительно усилено негативным действием этих препаратов.

- Острое заболевание. Наиболее распространены ситуации, где дети, которым должна быть сделана плановая прививка, страдают в этот момент острым заболеванием. Общие рекомендации на этот счет говорят, что вакцины должны вводиться через 2 недели после выздоровления. В отдельных случаях интервал может быть укорочен до 1 недели или удлинен в случае тяжелых заболеваний до 4-6 недель. В некоторых случаях, наличие у ребенка легкого заболевания (например, легкий насморк без температуры) не является противопоказанием к применению вакцин, особенно если ребенок часто страдает от инфекций верхних дыхательных путей или аллергическим ринитом. Повышенная температура сама по себе не является противопоказанием к иммунизации. Однако, если лихорадка или другие проявления указывают на наличие средней тяжести или тяжелого заболевания, ребенка нельзя прививать до полного выздоровления. В любом случае заключение о тяжести заболевания и возможности вакцинации должен давать врач. При наличии эпидпоказаний, детей прививают и в момент острого заболевания. Исследования показали, что при таком подходе число реакций и осложнений не повышается. Однако введение вакцины таким детям чревато тем, что возникшее осложнение основного заболевания или его неблагоприятный исход могут быть истолкованы как результат проведенной вакцинации.
- Обострение хронического заболевания. После обострения хронического заболевания необходимо дождаться полной или частичной ремиссии (через 2-4 недели). Решение о вакцинации должно приниматься после консультации со специалистом.
- Введение иммуноглобулинов, переливание плазмы, крови. Инактивированные вакцины не взаимодействуют с циркулирующими антителами и поэтому могут применяться одновременно. Обычно одновременно используются антитела и вакцина против гепатита В, бешенства и столбняка. Живые вакцины содержат цельные живые вирусы, которые для образования иммунитета должны размножаться в организме. Антитела могут мешать этому процессу. Поэтому при совместном использовании иммуноглобулинов (или препаратов крови) и вакцин нужно соблюдать следующие правила:
 - после введения вакцины нужно выждать минимум 2 недели перед введением иммуноглобулина;
 - после введения иммуноглобулина необходим перерыв минимум 6 недель (желательно 3 месяца) до введения вакцины. Именно это время требуется для разрушения антител. Исключение составляют вакцины против полиомиелита и желтой лихорадки. В случае применения этих вакцин соблюдение каких-либо интервалов между введением иммуноглобулинов или препаратов крови не требуется.
- Иммуносупрессивная терапия. Вакцинацию живыми вакцинами проводят не ранее, чем через 6 месяцев после окончания курса лечения (при отсутствии других противопоказаний).

Ложные противопоказания к проведению профилактических прививок. Помимо инфекций, при которых оправдана отсрочка вакцинации до выздоровления, существует большой спектр состояний (таких как перинатальная энцефалопатия, аллергия, анемия), которые являются основными неоправданными причинами задержек проведения вакцинации. В это список включены "диагнозы", которыми все еще нередко обозначают несуществующую патологию, например, "дисбактериоз" или "тимомегалию". Состояния на момент проведения вакцинации:

- Острое заболевание легкой степени тяжести, без температуры.
- Недоношенность. Исключение составляет вакцинация БЦЖ, в случае, если ребенок родился с весом менее 2000 грамм. Все остальные прививки проводятся согласно общепринятому графику.
- Недостаточность питания, анемия.
- Дисбактериоз как диагноз оправдан у больного, расстройство стула у которого связано с массивным применением антибиотиков широкого спектра; очевидно, что в этих случаях прививка откладывается до выздоровления. У ребенка с нормальным стулом диагноз "дисбактериоз" не имеет под собой каких-либо оснований, так что факт количественных или качественных отклонений микробной флоры кала от "нормы" не является поводом для отмены или отсрочки прививки. Диарея (вне зависимости от характера флоры) - это острое заболевание, требующее отсрочки плановых прививок до выздоровления (по эпидпоказаниям детей с нетяжелой диареей прививать можно).
- Перинатальная энцефалопатия - собирательный термин, обозначающий повреждение ЦНС травматического или гипоксического происхождения, острый период которого заканчивается в течение первого месяца жизни. На практике, тем не менее, этот термин часто используется как диагноз для обозначения непрогрессирующих остаточных расстройств (изменения мышечного тонуса, запаздывание становления психических и моторных функций, нарушения периодичности сна и бодрствования), который в некоторых регионах выставляется 80-90% детей первых месяцев жизни. Прививки в этих случаях откладывать не нужно. Естественно, что если нет ясности в характере изменения ЦНС, то прививку лучше отложить до дополнительной консультации невропатолога для окончательного установления диагноза и решения вопроса о вакцинации.

- Стабильные неврологические состояния (синдром Дауна и другие хромосомные заболевания, ДЦП, акушерские параличи и парезы, последствия травм и острых заболеваний) не несут в себе риска неблагоприятных последствий вакцинации.
- Аллергия, астма, экзема, другие атопические проявления - являются скорее показаниями к вакцинации, чем противопоказанием, поскольку у этих детей инфекции протекают особенно тяжело (например, коклюш у больного астмой). Перед вакцинацией целесообразно проконсультироваться у аллерголога с целью выбора оптимального времени вакцинации и подбора необходимой лекарственной защиты.
- Врожденные пороки развития, в том числе пороки сердца, в стадии компенсации не являются противопоказанием к вакцинации.
- Хронические заболевания сердца, легких, почек, печени не являются противопоказанием для вакцинации, если болезнь находится в стадии ремиссии.
- Местное лечение стероидами в виде мазей, капель в глаза, спреев или ингаляций не сопровождается иммуносупрессией и не препятствует вакцинации.
- Поддерживающая терапия при хронических заболеваниях (антибиотики, эндокринные препараты, сердечные, противоаллергические, гомеопатические средства), проводимое детям с соответствующим заболеванием, само по себе не является противопоказанием к вакцинации.
- Увеличение тени тимуса на рентгенограмме является либо анатомическим вариантом, либо результатом постстрессовой гиперплазии. Такие дети хорошо переносят прививки, дают нормальный иммунный ответ, а частота поствакцинальных реакций у них не больше, чем у детей без видимой на рентгенограмме тени тимуса.

Состояния, которые имели место до вакцинации, но к настоящему времени уже отсутствуют (в анамнезе) также не являются противопоказанием для прививок:

- Умеренные местные реакции на предыдущее введение вакцины.
- Недоношенность.
- Перинатальная энцефалопатия.
- Гемолитическая болезнь (желтуха) новорожденных.
- Сепсис, болезнь гиалиновых мембран.
- Неблагоприятный семейный анамнез (аллергия в семье, эпилепсия и осложнения после вакцинации у родственников, внезапная смерть в семье). Исключением является указание на наличие в семье больного с симптомами иммунодефицита (в этом случае вместо живой полимиелитной вакцины используют инактивированную и новорожденного дополнительно обследуют до введения ему БЦЖ).

Надо сказать, что наличие противопоказаний еще не означает, что будет осложнение в случае проведения прививки. Опыт работы многих научно-исследовательских институтов свидетельствует о возможности проведения прививок на фоне многих патологических состояний, которые могут быть отнесены к разряду абсолютных противопоказаний.

XII. Сами "антипрививочники" нечисты на руку, экономическая причина их рвения лежит на поверхности – сравните, например, эту цену (517 рублей за А. Коток, "Беспощадная иммунизация") и эту цену (23 рубля за календарь прививок). Разумеется при такой цене выгодны самые скандальные "разоблачения", чтобы книги раскупали!

I. Не существует никаких доказательств того, что именно прививки помогли человечеству победить в борьбе с некоторыми опасными инфекционными болезнями. Факты свидетельствуют о том, что заболеваемость туберкулёзом, дифтерией, корью и коклюшем стремительно уменьшалась ещё до того, как были введены массовые прививки против этих болезней. Происходило это благодаря улучшению санитарно-гигиенических условий (уничтожение заражённого скота, ликвидация скученности проживания, хлорирование воды, контроль качества продуктов сельского хозяйства и т.д.). Активно проводится и подмена понятий «вспышек» на «эпидемии». Постоянные сезонные вспышки дифтерии и многих других инфекционных болезней были, есть и будут — их нельзя победить, «как оспу»: каждая требует своих мер борьбы и надзора. С одной стороны, прививки разрабатываются в качестве наиболее эффективной стратегии предотвращения инфекционных болезней. Победа над натуральной оспой и полиомиелитом выставляется в качестве наглядных достижений. Но если вакцины так эффективны, почему нам нужно их всё больше для защиты от новых болезней? Почему аллергии и системные болезни стремительно растут, вместо того, чтобы исчезнуть? Почему агрессивное и подавляющее лечение так распространено в каждодневной медицинской практике? Ну не может всей России угрожать одновременно десять инфекционных болезней под рубрикой эпидемия!

Если бы все мы были одинаково чувствительны к туберкулезу, оспе, полиомиелиту, дифтерии и другим инфекционным болезням, то человечество вымерло бы давным-давно. Вакцинам всего-то 200 лет, а человечеству?! Иллюзия, что все инфекционные агенты будут побеждены, стоит лишь провакцинировать "всех подряд", т.е. одна проблема - одно решение, порождает преступный подход к этому профилактическому медицинскому вмешательству в природу человека. Однако именно такая система "из-за удобства с организационной точки зрения" продолжает пропагандироваться армией врачей и чиновников от здравоохранения, в той или иной форме причастных к прививкам, но не к вакцинологии с основами иммунологии.



II. Сфера действия оспы в действительности расширялась с введением вакцины. Перед 1853 годом (и полной вакцинацией) происходило около 2000 смертей за двухлетний период. Примерно через 20 лет, после того как программа вакцинации за эти годы начала действовать, произошла величайшая эпидемия оспы с 23062 жертвами. Города, в которых наиболее основательно принуждали к вакцинации (т.е. Лестер и Шеффилд), были особенно сильно поражены. Статистика для США: 1902 год - 2121 смерть, когда оспенная вакцинация была на вершине своего применения, 1927 год - 138 смертей, когда большая часть населения от нее отказывалась. Примерно и это же время

Филиппины испытывали десятилетнюю кампанию вакцинации против оспы: коэффициент смертности вырос с 10% до 74%. Классический пример "победы над оспой" является, одновременно, и классическим примером манипуляции статистикой. Болезнь начала резко идти на убыль по мере улучшения санитарных условий и прекращения варварского обычая "инокуляции оспенной материи", поддерживавшего оспенные эпидемии. Там, где широко практиковались прививки, оспенные эпидемии не только не ослабевали, но учащались и вели к всё большему количеству жертв. С другой стороны, такие болезни как чума, холера, малярия, тиф, скарлатина и т.д., для борьбы с которыми, к счастью, так и не удалось разработать "надёжные" вакцины, стали редкостью или практически исчезли в развитых странах. Не было ничего подобного, что доказано практикой и многочисленными документами ВОЗ: даже в эндемичных по оспе регионах вакцинировали только контактных лиц, но самое важное то, что задолго до провозглашенной победы над оспой многие страны отказались использовать эту вакцину вследствие нарастания осложнений на центральную нервную систему. Были города в Англии, где не привитые не заболели оспой. Были города, где привитое население переживало эпидемии оспы. А заболеваемость оспой снижалась уже до введения прививок. Известны и прекрасно документированы примеры стран (Англия, Япония, Филиппины, Мексика), где заболеваемость оспой и смертность от неё возрастали по мере увеличения количества прививок населению и ужесточения прививочных законодательств. Статистика показывает и то, что, как правило, эпидемии начинались в среде привитых, и лишь потом перекидывались на непривитых. Вспомним, что прививочное насилие в Британии было побеждено лишь многолетним массовым движением немедицинской публики против прививок. Вспомним небольшой английский промышленный городок Лестер, вошедший в историю не только фактическим отказом от прививок (после чего в городе, словно по мановению волшебной палочки, навсегда прекратились и оспенные эпидемии), но и массовой демонстрацией против обязательных прививок, в которой приняли участие от 80 000 до 100 000 человек со всей Англии, состоявшейся 23 марта 1885 г. Собравшиеся несли плакаты "Отстоим нашу свободу!" и "Сбережем наших детей!" и изображения скелета, делающего прививку ребенку, которого держит за руку ухмыляющийся полицейский. Завершилась демонстрация сожжением портрета Дженнера и экземпляра предписания об обязательном оспопрививании. Принятый британским парламентом "Акт о свободе совести" (1907), позволивший без лишних проволочек отказываться от прививок, стал следствием тридцатилетней упорной борьбы населения с докторами и их "спасительными" прививками.

Профессор Рене Дюбо в статье, опубликованной в журнале "Man, Medicine et Environment" (Прагер, Нью-Йорк, 1968), писал: "Вакцинация против оспы способна провоцировать тяжелый энцефалит у ряда пациентов, если даже она была проведена с соблюдением всех мер предосторожности. Вероятность заболевания оспой сейчас настолько снижена, что риск от подобной вакцинации значительно выше, чем вероятность заболеть самой болезнью". В журнале "Жизнь и практика" ("Vie et Action") за март—апрель 1966 г. можно прочитать следующее: "В Великобритании вакцинация против оспы является не обязательной с 1898 г. Но в то же время в Великобритании умерли от оспы в пять раз меньше людей, чем во Франции, где вакцинация против оспы является обязательной. Такая же картина наблюдается и в Голландии". [38]

III. Риск умереть от болезней. Факторы восприимчивости, вероятностей инфицирования, форм протекания. Манипуляции статистикой и восприятием статистики.

История одного случая: «Когда моя дочь еще в 1987 году после прививок АКДС все равно заболела коклюшем, то участковый врач всё сделала для того, чтобы тянуть время и не назначать исследование мазка из горла. Она при мне считала дни от начала заболевания и размышляла - присылать ли медсестру за мазком. Жаль, я тогда не знала подоплеки этих подсчетов. Так был упущен срок, когда коклюш можно было диагностировать таким простым способом и наверняка. Это делалось, чтобы диагноз не был записан в карточку. Через несколько месяцев продолжающих спазмов и кашля, мне удалось попасть на прием к инфекционисту в не нашей поликлинике, вот она и написала в заключении диагноз коклюш, но уже под вопросом, т.к. возможность точной диагностики уже была потеряна. А диагноз под вопросом уже не шёл в статистику и не был страшен Минздраву. И еще она мне рассказала, как лечила своего ребенка от коклюша: воспользовалась связями в горздраве, чтобы ей сделали в городской станции иммуноглобулин именно коклюшный, т.к. его трудно сделать и дорого, и без специального указания нельзя! Тогда я поняла - какова цель сокрытия коклюшей, кроме возможных отказов родителей от неработающей иммунизации, - слишком дорого и сложно его по-настоящему лечить! Через два с лишним года после нелеченного коклюша мы с дочерью пробились в НИИ ПАГ в попытках справиться с продолжающимися посткоклюшными спазмами бронхов. Так там врач-пульмонолог мне рассказала, что таки по негласному приказу Минздрава коклюш запрещено диагностировать. И несмотря на иммунизацию от него, которая между прочим сильно провоцирует у малышек аллергию, в стране имеется много случаев заболевания коклюшем, он не лечится, а к ним в НИИ ПАГ попадают потом переболевшие дети с развившимися осложнениями. И еще рассказала, что когда у них в отделении случился эпидпаротит, то им приказано было всех выписать по домам в целях прекращения распространения болезни. И привитых от эпидпаротита тоже, т.к. они все равно могут заболеть, несмотря на вроде как иммунитет! Еще эта же врач мне посоветовала соврать школьному врачу, что дочь летом переболела корью, чтобы избежать иммунизации, которая в ее состоянии была бы страшным ударом. Слава Богу и умному человеку - ложь проскочила. После всех этих злоключений надо ли говорить, что дочку я больше старалась не прививать, а купить справку о проведенной прививке. Так что в Минздраве вакцинация рассматривается как война с народом еще с советских времен. И ничего не изменилось! А если и изменилось, то только в худшую сторону, т.к. теперь коррупция стала могильщиком всех благих намерений!».

"Ви часом не задумувались що станеться з вашою дитиною, коли вона, не дай Боже, послідовно/одночасно підчепить декілька з цих інфекцій?" Если Вы про прививочные инфекции, из шприца которые - то там скорее "одночасно": 3-5 болезней одновременно, "легко протекающих". Никогда не пробовали одновременно легко переболеть корью, краснухой и паротитом, например? А дети вот запросто, деваться-то им всё равно некуда.

- 1) Прививка от краснухи, вообще бред. Особенно мальчикам. Краснуха протекает легче простуды, ее не диагностируют в большинстве случаев. И иммунитет, когда переболеешь самой болезнью - на всю жизнь. От прививки же только на несколько лет, потом заново ругать и формальдегиды вводить в ребенка... При том, что опасна краснуха только беременным, вернее плоду. Так зачем, скажите мне, девочек в год колоть? Они рожать будут? К сожалению, могут являться также осложнения после прививки против краснухи. Все нынешние вакцины против краснухи содержат живые ослабленные вирусы, выращенные на abortивном материале, дополнительные токсические вещества. Среди зафиксированных осложнений на эту вакцину описаны случаи миелорадикулоневрита, развития синдрома Гийена-Барре и синдрома запястного канала, различного рода нейропатий и миелитов после прививки. Реже среди осложнений встречается утрата слуха и идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура. При длительной циркуляции в организме вирус краснухи (есть сведения о том, что вирус выделялся из лейкоцитов периферической крови спустя два года после прививки) может приводить к развитию дегенеративных и аутоиммунных заболеваний (например, к сахарному диабету). Так же среди официально признанных осложнений на прививку против краснухи перечисляются артралгии, артриты, парестезии, боли в ногах и руках. Опасна краснуха только для беременных женщин, т.к. может вызвать пороки развития плода. Хотя происходит это далеко не всегда. В 80% случаев заболевания краснухой во время беременности не выявляется патологий.
- 2) После прививки от дифтерии дети болеют дифтерией без температуры и попадают в реанимацию с приступом удушья, когда ребенка практически невозможно спасти. Из Письма Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 27.06.05 N 0100/4853-05-32 «Об итогах проведения массовой иммунизации населения Российской Федерации против дифтерии в 2004 году»: ...Как и в предыдущие годы, среди заболевших преобладают привитые. Процент привитых заболевших взрослых составил 68,4%, детей - 83,2%...

История одной консультации в интернете: «Я хотела бы уточнить для себя некоторые вещи по поводу прививки от дифтерии. Сразу оговорюсь, что тему "прививки, пособие для домохозяек" я прочла. Я так поняла, что эти бактерии (коринебактерии), в том числе и токсичные, прекрасно живут в здоровом человеке. Поэтому вакцины делается только от токсина. 1. Если иммунитет от самой болезни не будет пожизненным, то сколько нужно прививок в данном случае? ВРАЧ: Не уверен, что правильно понял вопрос, но если ребенок перенес дифтерию, то по выздоровлению ему показано проведение вакцинации против дифтерии, поскольку заболевание не обязательно вызывает антитоксический иммунитет. 2. Я так поняла, что это болезнь в большей степени алкоголика, наркомана, бродяги или хронически недоедающего. ВРАЧ: Заболевшие дифтерией дети от 3 до 6 лет тоже были алкоголиками, наркоманами и бродягами? 3. Я так поняла, что практически все заболевшие в 90-х годах были привиты в детстве. Большинство из них прошли ревакцинацию и заболели. ВРАЧ: Насколько я помню, большинство заболевших были либо неполностью привитые, либо не прошедшие ревакцинацию.

Я это к чему говорю. Может быть лучше отложить эту прививку, когда ребенок начнет ходить и контактировать с др. людьми? Сейчас же, ее не делать, за ненадобностью. Так как я смогу обеспечить практически абсолютную изоляцию: в поликлинику мы не ходим (врачи ходят к нам), в общественном транспорте не ездим. Знакомых с детьми у нас нет, поэтому в гости тоже не ходим. ВРАЧ: Непонятно также, почему Вы считаете, что носителями токсигенной дифтерийной палочки могут быть только дети. Ими вполне могут быть и взрослые: те же врачи и прочие взрослые, в том числе посещающие общественный транспорт, в том числе и Вы сами. Кроме того, отказываясь от прививки против дифтерии, Вы автоматически отказываетесь от вакцинации против коклюша, заболеваемость которым у детей до года значительно выше, чем дифтерии и который у таких маленьких детей течет обычно очень тяжело. Осложнения первой группы вызывают преимущественно коклюшный компонент АКДС, коревая и полиомиелитная вакцины, аллергические осложнения - все остальные вакцины. ВРАЧ: Я не хочу показаться слишком категоричной, но прививка от дифтерии - это не та прививка, по поводу которой следует дискутировать. Дети и сегодня умирают от дифтерии...

Спасибо за ответ. Но у меня был конкретный вопрос о прививке ребенка до года. Так как, даже, судя по статистике, дифтерией до года дети не болеют. ВРАЧ: Поэтому, если бы речь шла о ветрянке, или краснухе, то я бы с Вами согласилась, что можно подождать до года (собственно, в большинстве стран так и делают) т.к. это, все-таки, не самые тяжелые детские инфекции (хотя все бывает)... Но, когда речь идет о дифтерии или коклюше (у ребенка до года особенно) - эти заболевания могут быть смертельны. Вероятность, что Ваш малыш заболеет дифтерией, действительно, не очень велика (но это именно потому, что большая часть населения, все-таки, привита), но риск, что, если заболеет, то может умереть, гораздо больше, чем риск осложнений от прививки. В "допрививочную эру" одной из основных причин детской смертности был т. н. истинный круп - дифтерия. Во-вторых, если по статистике заболевает чем-нибудь 1 ребенок из 100, то это всего лишь 1%, но, если это Ваш ребенок, то это уже 100%, нет? А Вы считаете, что если ребенок получит осложнение после прививки маме будет важно, что он всего лишь 1 на 10000?

За 2004 год было зафиксировано 500 случаев дифтерии; так и не понятно, смысл привики, если он от болезни не спасает? ВРАЧ: Смысл прививки в том, что организм, встретившись с возбудителем инфекционного заболевания, будет с этим возбудителем бороться эффективнее. Иммунная система будет уже подготовлена к "приему". А без прививки организм вполне может и погибнуть. И организм этот может быть сыном женщины, поленившейся дойти до поликлиники, чтобы сделать эту прививку родимой кровинушке. А мотивировать свою лень эта женщина может чем угодно - возможными осложнениями, очередями или еще чем-то. [17]

Мама: значит, будем прививать. ВРАЧ: Я встречал детей, больных дифтерией. Большинство из них были не из асоциальных, а из вполне благополучных семей, в которых весьма образованные родители, начитавшись всякого рода дурацких книжек, статей и басен из интернета, сочли себя умнее профессионалов и не стали прививать своих детей вообще, или прервали курс вакцинации, или не стали проводить ревакцинацию. В отдельных случаях это заканчивалось могилой. Ответу на примере прививки от ветрянки (я просто помню цифры), но суть остается той же. Осложнений от самой ветрянки - примерно 2,5 %. Осложнений от прививки тоже 2,5 %. Вся разница в "качестве" осложнений. Для самой ветрянки самое тяжелое осложнение - ветряночный энцефалит (я не говорю о тех редких случаях, когда ребенок умирает от ветрянки, т.к. это обычно ребенок с тяжелой сопутствующей патологией, напр. лейкоз). А для прививки - самое тяжелое осложнение - переболеть ветрянкой, несмотря на прививку, но в гораздо более легкой форме. Улавливаете разницу? :) Этот принцип

можно отнести и к любой другой прививке. Где риск больше? Так вот уже давным давно доказано, что риск больше, если не прививать. ВРАЧ: Я не веду дискуссии, которые основаны на игре слов. За сим, прекращаю наше общение до появления конкретных вопросов с Вашей стороны, на которые, разумеется, буду отвечать при условии, что Вы согласны не только слушать, но и слышать ответ. Ответьте пожалуйста, на основании каких методов исследования выявляются риски смерти либо осложнений от болезни и от прививки? Ответа не последовало». Предложите врачу написать расписку, что он гарантирует полную безопасность применения вакцины, а в случае осложнений ответственность берёт на себя, а не оставляет инструкции Минздрава. В США и так тоже отказываются от прививок, ведь не один врач такое не напишет.

30 августа 2002 г., 18:31. Екатеринбург. Началась массовая иммунизация против гриппа. В центральной городской больнице № 6 прошел медицинский совет по профилактике инфекционных и паразитарных заболеваний по результатам работы за первое полугодие 2002 года. В совете приняли участие специалисты центра санэпиднадзора Ленинского района. По сведениям медиков, сегодня 98 % населения района привиты против дифтерии (http://www.hepatit.ru/news/archnews_av.html). А теперь результаты этой вакцинации. Январь 2003 г., Екатеринбург. На смену гриппу пришла дифтерия. Перед зимними каникулами екатеринбургские школы буквально опустошила эпидемия гриппа. Более двух тысяч детей переболели им еще до Нового года. Всего в городе было "высажено" на карантин 166 классов. Да и каникулы пришлось начать раньше обычного - с 26 декабря. Сейчас обстановка стабилизировалась, и хотя диагноз "грипп" еще встречается в справках, но эпидемией это уже никак не назовешь. Зато новый год принес с собой и новую эпидемию. За первую неделю января зарегистрировано 8 случаев заболевания дифтерией у детей. Причем один из заболевших уже скончался, а еще двое находятся в тяжелом состоянии (<http://www.ug.ru/96.03/04.html>). Эти две статьи были напечатаны в различных газетах, но интервал между их публикациями невелик. Получается, что в Екатеринбурге осенью сделали всем прививки, а в январе разразилась эпидемия именно тех заболеваний, от которых и делали прививки.

Четвертый периодический доклад Российской Федерации по осуществлению Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах (2001): Охрана здоровья. В работе педиатрической службы РФ важное место занимает проведение активной иммунизации детей в соответствии с национальным календарем прививок. В течение последних пяти лет обеспечивается высокий уровень охвата профилактическими прививками детей, начиная с первых лет жизни. С 1997 г. в национальный календарь прививок введена вакцинация против вирусного гепатита, краснухи; ревакцинация против эпидемического паротита. В 1999 г. показатели по всем видам прививок превысили 95 %. Благодаря поддержанию высокого уровня иммунной прослойки достигнуто устойчивое снижение заболеваемости детей дифтерией.

Далее в том же документе читаем: Органы здравоохранения обеспокоены появлением таких редких в прошлом болезней, как гепатит А и В, дифтерия. Например, заболеваемость дифтерией, ранее сведенная в России к единичным случаям, с начала 90 - ых годов к 1999 г. увеличилась до 838 случаев (25 летальных исхода).

Следующий текст - цитата с сайта уважаемого доктора Комаровского о терминологии КРУП: "Именно дифтерийный круп, названный позднее "истинным" крупом, является тем заболеванием, клиническая картина которого была прекрасно известна с незапамятных времен. Неудивительно в этой связи, что еще в первой половине XX века слово "круп" у подавляющего числа больных и медицинских работников связывалось исключительно с дифтерией и в дополнительном прилагательном не нуждалось. Человеческий гений, позволивший если не ликвидировать, то, по крайней мере, в тысячи раз уменьшить заболеваемость дифтерией, так и не смог избавить людей от крупа. Напротив, диагноз "круп" встречается в историях болезни с нарастающей частотой. В то же время, для сотрудников лечебных учреждений употребление термина "круп" с дифтерией практически не связано. Развивающийся при респираторных вирусных инфекциях стенозирующий ларинготрахеит долгое время назывался "ложным" крупом. Единичные случаи заболеваемости дифтерией, исключительная редкость дифтерийного крупа на фоне стремительного роста частоты этого синдрома при ОРВИ, привели к тому, что употребление термина "круп" в настоящее время ассоциируется, главным образом, с ОРВИ в связи с чем исчезла необходимость в применении прилагательного "ложный". Задумаемся над одной банальной вещью - количество дифтерийного крупа сократилось, а общее количество такого явления как круп возросло. Какие методы диагностики дифтерии были в начале 20 века? Была ли возможность тогда точно диагностировать происхождение крупа? Почему вдруг огромное количество заболевших практически тем же заболеванием, теперь не является заболевшими дифтерией? Возможны два варианта либо ранее 50 лет назад все случаи крупа относили к дифтерии не имея возможности точно определить возбудитель (соответственно агитаторам за прививки пришлось бы согласиться что ранее дифтерия не была более распространенным явлением чем сейчас), и в современное время это же заболевание перекочевало в разряд ОРВИ, либо сейчас сохранилось то же количество заболевших дифтерией (несмотря на вакцинацию) и врачи не в состоянии сознаться, что вакцинация не дает достаточно устойчивых результатов. Если это не так то тогда надо бить тревогу по поводу сменившего дифтерию грозного заболевания, не носящего имя дифтерия, но настолько же опасного как и она, против которого нет вакцины.

Коток пишет: причиной эпидемии дифтерии есть обычная безграмотность некоторых врачей неспособных своевременно различить болезнь, и неспособность в условиях, которые изменились, направить надлежащие силы и средства на улучшение санитарно-эпидемиологической ситуации. Итогом стали 115 тыс. больных и 3 тыс. смертей в России. Ушли в небытие старые добрые советские времена психиатрических расправ с инакомыслящими (обязательная немедленная реакция официальных представителей Министерства здравоохранения на безответственные выступления в органах массовой информации о неэффективности прививок, вплоть до привлечения авторов таких материалов к уголовной ответственности). Вот, оказывается, как следует бороться за свою точку зрения! Помимо всего прочего, за такими инициативами стояло желание найти того, на кого надо было перевести ответственность за дифтерию.

Так нужны прививки от дифтерии или нет? Прививки от дифтерии напрасны так же, как и другие профилактические прививки. Больные, ослабленные, страдающие от иммунодефицита дети были, есть и будут предрасположенными к заболеванию на дифтерию как со сделанными прививками против дифтерии, так и без них, в куда большей степени, чем их крепкие и здоровые ровесники.

Заболеваемость дифтерией, которая была в XI и в начале XX ст. одной из главных причин детской смертности, значительно снизилась к началу Второй Мировой войны благодаря улучшению жизненного уровня поселения, при этом

практически во всех европейских странах, - без всяких прививок. Как и другие инфекционные болезни, дифтерия - прежде всего болезнь грязи, скученности проживания и недоедания. Возможным современным фактором риска заболеваемости и особенно смертности есть алкоголизм. Дифтерийный анатоксин не способен предотвратить ни циркуляцию возбудителя в обществе, ни инфицирования им, ни продуцирование токсина, который становится причиной болезни. Судя по продолжительности последних эпидемий в странах СНГ и Балтии и по наличным литературным данным, его эффективность очень сомнительная и относительно выработки реальной невосприимчивости к токсину. Кроме того, у значительного процента привитых детей и взрослых прививочный иммунитет не образуется вообще.

Неразборчивое массовое использование антибиотиков и детские прививки изменили эпидемиологические характеристики болезни, резко снизив возможности обретения и поддержки естественного иммунитета к дифтерии за счет постоянного контакта с возбудителем. Причинами эпидемической вспышки дифтерии в 1990- х гг. стало резкое снижение уровня жизни населения республик бывшего СССР и неспособность русской власти своевременно оценить ситуацию и принять надлежащие меры. Существуют интересные и перспективные методы профилактики и лечения дифтерии, которые игнорирует медицинская власть.

Червонская: «Следует иметь в виду, что против дифтерии, столбняка и некоторых других бактериальных инфекций не существует вакцин в том понимании, которое общепринято. То, что среди медицинских работников именуется «противодифтерийной вакциной», как и против столбняка, на самом деле является анатоксином. А это значит, что антитоксический иммунитет, создаваемый прививками, никак не влияет на циркуляцию, приживание и размножение дифтерийной палочки. В этом состоит основная трудность «ликвидации дифтерии». Вакцинация дифтерийным анатоксином мало влияет на развитие дифтерийной палочки как инфекционного процесса. Дифтерийный возбудитель будет продолжать циркулировать среди населения, даже если предположить, что привиты этим анатоксином от мала до велика - «весь мир», как обычно выражаются наши чиновники и врачи-вакцинаторы, когда им необходимо поднять собственный авторитет в оправдание прививок «всех подряд». Кроме того, возбудитель способен паразитировать, к тому же исключительно в организме человека, и более того, в организме, имеющем выраженную восприимчивость к дифтерии - будь она природная, постинфекционная или послепрививочная. Нереально ликвидировать дифтерию с помощью анатоксина, как это пытаются провозглашать эпидемиологи и чиновники всех рангов, что расходится с мнением специалистов и данными обзоров международной практики.

Ложные сведения "об эпидемии дифтерии в г. Москве". Вообще обращает на себя внимание отсутствие сколько-нибудь надежной статистики инфекционных заболеваний. Таблица убеждает нас в этом.

Автор	Где и когда опубликовано	Количество заболевших дифтерией в Москве в 1992 году
1. Монисов, Госкомсанэпиднадзор	"Независимая газета" 24.09.92	"...заболеваемость дифтерией увеличилась в два раза..."
2. По данным Московского общества эпидемиологов и микробиологов	"Российская газета" 28.10.92	уже 340 человек
3. Шестопалов Н., бывший санитарный врач г. Москвы	В передаче "Открытого радио" 30.10.92	уже 600 человек
4. Карниз А., председатель подкомиссии "медицина катастроф", член ПК Моссовета по военным вопросам и чрезвычайным ситуациям, народный депутат	"Независимая газета" 04.11.92	уже 688 человек
5. Котова У. Госкомсанэпиднадзор	Информационная программа "Маяк" 17.11.92	уже 499 человек
6. Дмитриев В. врач "Скорой"	"Эхо Москвы" 21.11.92	"вызовов по дифтерии у нас в Москве нет..."
7. Брагинская В., Озерковский Н.	"Известия" 08.12.92	"в Москве к концу октября заболели уже 732 человек"
8.	Газета "Центр плюс" N. 1, 1993	"в 1992 году в Москве заболели 787 человек"
9. Надеждин И.	"Московская правда" 20.05.93	"только в 1992 году в Москве заболели 938 человек..."
10.	"Российская газета" 29.01.93	"точных сведений за 1992 г. еще нет"
11. Сведения по Москве за 1993 г.	"Московская правда" 20.05.93	уже заболели 335 человек

Кроме того, как можно определить "практический риск заболеваний", когда на конец октября - такое разнообразие? Не лучшей была обстановка по "статистически достоверным данным" и в 1991 году. Так, Монисов заявил в центральной прессе, что в Москве в 1991 году было "около тысячи заболевших дифтерией" ("Независимая газета", 24.09.92), а в Государственном докладе "О состоянии здоровья населения Российской Федерации в 1991 году" написано: "Наибольшее число заболеваний

дифтерией в 1991 году отмечено в Москве и Московской области - 604 случая...". За тот же 1991 год у Карниза сведения совершенно иные: "...в 1991 году в столице заболели дифтерией 435 человек".

А вот сведения "об эпидемии дифтерии в Москве" из письма Н. Шестопалова "Об эпидемиологической обстановке по дифтерии в Москве и мерах по ее стабилизации" - официального послания, направленного всем главным санитарным врачам округов г. Москвы: Письмо №7-41/95 от 17 декабря 1991 г.: "...рост заболеваемости среди детей эпидемиологически закономерен и не является на сегодня неблагоприятным прогностическим признаком... поздняя диагностика и поздняя госпитализация заболевших являются причинами распространения инфекции и формирования групповых очагов: в первые два дня за помощью обращаются 75,5% детей, а госпитализируются в эти же сроки 28,8% всех обратившихся...". О "формировании очагов" было известно из публикаций 1986 г. президента РАМН В. И. Покровского: "Несмотря на массовое проведение профилактических прививок... формируются очаги групповых заболеваний... отмечаются и летальные исходы..."

Нет ничего неожиданного и в том, что отсутствует иммунитет к дифтерии у взрослого населения. Противодифтерийный иммунитет - факт давно известный - является отражением естественного "проэпидемичивания" населения. При дифтерии, в случае циркуляции возбудителя среди населения, отмечается феномен "бытовой" иммунизации, то есть образование иммунитета естественным путем без отмечаемого заболевания. Поэтому, в том числе и взрослое население, вакцинировать можно и нужно только после диагностики. Диагностика это фильтр, выявляющий и отсеивающий лиц, которых не надо прививать. И таких немало... А наша система прививок снижает титры имеющихся антител и "оголяет" восприимчивых людей к последующей встрече их с дифтерией. У переболевших дифтерией в скрытой форме в виде ангин, тонзиллярных абсцессов, ОРЗ и т.д., вырабатывается иммунитет, как правило, на всю жизнь, против и токсигенных, и нетоксигенных штаммов. Но для всей этой градации необходима диагностика!

Много странного в этой "эпидемии дифтерии", но самая большая странность состоит в том, что иммунитет закончился сразу у всего взрослого населения и притом в одночасье. Еще большее удивление вызывает желание руководителей санитарно-эпидемиологической службы "победить" (в который раз!) дифтерию исключительно прививками. Прививают всех подряд, без диагностики, без определения иммуностатуса, кого надо и кого не надо, а про "нельзя - противопоказано" и речи нет. Следует сказать и о другом: нередко, если человеку после прививки вызывают "скорую", то участковый врач, выдающий листок нетрудоспособности, по указанию сверху ставит заключительный диагноз ОРЗ. Мы располагаем документом, в котором первоначальный диагноз: осложнение на АДС, а заключительный - ОРЗ. А тем временем всё идут приказы и постановления типа постановления Главного государственного санитарного врача России: "Я, Главный ... постановляю...", а в этом "постановляю" есть пункт 6 - "Ввести экономическое стимулирование медицинских работников за своевременное проведение и достижение высокого уровня охвата профилактическими прививками". [Постановление "О массовой иммунизации населения против дифтерии", 02.02.93 г.] Экономическое стимулирование не за грамотное проведение прививок, а за... охват! За слепое выполнение плана по валовой продукции охвата!

Не должен быть новостью для 1993 года и прирост заболеваемости дифтерией среди взрослого населения. Во-первых, условия жизни делают значительную часть населения иммуноослабленной - и в данной ситуации прививай - не прививай, искусственного иммунитета не будет. Во-вторых, уже в 1968 году было известно из учебника "Эпидемиология" под редакцией проф. И. И. Елкина: "В настоящее время повсеместно отмечается передвижение заболеваемости дифтерией на более старые возрасты..."

Так что же происходит с дифтерией: эпидемия или обычные вспышки, которые были всегда? И для какой группы населения такое неясное положение является "неблагоприятным прогностическим признаком"? Обратимся опять к международной практике и рекомендациям ВОЗ: "Эпидемия или вспышка всегда означает своего рода вызов руководителям служб здравоохранения. Успешное осуществление ими противоэпидемических мероприятий требует определенной готовности к таким ситуациям, которая не может быть импровизированной... эпидемия - это возникновение необычайно большого или неожиданного для конкретной территории и времени года числа случаев заболеваний...". А что можно сказать о "неожиданном числе случаев" на основании той таблицы, которую мы составили? [5]

Итак, не должно быть никакой неожиданности в случаях заболеваний среди взрослого населения. Этот процесс нарастал, начинал с 60-х годов, когда все поголовно были охвачены и дифтерия уже была "побеждена"! - так написано в учебнике по эпидемиологии 1968 года. По данным Н. Шестопалова, дифтерия среди детского населения "эпидемиологически закономерна и не является на сегодня неблагоприятным прогностическим признаком...", а по разноречивым сведениям, приведенным нами в таблице, нереально определить, можно ли охарактеризовать ситуацию как эпидемию. Более того, в том же постановлении Главного государственного санитарного врача России от 02.02.93 г. сказано: "...отмечаю, что в стране за последние три года резко осложнилась эпидемиологическая обстановка по дифтерии...". В Федеральной целевой программе Российской Федерации "Вакцинопрофилактика" на 1993 - 1997 гг. написано, что "заболеваемость дифтерией за период с 1980 по 1992 годы возросла в 13 раз...". Наряду с этим в центральной прессе, по радио и телевидению квалифицировали как преступную нашу первую статью в "Комсомольской правде", опубликованную в конце 1988 года, а возникновение "эпидемии" вменили нам в вину. Если быть последовательными и логичными, то почему вдруг за последние годы заболевает и умирает в основном взрослый контингент лиц? Ведь они должны были быть охвачены отечественной АКДС еще в детстве, в котором пребывали и до 1980, и до 1988 годов? Еще большую путаницу и неразбериху вносит спокойный тон изложения материалов в 1987 году в сборнике "Состояние и перспективы дальнейшего снижения инфекционной заболеваемости в СССР" (706, с. 4, 5): "...по ленинским принципам советского здравоохранения и благодаря стройной системе государственного санитарного надзора, профилактических и противоэпидемических мероприятий... динамика снижения заболеваемости дифтерией, как в зеркале, отражает наши успехи... ничем подобным не располагает ни одна капиталистическая страна..."

Совершенно непонятна объявленная "эпидемия дифтерии" в нашей стране, когда от туберкулеза, педикулеза, сифилиса, гепатитов и других инфекционных болезней гораздо больше бед и трагедий, чем от дифтерийной палочки. Спрашивается, почему дифтерия, существующая в нашей стране не менее 30 последних лет, судя по публикациям отечественных

специалистов (да и было ли время, когда от нее не умирали в СССР?), вдруг объявлена эпидемией? Может, потому, что "бороться" легче с тем, чего на самом деле меньше?

Из международной практики. Иордания. Проведенные там исследования показали, что три дозы вакцины АКДС получили более 70% детей, поэтому возникшая вспышка дифтерии была для них неожиданной. После госпитализации... первого больного с подозрением на дифтерию, обследовали всех подозреваемых и контактных лиц. А дальше в описании этой вспышки и вообще все как из области фантастики. Например, пациенты, отказавшиеся от инъекций, получали в течение 7 дней пенициллин перорально, а те, у кого он вызывал аллергические реакции, что было известно из "карт здоровья", - эритромицин, тоже в течение 7 дней. Лечат дифтерию антибиотиками - в таблетках, и никаких уколов, если человек их не приемлет...

Коток пишет. Количество больных дифтерией в РСФСР и УССР за 1983-89 гг. (в скобках - возрастом до 14 лет).

	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
РСФСР	1284 (305)	1319 (320)	1187 (263)	773 (195)	755 (222)	565 (32)	593 (75)
УРСР	53(23)	62(19)	75(23)	97 (28)	-	81 (17)	59 (25)

Обращает на себя внимание то, что количество больных среди взрослых в любом году была значительно выше, чем среди детей (и такое распределение почти точно повторилось во время эпидемии), и что в последние четыре года заболеваемость дифтерией в РФ была целиком стабильной и, вдобавок, существенным образом ниже заболеваемости на протяжении предыдущих трех лет. Я не имею точных данных о численности населения РФ в эти года, чтобы сделать подсчет, но не вижу оснований ставить под сомнение сообщения, что "...в 1986-1989 гг. показатели заболеваемости были в пределах 0,38-0,5 на 100 тыс. населения. С 1986 г. вырисовалась тенденция к снижению смертности от дифтерии". Это низкая заболеваемость отвечает данным таблицы. Также целиком разумным есть и другой вывод: "...в 80- те года стало ясно, что массовая иммунизация детей не только не ликвидировала заболеваемость дифтерией, но и даже не предотвратила ее периодические подъемы". Следует прибавить, что эта эпидемия была если не ожидаемая, то целиком предвиденная, и, вдобавок, никак не связанная с наличием или отсутствием прививок. Вспышки дифтерии в развитых странах (в 1970-х гг. в США, в 1984-1986 г. в Швеции) посменно возникали в среде алкоголиков и наркоманов. Логически предположить, что резкое беспрецедентное обнищание огромного количества людей, разрушение системы здравоохранения и появление беженцев стали почвой для распространения дифтерии. [4]

3) Нельзя делать прививку от свинки (паротит) мальчикам. Результатом такой прививки может стать импотенция и мужское бесплодие. Нам как раз сказали, что мальчикам нужно делать прививку от свинки, потому что именно у них бывает осложнение тяжелое на паротит. А об осложнениях на прививку от паротита Вам не рассказали? После прививки от свинки дети болеют этим заболеванием дважды. Чего "классическая" медицина не говорит - это как часто случаются осложнения при паротите. Ответ - крайне редко! Если ребенок очень слабый и в целом плохо переносит любые заболевания - то да, возможно что и паротит он перенесет "с проблемами", но такому ребенку и прививку делать нельзя (это даже медики признают). Стоит отметить что осложнения на половую систему при паротите случаются если мальчик или девочка болеют паротитом в период полового созревания. Большинство детей болеет паротитом (если вообще болеет) задолго до наступления этого возраста. Так что то, что вам говорят об осложнениях у мальчиков - так это вам так говорят, потому что у вас мальчик, а если - бы была девочка, то Вас бы напугали возможными осложнениями у девочек. Орхит, обычно односторонний, развивается у 25% мужчин, перенесших эпидемический паротит во взрослом возрасте. Он возникает на 3-й - 4-е сутки заболевания. Орхит, даже двусторонний, не всегда приводит к бесплодию. «Прививку от свинки мне делали и в результате я болела 2 раза!!! Один раз в детстве, а другой раз в 19 лет и меня не стали лечить от нее - сказал врач что дважды этим не болеют, я лечилась дома от простуды и через 3 дня меня на скорой отвезли в больницу в инфекционное отделение находящееся в Брянском районе в тяжелом состоянии - оказалась свинка, и там врач сказал что в наше время вполне возможно вторичное ее проявление. Вот и скажите мне - на кой хрен мне была прививка?»
Заболевание не слишком опасное, но если свинкой заболевает мальчик в период полового созревания в 10% случаев ему гарантировано бесплодие. Логика врачей вроде бы ясна - делаем прививку и избавляем от болезни ребенка. На самом деле это не так. Прививка гарантирует иммунитет к болезни на 12 лет. Делаем прививку и откладываем болезнь на самый опасный период. В раннем детстве болезнь эта переносится легче и меньше осложнений.

4) Коклюш. Афанасенков приводит пример манипуляций со статистикой: «На основании этой таблицы у непосвящённого читателя должна возникнуть уверенность в относительной безопасности прививки. Действительно, если поделить значения одной колонки на другую, получим значения порядка тысячи - во столько раз якобы прививка "безопаснее". Это было бы так, если бы все непривитые поголовно и обязательно (со 100% вероятностью) заболели, а привитые - никогда. Но реально в России шанс заболеть достаточно мал, и, чтобы воспользоваться шансом, допустим, умереть, от коклюша, надо сначала "выиграть" шанс заболеть. Такая "двойная лотерея" в математике называется "условной вероятностью". Шанс наступления такого условного события равен произведению той самой условной вероятности на вероятность наступления условия. Таким образом, нам предлагают фактически сравнить разные вероятности - условную и безусловную! Осложнения от прививок - безусловная вероятность, это - доля среди всего (привитого) населения. А вот вероятность при болезни - условная, это доля лишь среди заболевших. И чтобы их корректно сравнивать, надо домножить "коклюшную" колонку на вероятность заболеть. И если множитель окажется менее одной тысячной, прививка в итоге получается более опасной чем сама болезнь. И не забудем ещё, что таблица говорит о цифрах "на 100000 прививок" (в оригинале - "доз"), а каждый привитой их получает аж четыре штуки, вчетверо увеличивая вероятность осложнений. Оценим порядок величины этой самой "вероятности заболеть". В России ежегодно рождается около 1,33 млн. детей. Прививается чуть меньше, пусть 90% - это 1,2 млн., что соответствует 4,8 миллиона прививок. Используя цифру 0,2 из таблицы (данные ВОЗ, согласно сайту прививка.ру), имеем около 10 смертельных случаев от прививки ежегодно. При этом смертей от самого коклюша ровно столько же. Т.е. болезнь ровно настолько же безопасна, как и вакцина. С

помощью "забытого" коэффициента и сравнения разных по смыслу вероятностей нас обманывают в тысячи раз! Мне уже неоднократно сообщают о формальной некорректности этих оценок, т.к. (якобы) вероятности заболеть и умереть разные для привитых и непривитых... Чтобы не загромождать основной текст, подробный ответ на эти замечания я поместил в FAQ. Отметим для полноты картины, что в подобных таблицах делается два достаточно произвольных допущения:

- Эффективность вакцины подразумевается достаточно высокой, т.е. заплатив осложнением, ребёнок по крайней мере не получит болезнь... Увы, сплошь и рядом мы видим, что эффективности многих вакцин близки к нулю, т.е. привитой получает практически по обеим колонкам - сначала осложнения, а потом ещё и болезнь (это не говоря о том, что в поствакцинальный период он ещё получает букет других болезней за счёт общего ослабления иммунитета, но по статистике они никак не связываются с прививками, проходя совершенно отдельными строками).

Наименование заболевания		Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека Федеральное государственное учреждение здравоохранения Федеральный центр гигиены и эпидемиологии									
		январь - сентябрь 2005 г.				январь - сентябрь 2004 г.				Рост / снижение	
		Всего		дети до 14 лет		Всего		дети до 14 лет		Всего	дети до 14 лет
№	абс. число	100 тыс. нас.	абс. число	100 тыс. нас.	абс. число	100 тыс. нас.	абс. число	100 тыс. нас.	Всего	дети до 14 лет	
	Брюшной тиф	01	141	0,10	15	0,07	119	0,08			16
Др. сальмонеллезные инфекции	02	32891	22,75	13448	58,26	35977	25,07	14182	59,85	-9,25 %	-2,66 %
Бактериальная дизентерия	03	40266	27,85	19834	85,92	48124	33,53	22753	96,03	-16,94 %	-10,53 %
О.К.П.вызв.устан.возбудителями	04	113269	78,35	85414	370,02	106902	74,48	79078	333,75	+5,20 %	+10,87 %
О.К.П.вызв.неуст.возбудителями	05	339089	234,56	192518	834,01	320978	223,64	176372	744,37	+4,88 %	+12,04 %
Острые вирусные гепатиты	06	44360	30,69	8475	36,71	43526	30,33	9100	38,41	+1,19 %	-4,43 %
в т.ч. гепатит А	07	28400	19,64	7693	33,33	25570	17,82	8186	34,55	+10,21 %	-3,53 %
гепатит В	08	9144	6,33	303	1,31	11007	7,67	411	1,74	-17,47 %	-24,71 %
гепатит С	09	4783	3,31	130	0,56	4985	3,47	162	0,68	-4,61 %	-17,65 %
Хронические вирусные гепатиты (впервые установленные)	10	49615	34,32	728	3,16	54898	38,24	966	4,08	-10,25 %	-22,55 %
Носители вируса гепатита В	11	54365	37,61	1412	6,12	66487	46,33	1854	7,83	-18,82 %	-21,84 %
Носители вируса гепатита С	12	112631	77,91	4776	20,69	127705	88,98	5326	22,48	-12,44 %	-7,96 %
О. паратифический полиомиелит	13	4	0,00	4	0,02	6	0,00	6	0,02	-2 сл.	-2 сл.
Острые вялые параличи	14	214	0,15	214	0,93	252	0,18	252	1,06	-16,67 %	-12,26 %
Дифтерия	15	251	0,17	92	0,40	408	0,28	137	0,58	-39,29 %	-31,03 %
Коклюш	16	2848	1,97	2640	11,44	9035	6,30	8392	35,42	-3,20 раз	-3,10 раз
Корь	17	380	0,26	74	0,32	2364	1,65	768	3,24	-6,35 раз	-10,13 раз
Краснуха	18	127261	88,03	83492	361,70	131320	91,50	89056	375,86	-3,79 %	-3,77 %
Паротит эпидемический	19	2220	1,54	1407	6,09	3321	2,32	2195	9,26	-33,62 %	-34,23 %
Менингококковая инфекция	20	2682	1,85	1753	7,59	2810	1,96	1800	7,60	-5,61 %	-0,13 %
в т.ч. генерализованные формы	21	2146	1,49	1497	6,48	2213	1,54	1558	6,58	-3,25 %	-1,52 %
Гнойно-септические инфекции новорожденных	22	5159	-	5159	-	6404	-	6404	-	-	-
Туляремия	23	713	0,49	90	0,39	86	0,06	23	0,10	+8,17 раз	+3,90 раз
Сибирская язва	24	9	0,01	0	0,00	13	0,01	1	0,00	-1 сл.	-1 сл.
Бруцеллез впервые выявленный	25	337	0,23	13	0,06	370	0,26	25	0,11	-11,54 %	-45,45 %
Геморрагические лихорадки	26	3120	2,16	97	0,42	6780	4,72	242	1,02	+2,19 раз	+2,13 раз
в т.ч. с геморрагическим синдромом	27	2967	2,05	93	0,40	6704	4,67	242	1,02	-1,28 раз	-2,55 раз
Клещевой вос.-лестный энцефалит	28	4182	2,89	533	2,31	3802	2,65	465	1,96	+9,06 %	-17,86 %
Клещевой боррелиоз (б-щ. Лайма)	29	6360	4,49	577	2,50	5576	3,89	536	2,26	+13,11 %	+9,62 %
Псевдотуберкулез	30	3955	2,71	2516	10,90	4549	3,17	3096	13,07	+13,56 %	+16,60 %
Легко стрепт.	31	575	0,40	70	0,30	1818	1,27	148	0,61	-3,18 раз	-2,03 раз
Бешенство	32	11	0,01	3	0,01	9	0,01	4	0,02	+2 сл.	-1 сл.
Риштелозы	33	1957	1,35	531	2,30	1876	1,31	497	1,72	+3,05 %	+33,72 %
в т.ч. эпидемический слепой тиф	34	1	0,00	0	0,00	3	0,00	0	0,00	-2 сл.	-
Болезнь Бритта	35	6	0,00	0	0,00	9	0,01	0	0,00	-3 сл.	-
Лихорадка Ку	36	62	0,04	2	0,01	112	0,08	1	0,00	-2,00 раз	-1 сл.
Педикулез	37	213603	147,76	30924	172,96	235987	164,42	51485	217,29	+10,13 %	+20,40 %
Туберкулез (паратуберкулез)	38	71956	50,46	2291	9,92	74975	52,24	2390	10,09	-3,41 %	-1,68 %
в т.ч. туберкулез органов дыхания	39	69759	48,25	1920	8,32	71788	50,02	1910	8,06	-3,54 %	-3,23 %
из них багнетряные формы	40	28503	19,72	120	0,52	29127	20,29	100	0,42	-2,81 %	-23,81 %
Сифилис	41	68269	47,22	694	3,01	81710	56,95	743	3,14	+17,09 %	+1,14 %
Гонорея острая и хроническая	42	72462	50,12	630	2,73	81124	56,52	589	2,48	-11,32 %	-10,08 %
Болезнь, вызванная вирусом папилломы человека	43	22356	15,46	370	1,60	22235	15,49	404	1,70	-0,19 %	-3,88 %
Острые инфекции в.д.п.	44	19297865	13318,82	1141373	49445,5	1827594	12733,57	1054336	44497,9	+1,83 %	+11,12 %
Грипп	45	906531	626,45	374700	1623,24	904762	630,28	341443	1441,05	+0,31 %	+2,64 %
Малярия паратифическая	46	174	0,12	16	0,07	311	0,22	29	0,12	-45,45 %	-41,67 %
Поствакцинальные осложнения	47	336	0,23	294	1,27	240	0,17	209	0,88	+35,29 %	+11,32 %

- Цифры по осложнениям подразумеваются верными. Увы, достаточно прочитать инструкции, определяющие что квалифицируется как "поствакцинальное осложнение" (как русские, так и зарубежные), написанные явно под давлением фармацевтов. Они максимально ограничивают отнесение любых проблем к поствакцинальным. Тщательно ограничиваются сроки, температуры, продолжительность и характер недомоганий и т.п., чтобы обращений за компенсациями было не слишком много. Грубо говоря, если Ваш (совершенно здоровый до прививки) ребёнок умрёт через три дня после прививки, а не через положенные в инструкции два - это случайное совпадение. Надо было умирать пораньше. Все сомнения в связи с прививкой трактуются в пользу фармацевтов. В результате отчёты заметно "приукрашиваются" и вакцины сразу становятся заметно более "безопасными". [22]

Вопрос 1: в статье Разумно о прививках Вы пытаетесь вычислить вероятность заболеть коклюшем сравнивая число умерших, "забывая" при этом, что умирают как раз непривитые, а вероятность умереть привитому гораздо ниже. Поэтому десять трупов от коклюша следует делить на 5% непривитых, а десять трупов от вакцины - на 95% привитых, что даёт "ошибку" ваших расчётов в 20 раз. И кто после этого "играет" со статистикой? Ответ 1: Да, методика расчёта вероятности неточна, не зря я написал не "рассчитаем" а именно "оценим порядок". Ваше возражение было бы совершенно справедливым при истинно высокой эффективности вакцины АКДС. Однако, гипотеза о высокой эффективности АКДС, мягко говоря, ошибочна. Все рекламные цифры типа "привитые не болеют и не умирают" основаны на "статистической уловке номер 2" (см. статью) с подсчётом заболевших и умерших задним числом, в результате в непривитые попадают ослабленные, недоношенные, дети нелегальных эмигрантов, бомжи и прочие группы риска. В результате и формируются завышенные цифры эффективности, что не подтверждается практикой. Посмотрим, например, вполне официальный и пропрививочный документ (<http://medi.ru/DOC/7190119.htm>) специалистов-иммунологов про тот же коклюш, о котором идёт речь:

Тем не менее несмотря на более чем 40-летнее использование в мире АКДС-вакцины, до настоящего времени сохраняются основные периодические сезонные подъемы заболеваемости, которая регистрируется не только у непривитых, но и у привитых детей; ... За последние годы в России отмечен повсеместный рост заболеваемости коклюшем среди всех групп населения, достигший в ряде городов и областей уровня довакцинального периода... Национальная программа вакцинопрофилактики в 1997-1998 гг. не выполнила своей задачи, поскольку с 1997 года в России начался новый периодический подъем заболеваемости (показатель 18,5 на 100 тыс. населения вместо 5 случаев на 100 тыс., как планировалось). Охват прививками АКДС-вакциной составил у детей до года 86,8% вместо 95% запланированных... Сложившаяся в РФ ситуация с коклюшем объясняется прежде всего ограниченным влиянием существующей АКДС-вакцины на эпидемический процесс заболевания; неоправданно широкими противопоказаниями к проведению прививок и, как следствие, снижением коллективного иммунитета, а также низким уровнем бактериальной и отсутствием серологической диагностики (особенно на поздних сроках заболевания), ошибками клинической диагностики, поздней обращаемостью, несвоевременной госпитализацией - все эти факторы в совокупности приводят к отсутствию достоверных данных о распространенности коклюша среди населения. Т. О. СЕЛЕЗНЕВА, кандидат медицинских наук, заведующая лабораторией специфической профилактики инфекций ЦНИИ эпидемиологии МЗ РФ О. П. ПОПОВА, врач-инфекционист. Опубликовано в журнале: Сестринское дело № 1 1999.

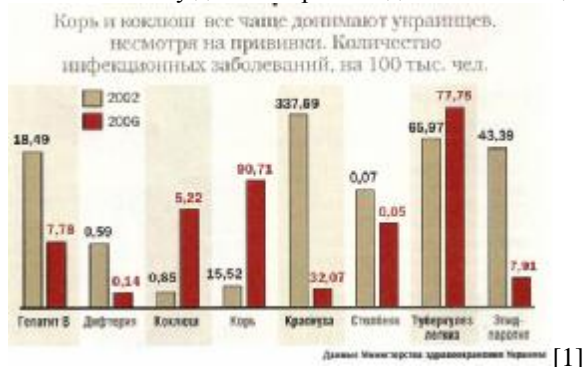
Или, своими словами, кололи, кололи 40 лет, охватывали 80-90% населения, а коклюш продолжает "жить своей жизнью", и заболеваемость возвращается иногда на уровень довакцинального периода! Т.е. что привиты 87% населения, что нет - никакой разницы. И после этого предлагается всерьёз верить что вакцина от чего-то защищает? Ведь при высокой эффективности вакцины и охватах около 90% мы должны были бы иметь по крайней мере вдесятеро меньший уровень заболеваемости (болели бы только непривитые), и это ещё не учитывая положительную обратную связь и теорию "коллективного иммунитета" (при достаточном "разбавлении" непривитых вероятность встречи и передачи инфекции между ними пропорционально сокращается). А нам докладывают - "допрививочный уровень"... И стыдливо пишут поперёк листа красным цветом "только для специалистов"! Т.е. "для служебного пользования", населению об этом знать не положено.

Итак, при непонятной (мягко говоря) эффективности вероятности заболеть у привитых и непривитых если и отличаются, то не слишком сильно. При этом, скажем, в 2005 году по официальной статистике в России заболеваемость коклюшем в год - 2,5 человека на 100000. Даже умножив эту цифру на 60 лет средней продолжительности получим вероятность заболеть за всю жизнь 1:750, что примерно и утверждается в моей статье! Да, можно конечно делить на непонятный коэффициент (защита вакцины). Но тогда надо учесть и то, что мы умножили на 60 лет непрерывного риска, а реально болеют в основном в первые годы... Можно пойти и по географическому пути. Наиболее восприимчивые дети не ездят по всему городу, а живут в своём микрорайоне (городке, посёлке), рискуя заразиться лишь внутри него (в детском саду, поликлинике и пр.). Каково население такого микрорайона? Не более 50 000 человек (многие посёлки и того меньше). Т.е. по той же официальной статистике в таком микрорайоне/посёлке/городке должен быть ровно один больной в год. Коклюш протекает быстро, заразен больной всего пару недель (в тяжёлой форме он не заразен просто потому что наверняка лежит в больнице, а не ходит в детский сад). Стало быть 11,5 месяцев в году в вашем микрорайоне/посёлке/городке просто физически не от кого заразиться. Оставшиеся пару недель этого заразного надо ещё суметь найти (ночевать в поликлиниках, посещать общаги, вокзалы и бомжатники). То есть вероятность, конечно есть, но явно не десятки процентов, и даже не единицы... И мы приходим ровно к тому же выводу - можно долго спорить о конкретных цифрах, но в любом случае, заставляя сравнивать условные и безусловные вероятности, нас обманывают по меньшей мере в сотни раз, а скорее всего - в тысячи и даже десятки тысяч. Кстати, даже если принять полностью Вашу точку зрения и допустить что я "обманываю" в 20 раз, всё равно даже чисто формально остаётся обман популяризаторов прививок приведённой таблицей в 50 раз (1000:20=50). И это даже при допущении 100%-эффективности вакцин!

Вопрос 2: откуда Вы всё же взяли цифру 10 смертей от коклюша в год? Ответ 2: Если Вы мне найдёте официальные данные именно по России - буду благодарен. Никаких сведений и никаких публикаций про хотя бы одну смерть от коклюша в России за последние десять лет я найти не смог... Поэтому пришлось оценивать их косвенно. Берём всё те же официальные данные по заболеваемости. Имеем в 2005 году примерно 3800 заболевших. Теперь берём любой пропрививочный сайт с популярной статьёй о коклюше, например вот этой (<http://www.privivki.ru/ills/kokl/sympt.htm>). Читаем: "Смертность высока в развивающихся странах. В развитых странах смертность от коклюша и его осложнений достигает 0.04%." Нехитрая

операция умножения даёт полтора трупа в год. Всего лишь! Т.е. если верить официальным данным и данным ВОЗ в России уже сейчас смертность от АКДС в шесть раз превышает смертность от коклюша (абсолютная, в человеках в год). Но я не стал доверять такой статистике и даже "подыграл" прививочникам - волевым усилием увеличил цифру "полтора" в шесть раз, учитывая что в США за 10 последних лет умерло от коклюша 103 человека, при аналогичном с нами примерно уровне заболеваемости (см. например <http://www.health-ua.com/news/753/>, 13 трупов на 8000 заболевших = 0,16% вместо 0,04% а учитывая что у нас медицина вряд ли лучше чем в США, хотя и не сильно хуже, коэффициент 0,2% будет вполне разумным)». 80% детей, заболевших коклюшем в возрасте до 5-и лет, были полностью привиты. Ещё одна история: «Был у нас коклюш, и у знакомых был, не впечатлил абсолютно. Да, трудно было ребёнку на акробатическом батуте прыгать и в море барахтаться - часто приходилось откашливаться до рвоты, пугая отдыхающих и собак, ну и что? Больше ничего не беспокоило, энергичность и настроение сохранялись. Ничем не лечили, прошёл сам, окончательно следы пропали где-то месяцев за 5. По-моему, с этими прививками и фарм-"лечением" врачи уже не представляют, как может (и должен!) доброкачественно протекать коклюш, только на фотки из учебников и опираются».

Мнение Котока. Вспомним исторические факты: в свое время коклюш действительно представлял угрозу для детей, особенно для грудных детей в Старом и Новом Свете. Известно о продолжительной едва не 15-летней эпидемии коклюша в середине XVIII ст. в скандинавских странах, которая каждый год забирала по 3 тыс. жизней. В период с 1858 по 1865 гг. в Англии от него умерло 120 тыс. человек. Кроме умерших, немало детей оставались инвалидами вследствие коклюшного энцефалита и мозговых излияний, которые случались в пик нападений трудного непрерывного кашля и связанных с ними остановок дыхания. Пик своей злости коклюш достиг во второй половине XI ст. в перенаселенных районах рабочего класса, где бедность, недоедание и крайне плохие санитарные условия традиционно были прекрасной почвой для всех инфекционных болезней, среди которых коклюш не стал исключением. Показатели заболеваемости и летальности неодинаковые в разных слоях населения. Чрезвычайно большое значение имели социальные факторы: материальная обеспеченность, бытовые условия, жилые условия. Значение социального фактора эпидемиологии коклюша красноречиво иллюстрируется следующим статистическими данными дореволюционного периода. В Петербурге 1881-1890 гг. в частях города, заселённых рабочими, показатели смертности от коклюша были в 5-6 раз выше, чем в аристократическое кварталах. Смертность от коклюша детей, которые проживают в подвалах выше в 19 раз, а тех, которые проживали на чердаках, в 8 раз выше, чем среди жителей других этажей. Факты, подобные этим, приведены по Вене, Парижу и Берлину... Б. Е. Каушанская сравнивая смертность от четырех капельных инфекций по Санкт-Петербургу за 1900-1941 гг., приводит следующие данные о снижении смертности за этот период: при дифтерии - более чем в семь раз, при скарлатине - в 4 раза, при кори - в 2-3 раза, а при коклюше - в 1,5 раза. С другой стороны, "классические" врачи тогда не только не имели ни одного представления о природе этой болезни (возбудитель был выделен в Брюсселе лишь в 1906 г.), но, в отличие от гомеопатов, своими методами лечения лишь ухудшали прогноз. Широко использовались кровопускание и пиявки, рвотные средства ("для удаления общей слизи"), препараты ртути, опиум и т. п. Вряд ли можно сомневаться, что ужасающая статистика смертности от коклюша того времени была именно из-за такого лечения, которое было чуть ли не хуже самой болезни. Сегодня коклюш все еще остается серьезной проблемой в странах, которые развиваются. И после открытия природы болезни врачи долго еще не имели средств ее "научного" лечения - до появления в годы Второй Мировой войны антибиотиков, которые резко сократили смертность от такого осложнения коклюша, как пневмония. Однако смертность от коклюша снизилась со второй половины XI ст. к середине XX ст., когда только появились соответствующие прививки, на 90% в США, Англии и Швеции. Такое резкое снижение, все же, не было привилегией одного лишь коклюша. Резко уменьшилась смертность от скарлатины, кори, гриппа, туберкулеза и тифа, отнюдь не связанная с наличием или отсутствием прививок. Связано это было, в первую очередь, со значительным улучшением санитарно-гигиенического состояния местожительства людей и значительного улучшения питания. Более здоровые дети и взрослые могли лучше сопротивляться болезни. Кроме того, не исключено, что свою роль сыграл и иммунитет, который накапливается в поколениях, к постоянно присутствующей болезни. Коклюш - болезнь преимущественно детского возраста, которая никогда не была опасной в европейских странах и в Америке. Раз перенесенная болезнь оставляет стойкий, как правило пожизненный иммунитет, который защищает и будущих детей в опаснейшем на осложнениях возрасте. Коклюшная вакцина (коклюшная составляющая многокомпонентных вакцин) традиционно считается одной из самых малоэффективных и одной из самых опасных из существующих ныне вакцин. Прививочные кампании, которые длятся в национальных масштабах, смещают болезнь в самый опасный детский возраст, лишают женщин возможности приобрести естественный иммунитет и увеличивают количество больных стёртыми формами коклюша взрослых, которые заражают детей. Новая бесклеточная (ацеллюлярная) вакцина также не лишена побочных эффектов. Хотя, вероятно, более безопасная и эффективная, чем традиционная цельноклеточная вакцина. Есть данные, которые свидетельствуют в пользу высокой эффективности безопасной гомеопатической профилактики коклюша. В развитых странах для коклюша сегодня характерно мягкое протекание. Серьезные случаи, осложнения и тем более смерть представляют собой крайне редкое явление и встречаются почти исключительно у детей возрастом до шести месяцев.



5) Напомним, в апреле 2006 года в населенных пунктах Хмельницкой, Херсонской, Винницкой, Днепропетровской и Черкасской областей были зафиксированы случаи необычной реакции на пробу Манту у детей. Буквально через час после введения туберкулина дети бледнели, повышались или понижались артериальное давление и температура, появлялись головная боль, потливость, судороги, немели конечности, расширялись зрачки, из носа шла кровь. В некоторых случаях «происшествие» удалось замять довольно быстро, поскольку речь шла о детях из интерната, вступить за которых было некому. Однако у детей из Вербки, Оленовки и Мизянивских хуторов есть папы и мамы, которые второй год воюют за то, чтобы кто-то обратил внимание на здоровье их детей. По словам родителей, за все это время ни в одном медицинском учреждении страны им не объяснили, что в действительности произошло с их детьми. «Врачи отказываются с нами даже разговаривать, как только узнают о том, что тяжелые заболевания приобретены после введения туберкулина», - говорит одна из матерей Людмила Гнатюк. [1] В то же время, когда причина обследования родителями не афишируется и они приходят на прием как рядовые пациенты, то врачи отмечают последствия сильного отравления токсинами. Положительная реакция Манту не является доказательством инфицирования туберкулезом, а отрицательный результат не дает гарантии отсутствия заболевания. Невзирая на массовое проведение прививок БЦЖ и проб Манту, в Украине растет заболеваемость туберкулезом. Согласно официальным данным, количество больных туберкулезом в Украине составляет 1,4 % (приблизительно 700 тыс. человек), а по экспертным оценкам, таких людей около 1,5 млн. (см. «Сейчас», «Племена и нравы»). В апреле 2006 года в связи с отравлениями детей проведение пробы Манту было приостановлено по всей Украине, однако уже с 1 июля 2006 года все вернулось на круги своя. Комиссия, в которую вошли специалисты, работающие на ЗАО «Биолик» (Харьков), где и производился тот самый туберкулин, «не выявила нарушений технологии и хранения препарата на предприятии». Минздрав обратился ко всем врачам, чтобы те были более внимательны к состоянию здоровья детей перед проведением пробы Манту и обязательно согласовывали вакцинацию с родителями. На том и порешили. Однако все мы знаем, как у нас делаются прививки на самом деле. За 45 минут урока в школе умудряются провести вакцинацию не только целого класса, но и всей параллели (а это 100-120 детей).

Испытание пробой Манту. "Зеркало Недели", № 24 (703) 28 июня — 4 июля 2008. Автор: Ольга Скрипник.

От них отказался уже четвертый адвокат. От них уже третий год отрешиваются чиновники Министерства здравоохранения. Перед ними закрываются двери многих лечебных и диагностических кабинетов, а в местной школе даже не скрывают, что с нетерпением ждут, когда уже эти дети закончат обучение и отпразднуют выпускной. Для одного из подростков уже прозвучал последний звонок — почти год родители носят цветы на его могилу.

Матери детей, заболевших после проведения пробы Манту весной 2006 года, уже обили все пороги — от сельской амбулатории до столичных больниц и диагностических центров, собрали кучи справок, проштудировали горы научной литературы, чтобы разобраться, что же происходит с их сыновьями и дочерьми. Но чем серьезнее диагнозы появляются в медицинских карточках подростков, тем упорнее чиновники уверяют, что состояние их здоровья никоим образом не связано с пробой Манту. Есть ли у них на это основания? Скорее всего, просто повторяют слова тогдашнего министра здравоохранения Юрия Поляченко, который, комментируя ситуацию после туберкулинодиагностики, поспешно заявил: «Тотального вреда здоровью детей не нанесено».

Напомню: началась эта история в апреле 2006 года, когда ученикам Калининской школы-интерната, что на Херсонщине, сделали пробу Манту. Реакция оказалась неожиданной: и младшие, и старшие школьники начали жаловаться на самочувствие. Ситуация была настолько тревожная, что в райбольницу тогда госпитализировали почти весь контингент интерната — 88 детей из ста. Диагноз на всякий случай поставили универсальный: ОРВИ — острая респираторная вирусная инфекция. Возможно, на это никто бы не обратил внимания: кого волнуют проблемы детей с недостатками психического развития? Но со временем ситуация повторилась в селе Вербка Хмельницкой области — многим подросткам стало плохо сразу же после введения туберкулина, у некоторых были даже судороги, их прямо из школы отправили в больницу. По официальным данным главного управления здравоохранения Хмельницкой облгосадминистрации, тогда было госпитализировано почти 50 детей, специалисты областной больницы оказали им необходимую помощь.

В Министерстве здравоохранения снова «не видели ничего чрезвычайного» в сложившейся ситуации, и поэтому туберкулинодиагностика продолжалась. Докатилась она и до села Мизяковские Хутора Винницкой области, после чего десятки школьников попали на больничные койки. Родители пережили тогда настоящий шок: отправили в школу здоровых сыновей и дочерей, а под вечер им сообщили, что детей надо искать в областной больнице. К жалобам на головокружение и резкую боль в животе добавились еще сетования на то, что глаза словно песком засыпало. Непросто было и врачам. С одной стороны — действительно нетипичная реакция на введение туберкулина: никогда раньше таких ситуаций не было, неизвестно, как и чем спасать этих детей. А с другой — давление со стороны начальства. В кулуарах врачи жаловались, что их буквально принуждали по несколько раз переписывать медицинские карточки подростков, заносить туда только «правильные» выводы. Еще через недели две эта же туберкулинодиагностика положила на больничные койки юных черкасчан. Наконец Минздрав решил приостановить проведение туберкулинодиагностики. До лучших времен. Вскорости детей выписали домой, посоветовали им придерживаться диеты и дышать свежим воздухом, а министерство поспешило всех успокоить. И хотя не было проведено никаких серьезных исследований качества туберкулина, в частности и в зарубежных лабораториях, как обещали, появился приказ о продолжении туберкулинодиагностики. Проинформированные лица в министерстве объяснили такую поспешность тем, что через два месяца заканчивался срок годности туберкулина.

По свидетельству родителей, здоровье их детей до сих пор вызывает беспокойство — они жалуются на слабость, перепады давления, головокружение и т.п. Летом того же 2006 года родители добились, чтобы детей обследовали в республиканской больнице «Охматдет». У многих пациентов обнаружили тогда по несколько хронических патологий, назначили лечение, но оно результатов не дало. Родители подозревали, что им не хотят говорить правду, тем более что осмотры были поспешными, должны были буквально выбивать направления на аппаратную диагностику. Многие анализы пришлось делать на собственные средства в частных лабораториях и клиниках, что требовало много времени и денег. Чтобы собрать деньги на визиты в столичные клиники, люди продавали не только выращенные овощи, но и коров, хотя без своего молока прожить в селе очень трудно. Когда продавать уже стало нечего, большинство родителей смирились с ситуацией, надеясь, что дети

перерастут, и все как-то само собой утрясется. И только несколько семей из села Мизяковские Хутора не сдаются, они продолжают доискиваться правды.

— Нам она нужна для того, чтобы знать, как спасти наших детей, — рассказывает Людмила Вервека. — У нас две дочери, и, сравнивая состояние их здоровья, я вижу, какая большая разница. После туберкулинодиагностики младшая дочь прямо угасает, хотя до этого была здоровым сельским ребенком, и никогда не лежала в больнице. Она, как и ее одноклассницы, которым стало плохо после пробы Манту, потеряла интерес к жизни, постоянно жалуется на усталость и слабость.

Конечно, мы пытаемся найти специалистов, которые бы смогли поставить правильный диагноз и назначить лечение, поэтому и ездим на обследование в Киев, были в Москве. Наша семья уже продала все, что могла, только бы спасти дочь. Иногда приходится даже хитрить: не говорим, откуда мы приехали и с чего начались наши проблемы, поскольку как только речь заходит о туберкулинодиагностике, медики не хотят с нами разговаривать. Более того, у тех врачей, написавших выводы, которые расходятся с официальными, потом были неприятности, им грозили увольнением. Министерство здравоохранения решило, что ухудшение самочувствия у детей не связано с проведением пробы Манту, и повторяет это беспрерывно. Но в одной из клиник профессор был поражен, увидев, что у семи детей, прошедших обследование, одинаковые диагнозы — пролапс митрального клапана, вирус Эпштейна—Барра и много других тяжелых патологий. Откуда они появились так внезапно, если до того дети ни на что не жаловались и не болели? Это видно также из медицинских карточек — там не зафиксированы такие болезни. А если все они были нездоровы, как говорят чиновники, — разве можно было в таком случае делать прививку или туберкулинодиагностику?

В последнее время винницкие мамы побывали у многих светил медицины, но даже те ничего утешительного сказать не могут. Да и что скажешь, если ребенка терзают вирус Эпштейна—Барра, цитомегаловирус, есть подозрение на саркоидоз, и все это проходит «с максимально повреждающим действием на лимфатическую систему, сердце, бронхо-легочную систему. Сформировался аутоиммунный и аутоаллергический ответ, впоследствии приведший к столь выраженным патологическим процессам практически во всех органах и системах организма. Формирование данного комплекса — это реакция иммунной системы организма на введенную вакцину». К такому выводу пришли российские профессора, которые хорошо известны в области вирусологии и иммунологии. (Вирус Эпштейна—Барра относится к герпетическим вирусам, доказана его связь с онкологическими патологиями — лимфомой Беркета, назофарингеальной карциномой и раком молочной железы. Саркоидоз, как утверждают ученые, имеет туберкулезную этиологию, он вызван измененным штаммом микобактерий туберкулеза. При этом проба Манту в подавляющем большинстве случаев — отрицательная).

Особенно обидно то, что беда пришла после туберкулинодиагностики — медицинского вмешательства, утвержденного на государственном уровне. Помощи же на государственном уровне дети так и не получают. Если даже предположить, что выявленные патологии никоим образом не связаны с пробой Манту, все равно не понятно, почему детей не обследуют и не лечат за бюджетные средства, ведь статью о бесплатной медицинской помощи еще никто не отменял. Почему чиновники МЗ, к которым обращались родители, считают, что в таком противоречивом случае вполне достаточно было сдать кровь, измерить давление и сделать электрокардиограмму? Почему более сложные и дорогие анализы пациенты должны проводить за собственные средства? Почему нельзя было организовать консилиум разных специалистов, чтобы наконец определили, от чего страдают дети, и главное — как можно улучшить их самочувствие? Таких «почему» наберется не один десяток. А отвечать — некому. Государство обязывает нас и наших детей проходить вакцинацию и туберкулинодиагностику, но не обременяет себя никакими обязательствами в тех случаях, когда появляются какие-то проблемы со здоровьем. Между тем хорошо известно, что после прививки и пробы Манту могут быть аллергические, поствакцинальные реакции и осложнения. Хотя выражение «хорошо известно», очевидно, здесь не уместно, поскольку именно родителям и детям об этом мало что известно. Покупая какие-либо лекарства, мы можем прочесть как рекомендации относительно применения, так и противопоказания. А где можно прочесть об осложнениях и побочных действиях вакцины или туберкулина? Вы где-нибудь видели такое описание возле кабинета прививок или в детской поликлинике? А может, слышали предупреждение от врача?

Исследуя эту тему, я побывала на десятках конференций и круглых столов и имела возможность познакомиться с врачами, которые из опыта знают, что далеко не все прививки нужны маленьким пациентам, а от пробы Манту уже давно нет никакой пользы, поскольку этот метод диагностики перестал быть информативным. Об этом, в частности, свидетельствует заявление ВОЗ: «Несмотря на огромное количество исследований, проведенных со времен Р. Коха, у нас все еще нет простого чувствительного теста, который позволил бы отличить большинство или всех больных активной формой туберкулеза... от лиц, ранее вакцинированных БЦЖ». И зарубежные, и многие отечественные специалисты считают абсурдной ситуацию, когда ребенка в родильном доме вакцинируют БЦЖ, содержащей живые микобактерии, а позднее делают ему пробу Манту.

Чем это заканчивается на практике, хорошо знают педиатры, которые лечат своих пациентов от «бэцэжитов» и других проблем. Светлана Викторовна К. (имя изменено по этическим соображениям), педиатр с 30-летним стажем, в свое время должна была уволиться из «Охматдета» из-за принципиального несогласия с календарем прививок.

— Наблюдая за поствакцинальными осложнениями, я объясняла родителям, почему у их ребенка увеличились лимфоузлы, появился кровавый понос и высокая температура, — вспоминает она. — В больницах действуют негласные распоряжения, категорически запрещающие фиксировать осложнения после прививок или пробы Манту, возникшие даже в течение первых суток, не говоря уже о тех, которые проявляются спустя полмесяца. Сейчас я работаю в частной клинике. Среди моих пациентов есть много таких, чьи мамы отказались от вакцинации в родильном доме, и, слава Богу, ребятишки растут здоровыми, без аллергии. В свое время я, как мама, четко придерживалась календаря прививок, и моя дочь терпела все, что навязывалось. Но многолетний опыт изменил мое отношение к прививкам: я не позволила проводить такие эксперименты на внуках, — сознается врач.

Немало доказательств того, что туберкулинодиагностика показывает совершенно не то, чего от нее ждут, собрала Зоя Дергачева, педиатр, кандидат медицинских наук. По ее мнению, ежегодное проведение пробы Манту наносит много вреда детскому организму, который и так ослаблен экологическими проблемами, антибиотиками, продуктами питания, содержащими множество консервантов, красителей и т.п.

— У наших детей и без того высокая аллергическая готовность, а им еще вводят туберкулин, в котором использован как консервант фенол, являющийся одним из сильнейших клеточных ядов. У ребенка возникает аллергическая реакция — но на

что именно? Тогда говорят о ненастоящей-положительной реакции, а через год процедуру повторяют. Количество больных туберкулезом не уменьшается, хотя массово проводятся прививание и туберкулинодиагностика. Почему же не вводят другую диагностику? Ведь давно апробирован метод прямой микроскопии мазка крови: когда на стеклышко наносится капля крови из пальца... Специалисты знают и другой метод экспресс-диагностики — когда исследуется слюна. Такая диагностика, во-первых, не наносит никакого вреда организму, а во-вторых, достаточно информативна, — убеждена З. Дергачева.

Это мнение разделяют многие научные работники, которые к тому же считают, что у нас далеко не все обстоит благополучно как с туберкулином, так и с БЦЖ. Исследования в профильных лабораториях неоднократно выявляли серьезные нарушения. В частности вакцина, как печально шутят ученые, была слишком живой: «Похоже на то, что сначала проводим прививку и заражаем, зато потом точно знаем, от чего надо лечить». Это было бы смешно, если бы не было так грустно, потому что у нас из года в год растет количество жертв палочки Коха.

По мнению известного фтизиатра профессора Бориса Норейко, который более 40 лет работал над этой проблемой, раньше никогда не было столько деструктивных форм туберкулеза у детей и подростков. Если когда-то за 20 лет выявляли всего один случай первичной каверны на всю Донецкую область, то сейчас в детском противотуберкулезном диспансере деструктивный туберкулез встречается все чаще. У одного из 20 детей и подростков, впервые инфицированных, развивается клиническая форма, тогда как раньше это случалось один раз на две тысячи. Это объясняется тем, что туберкулез у вакцинированных детей проходит более злокачественно, чем у тех, кому не делали прививок. Негативные последствия вакцинации бьют по детям, как бумеранг, и поэтому прививку БЦЖ надо начинать не ранее семилетнего возраста.

В научной литературе описаны результаты эксперимента, проведенного московскими учеными, которые исследовали целесообразность и полезность вакцинации и ревакцинации. На примере 1 200 000 детей и подростков было установлено, что количество осложнений от вакцинации, особенно от вторичной, в несколько раз превышает заболеваемость первичными формами туберкулеза. То есть количество «бэцэжитов» превышает заболеваемость туберкулезом невакцинированных детей. Вакцина БЦЖ не обеспечивает защиту от туберкулеза, поскольку группа вакцинированных детей и контингент детей, которым не делали прививки, имели одинаковые показатели заболеваемости. Тогда же ученые доказали, что именно у вакцинированных детей проба Манту изменяется в широком диапазоне, вплоть до гиперергической. Поголовная вакцинация свела на нет результативность туберкулинодиагностики: проба Манту девальвировалась, поэтому и приходится постоянно дифференцировать поствакцинальную и инфекционную аллергию.

Украинские ученые тоже проводили исследования, результаты которых очень не понравились чиновникам министерства, поэтому они и сами предпочитают о них не вспоминать, и исследователям не советуют. В той же Винницкой области в 1996 году было проведено более 330 тысяч проб Манту. И какова же эффективность такой массовой туберкулинодиагностики? Было выявлено аж... двое больных детей. Подсчитав израсходованные на эту кампанию средства, видим, что выявление одного случая туберкулеза стоило государству 24 850 тысяч долларов США. Если это экстраполировать на всю Украину, то без лишних слов понятно, почему у нас катастрофически не хватает средств на медицинскую помощь.

Профилактика — самый дешевый способ борьбы с инфекциями? Члены правительства любят хвалиться тем, что на профилактику туберкулеза, как и остальных инфекционных болезней, бюджетное финансирование постоянно возрастает. Так, в прошлом году было использовано 203,8 млн. гривен, что почти вдвое больше, чем в 2003-м. В нынешнем году на профилактические прививки государство выделило 221,8 млн. гривен. Хорошо проинформированные источники из Министерства здравоохранения утверждают, что в этом деле давно (и безуспешно!) ведется двойная бухгалтерия. Примеров — пруд пруди. Так, в прошлогоднем отчете об использовании вакцины БЦЖ указано, что было сделано 664,2 тысячи прививок, на что, с учетом розлива, израсходовано 2817,8 тысячи доз. А в соответствии с бухгалтером использовано всего 2683,1 тыс. доз. Куда подевалась разница? И была ли она в натуре? Или же дозы были только на бумаге?

Даже беглого взгляда на официальный отчет МЗ достаточно, чтобы понять: в прошлом году во всех областях проба Манту и прививки БЦЖ были проведены на высоком уровне — иногда показатели достигают 99,9%. За это бы ордена раздавать, а ревизоры считают, что происходит подмена понятий, а именно — желаемое выдают за действительное: «В отчеты к плановым показателям прививок против туберкулеза входит не общее количество детей соответствующего возраста, а только то количество детей, у которых нет противопоказаний к прививкам, за счет чего удалось «поднять» уровень вплоть до 96,33%, что в действительности в четыре (!) раза больше реальных показателей. Известно, что в 2007 году удельный вес детей в возрасте 7 и 14 лет, у которых положительный или сомнительный результат пробы Манту и которые в соответствии с правилами не подлежат плановой ревакцинации против туберкулеза, достиг более 77% от общего количества лиц данного возраста. (Кстати, еще одно свидетельство высокой «результативности» пробы Манту! — Авт.) То есть фактически было ревакцинировано против туберкулеза менее 23% детей в возрасте 7 и 14 лет».

Уже в который раз аудиторы фиксируют это нарушения. Осведомленные люди говорят, что такая цифровая эквилибристика придумана недаром: под какую отчетную цифру легче увеличивать заказ на следующий год — под 96,33% или под ту, которая в четыре раза меньше?

Специалисты контрольно-ревизионного управления (КРУ) уже давно заметили, что МЗ необоснованно увеличивает заказ на вакцины. Так, определив годовую потребность в количестве 994,1 тыс. доз вакцины БЦЖ и зная, что в СЭС есть 525 тысяч доз в остатках, чиновники вместо 469,1 тыс. доз почему-то заказывают... 3 050, 6 тыс. доз. Контролеры считают, что таким образом было приобретено свыше потребности 2581,5 тыс. доз, которые вылились госбюджету в кругленькую сумму — 2,3 млн. гривен. Такое, говорят, повторялось и ранее, начиная с 2004 года. Например, в 2005-м Харьковская СЭС подала заявку на 84,6 тыс. доз, а получила 128 тысяч. В следующем году расчетная потребность харьковчан уже составляла 112,5 тыс. доз, а ей выделили 145,2 тыс. Понятно, что такая «щедрость» проявляется не только на Слобожанщине и касается не только БЦЖ. Надо ли удивляться, что закупленная еще в 2006 году противотуберкулезная вакцина использовалась вплоть до марта нынешнего года, буквально до последнего срока ее годности. Но и после истечения этого срока вакцины осталось почти 200 тысяч доз, которые пришлось списывать. Правда, не факт, что приказы дошли до кабинетов вакцинации своевременно. Только в этом случае, по выводам ревизоров, из государственного бюджета было пущено на ветер более 181 тыс. грн.

В прошлом году потребность в медицинских иммунобиологических препаратах (МИБП) для проведения профилактических прививок, с учетом остатков и резерва, по расчетам специалистов СЭС, составляла 10 735,1 тыс. доз, но Минздрав приобрел на 6 559,7 тыс. доз больше. К тому же, большое количество МИБП поступает через три и даже шесть месяцев после предоплаты, поэтому когда они доходят до медицинских учреждений, оказывается, что срок годности вот-вот закончится. Зато это хорошая поддержка для частных фирм, которые целых полгода по собственному усмотрению могли использовать 2 625, 3 тыс. грн. из госбюджета. Ревизоры считают, что такое положение дел «имеет признаки беспроцентного кредитования коммерческих структур», причисляя его к проявлениям коррупции. Они уверены, что это злоупотребление и неэффективное использование бюджетных средств. Но кто же им поверит! На бумаге — это напряженная борьба с инфекционными болезнями методами профилактики.

Когда в 2006 году в нескольких областях одновременно возникла чрезвычайная ситуация с туберкулинодиагностикой, чиновники Минздрава, как положено, предупредили о личной ответственности начальников главных управлений здравоохранения и главных областных санитарных врачей за ситуацию с проведением проб Манту и за качество используемых препаратов. Очень профилактическое мероприятие, если принять во внимание, кто и как в действительности проводит закупки туберкулина, вакцины БЦЖ и остальных иммунобиологических препаратов.

В соответствии с законом, контроль за качеством медицинских иммунобиологических препаратов возложен на Государственную службу лекарственных средств и изделий медицинского назначения, а саму экспертизу осуществляет ГП «Центр иммунобиологических препаратов» (далее — ЦИП). Кстати, тот же, который обвиняют в неточном переводе на украинский язык инструкции к индийской вакцине против кори и краснухи. Эксперты подсчитали, что из 32 наименований вакцин, используемых в Украине для проведения включенных в календарь обязательных прививок, лабораторный контроль качества прошли только три препарата. Остальные 29 МИБП во время регистрации и перерегистрации лабораторного контроля не проходили! Как известно, одним из элементов контроля качества иммунобиологических препаратов является наличие сертификата GMP, который удостоверяет надлежащую производственную практику. Оказывается, что у фирмы «Биолик», выпускающей туберкулин и вакцину против гепатита В, отсутствует такой сертификат. По данным МЗ, в 2003—2007 годах было зарегистрировано 38 случаев поствакцинальных осложнений во время использования вакцины этого производителя. Между тем входной контроль качества 16 серий указанных препаратов проводился по сводным протоколам производителя, то есть без лабораторного анализа.

Не лучше ситуация и с импортными препаратами. Всего за последние шесть лет в Украину поступило 495 серий иммунобиологических препаратов для обязательных прививок детей, а лабораторный контроль в ЦИП прошли всего 105 серий, то есть немногим более 20%. (Злые языки в министерстве говорят, что контроль можно считать суровым только на бумаге, ведь еще до недавнего времени лаборатория Центра иммунобиологических препаратов была не аккредитована, хотя оборудование в прошлом году закупили. Еще и первый квартал нынешнего года отработали по-старому.)

Стоит ли при таких обстоятельствах удивляться, что после сообщений о госпитализации в четырех областях детей после туберкулинодиагностики едва ли не первыми «откликнулись» специалисты ЦИП, заявив, что туберкулин не причастен к ухудшению состояния их здоровья. И это, опять же, задолго до обследования детей и выводов врачей. Когда во время круглого стола в МЗ, посвященного вакцинации против кори и краснухи, зашла речь об ответственности при поствакцинальных осложнениях и присутствующие профессора напомнили о больных детях из Винницкой области, директор центра сразу же их оборвала: «Связь между ухудшением их самочувствия и пробой Манту не доказана».

А то, что туберкулин соответствовал всем требованиям качества и безопасности, — доказано? По-видимому, чиновники считают, что родители должны верить им на слово, несмотря на то, что лаборатория не сертифицирована, входной контроль как следует ею не налажен, иммунобиологический препарат вырабатывается «без надлежащей производственной практики», что является нонсенсом для европейских стран.

Правда, Минздрав не обращает внимания на такие мелочи. В прошлом году харьковчане выиграли тендер на поставку одной из вакцин, за 8460,8 тыс. доз которой было заплачено 5499,6 тыс. грн. Но столичная СЭС отказалась от 30 тысяч доз, мотивируя тем, что их не заказывала. Еще семь областных СЭС заявили, что вакцина им не нужна, и вследствие демарша еще почти 300 тысяч доз зависли в воздухе. Но, как сообщили компетентные люди из МЗ, все устроилось: разве сложно заплатить из госбюджета за каких-то там лишние 6162,2 тыс. доз вакцины, которые экспертная комиссия министерства заказала свыше потребности. (Годовая потребность составляла 3642,4 тыс. доз.) Весной остаток этой вакцины составлял такое количество доз, которого хватит на два с половиной года. Если ее не использовать, то пропадут 1397,6 тыс. бюджетных гривен. Но пропадут не из-за коррупции, как утверждают злые языки, а потому, что вскорости истекает срок годности вакцины.

Эксперты делают акцент на том, что у нас надлежащим образом не ведется мониторинг послевакцинальных осложнений, не введена система постоянного надзора за безопасностью иммунобиологических препаратов в условиях их практического использования. Несмотря на то что из года в год неэффективно используются и даже пущены на ветер миллионы бюджетных гривен, не предусмотрено никаких средств на проверку иммунного статуса детей, обследование и лечение тех, у кого выявляют поствакцинальные реакции и осложнения, не говоря уже о возмещении моральных убытков. (К тому же медицинские справки оформляются так, что адвокаты отказываются представлять интересы пациентов в судах.)

...Когда в Мизяковских Хуторах в очередной раз проводили туберкулинодиагностику, то сообщили о вакцинации и детям, пострадавшим из-за этого два года назад. Мам привел в негодование такой цинизм, а медики объяснили, что они просто выполняют план, спущенный свыше: «Все дети должны пройти туберкулинодиагностику»...

У восьми школьников ухудшилось самочувствие после проб Манту на Буковине. *18 сентября 2008 / 21:35 – Подробности.* По материалам: УНИАН.

Двое учеников пятого класса общеобразовательной школы села Рашкив Хотинского района Черновицкой области потеряли сознание, а у шестерых резко ухудшилось самочувствие после проведения туберкулиновой пробы Манту.

Тубпробы ученикам 5-го класса села Рашкив делали 9 сентября. До этого их уже получили ученики младших классов этой школы, где никаких негативных последствий не было.

Этот факт стал известен лишь сегодня, после того, как Черновицкая региональная организация Народной партии распространила заявление, в котором требует создания временной комиссии при областном совете для выяснения причин возникновения осложнений у детей и проведения экспертных испытаний качества примененных вакцин с привлечением независимых экспертов.

В комментарии начальник Главного управления здравоохранения Черновицкой облгосадминистрации Игорь Шкробанец признал, что 9 сентября в селе Рашкив Хотинского района имели место одиночные случаи реакции на введение туберкулина, то есть пробы Манту.

По его словам, туберкулин введен 16 детям, 8 из них пожаловались на общую слабость, у них было обнаружено незначительное повышение температуры тела. Двое детей, по настоянию родителей, были госпитализированы в Хотинскую центральную районную больницу, где с целью улучшения состояния им проводилось симптоматическое лечение. "Для последующего наблюдения 11 сентября детей перевели в областную детскую клиническую больницу, откуда они были выписаны на следующий день практически здоровыми", - отметил Шкробанец.

По его словам, плановая туберкулинодиагностика проводилась и проводится в других школах Хотинского района, и побочных реакций не зарегистрировано.

Специалистами Главного управления здравоохранения Черновицкой ОГА и областной санитарно-эпидемиологической станции проведено расследование отмеченного случая реакции. Нарушений в правилах и технике проведения туберкулинодиагностики детям не обнаружено. Продолжается последующее наблюдение за состоянием детей.

25 февраля 2008 года, 10:00. Пресс-конференция на тему: "Кто ответит за отравление детей пробой Манту?", в которой приняли участие члены ООО «Лига защиты гражданских прав» и родители, дети которых получили тяжелые заболевания в результате туберкулинодиагностики, и которые уже несколько лет пытаются добиться правды от МОЗ: почему такое случилось с их детьми, и кто должен понести за это ответственность?

Там, где прививка БЦЖ никогда массово не проводилась или давно отменена, низок уровень заболеваемости туберкулезом. С другой стороны, в России, Бразилии, Индии и Болгарии, где прививку БЦЖ получают все новорожденные, каждый год регистрируются десятки тысяч новых больных активной формой туберкулеза.

История одной мамы. Здравствуйте! У меня такой вопрос, может кто сталкивался. Моему ребенку 5 лет и недавно сделали манту, оно увеличенное, 12 мм. (но он в это время чуть-чуть сопливился и подкашливал). Врач сказала, что это уже попала инфекция туберкулеза и прописала таблетки для профилактики под названием "изониазид". В инете вычитала, что данный препарат сильно действует на печень (и не только) и само увеличение еще не говорит о том что ребенок инфицирован, и что ему надо пить данный препарат. Подскажите пожалуйста, кто сталкивался с такой проблемой. Стоит ли давать эти таблетки? А делали хоть еще одно исследование, кроме Манту? Рентген, ПЦР? Конечно, я не имею никакого права отменять назначения врача, но все мое детство моя Манту была 11-15 мм, и никаких препаратов я не пила. Манту крайне, крайне недостоверная проба. Обязательно проконсультируйтесь у еще одного врача и не кидайтесь сразу пить таблетки. Для этого должен быть куда более существенный повод, чем увеличение Манту, еще какие-то признаки инфицированности. Ложноположительная проба Манту встречается у каждого третьего ребенка. Мы делали еще рентген, он показал незначительное увеличение "чего-то" в легких (названия к сожалению я не помню). Врач сначала сказала, что такое может быть и после перенесенного, к примеру, бронхита. Так и было. Ребенок немного был простужен на тот момент (насморк и небольшой кашель). А когда пришла опять к этому врачу через 2 недели, сказала уже совершенно другое. Но я тоже склоняюсь к тому, чтобы не давать данный препарат. Я бы проконсультировалась у еще одного фтизиатра. Лучше повторить рентген, чем пить этот препарат, хотя рентген в таком возрасте тоже совсем не здорово Но уж очень сильное лекарство и для взрослого. Сколько себя помню, в школе с этим манту были проблемы. У меня всегда выше нормы. Отправляли в туб.диспансер. Один раз сделали рентген - ничего страшного не нашли. Поставили на учет и сказали ездить каждый год - для контроля. Мы не ездили - это у черта на рогах. С тех пор когда возникал вопрос по поводу плохой реакции, говорила что на учете в тубдиспансере. Вопросы отпадали. Ничего такого и по сей день нет, сдайте пцр - кровь из вены или мокроту - на туберкулез. Уж куда как более информативно, чем манту после болезни. У меня тоже всегда было огромное манту, все детство и юность провела таскаясь по тубдиспансерам и проверяясь, и перепроверяясь. Пока не выросла и не послала всех врачей. Никакого инфицирования у меня не было. И ничего не пила из лекарств.

История из России. Что же делать? После БЦЖ заполучили лимфаденит, и выписка есть, что осложнение на БЦЖ-М, но мы, оказываясь, с этой инвалидностью (у ребенка нет живого места, все лимфоузлы увеличены) не подходим под какой-то указ правительства. Положение совершенно тупиковое, спросить не с кого. Ребенок, наверное, останется инвалидом - это и называется в России медицинской помощью?

Осложнения на БЦЖ:

- усиленная местная реакция, иногда с некрозом кожи и образованием язвы, а также келлоидных рубцов;
- региональные лимфадениты, возможно с нагноением;
- возникновение волчанки в месте введения (туберкулез кожи);
- поражение глаз, генерализация инфекции, вызванная БЦЖ-вакциной;
- оститы (поражение костей), остеомиелиты (поражение костей с костным мозгом) - свидетельство того, что прививка произведена среди детей, страдающих иммунодефицитами: первичными - врожденными или вторичными - приобретенными (неблагоприятная экологическая среда, плохое питание, отсутствие нормальных жилищных условий и т. д.);
- холодные абсцессы, являющиеся результатом нарушения техники введения БЦЖ, например, вместо внутрикожного введения инъекция сделана подкожно или внутримышечно.

Червонская пишет. Научная и практическая ценность вакцинации всех подряд - нулевая. Если в течение 50 лет вакцинации новорожденных БЦЖ и ежегодной пробы Манту (вакцинированных БЦЖ - живыми микробактериями!) борьба с туберкулезом превратилась в свою противоположность - нарастание туберкулезных больных, в том числе среди детей и подростков, то совершенно очевидно, что такой подход - преступно ошибочный.

20-21 апреля 2006 года в Санкт-Петербурге в ГУ СПб НИИ фтизиопульмонологии проходила Всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы выявления, диагностики и лечения внелегочного туберкулеза». В докладе отделения хирургии костного туберкулеза указанного института были проанализированы истории болезни 850 детей, лечившихся там по поводу костно-суставного туберкулеза, вызванного прививкой БЦЖ. Это данные только по Санкт-Петербургу и только по одной прививке. Уже сам факт существования огромного количества больных туберкулезом свидетельствует о неэффективности вакцины БЦЖ.

В статье «Эпидемиологическая эффективность профилактических прививок при туберкулезе» описаны факты, свидетельствующие о низкой эффективности вакцинации (М. Ю. Девятков, И. В. Фельдблюм ЦГСЭН в Пермской области, г. Пермь, Пермская государственная медицинская академия). Возьмем факты. Из 211 заболевших детей вакцинированными оказалось 167. Уже сами эти цифры говорят о том что вакцина не является эффективным средством. Однако в указанной статье делаются прямо противоположные выводы. Автор статьи пытается доказать, что все случаи заболевания у привитых, были следствием некачественно проведенной вакцинации. Ему не мешает заглянуть в учебник по иммунологии, где сказано что степень иммунного ответа организма - это генетически обусловленная величина. То есть процент людей, у которых возникнет иммунный ответ и следовательно рубчик, будет всегда один и тот же до тех пор пока не изменится геном человека.

Мнение А. Котока. Туберкулёз - одно из самых стрых известных человечеству заболеваний, причем оно, как ни одно другое, связано с социально-экономическим состоянием общества. Если связь других инфекционных заболеваний с уровнем благосостояния может еще в какой-то мере быть предметом дискуссий, то для туберкулёза этот вопрос решен давно и не отрицается даже приверженцами прививок. 95% всех случаев туберкулёза и 98% смертей от него в мире приходятся на страны, которые развиваются. При этом 80% случаев заболевания приходятся лишь на 22 страны, а среди них половина случаев туберкулёза принадлежит всего-навсего пяти странам Южной Азии. Хотя туберкулёз никогда не сходил с повестки дня стран, которые развиваются, в последние годы эта проблема явилась особенно остро в связи со СПИДом, поскольку последний способен вызвать реактивацию усыпленной туберкулёзной инфекции. Участие СПИДа в мировой статистике туберкулёза оценивается приблизительно в 8%, однако в некоторых африканских странах эта цифра в пять раз выше. Соответственно недавному заявлению Отдела исследования тропических болезней при ВОЗ, заболеваемость на туберкулёз на подбеме в СНГ и странах области Сахары в Африке; во всём мире в целом она снижается. По существующим сегодня оценкам, до 32% всего населения мира заражено туберкулёзом, однако в болезнь он может развиться лишь в 10%. Решающим есть состояние иммунной системы человека.

Заболеваемость на туберкулёз может широко варьироваться в разных районах даже одной страны в зависимости от социально-экономических условий. Так, в 1999 г. в Омахе было зарегистрировано 1,2 больных на 100 тыс. население, тогда как в Нью-Йорке это число равнялось 17,7, а в Сан-Франциско - 18,2. При этом больше 40 % больных на туберкулёз в США были выходцами из других стран, главным образом Вьетнама, Филиппин и Мексики. В России заболеваемость на туберкулёз составила: в 2001 г. - 68,37, а в 2002 г. - 69,52 на 100 тыс население.

Туберкулёз есть типичной "социальной" болезнью бедных стран, неспособных обеспечить диагностику и лечение необходимого качества; стран, где переполненные тюрьмы - основные ячейки туберкулёзной инфекции. Никакие мероприятия не способны изменить динамику заболеваемости на туберкулёз до тех пор, пока не решены проблемы скученности проживания и убогости населения, обеспеченности населения современными медицинскими препаратами.

Провал прививки БЦЖ в клинических испытаниях и заболеваемость на туберкулёз, которая стремительно возрастает, в том числе и детская, в тех странах, где делают прививку уже 100% грудных детей, говорит о том, что прививка есть совсем напрасной в наилучшем случае, в худшем - приводит к последующему развитию туберкулёза, причем в тяжелейших его формах. Прививка имеет побочные эффекты, среди которых прежде всего - поражение лимфатической и опорно-двигательной систем. Кожная туберкулиновая проба (проба Манту) известная своей неточностью и огромным количеством псевдоположительных и псевдонегативных результатов. Гипердиагностика туберкулёза может привести к ничем не оправданному облучению при рентгенологических исследованиях и назначению отнюдь не безопасного "профилактического" лечения. В состав биопрепарата, который используется для ежегодной пробы Манту, входят фенол и полисорбат-80, чьи кумулятивные токсичные влияния на детский организм никогда не изучались.

Червонская о связи вакцинации новорожденных БЦЖ с иммунодефицитами и другими патологиями. Факторы риска СПИДа - последствия "величайшего медицинского открытия".

В журнале "Врач" (1991, № 1, с. 34) опубликована разработанная ВОЗ клиническая классификация СПИДа. Среди приобретённых синдромов иммунодефицитов - генерализованная лимфоаденопатия... Эта классификация СПИДа косвенно, если не сказать в значительной степени, подтверждает мои выводы о том, что массовая вакцинация новорожденных и ревакцинация детей и подростков является причиной СПИДа - приобретаемых иммунодефицитов, а неблагоприятная экология усиливает этот процесс.

Ещё в начале 1990 г. моё письмо, направленное в редакцию газеты "Известия", было рассмотрено в Отделении клинической медицины АМН СССР с присутствием специалистов из некоторых НИИ. По существу поставленного мною вопроса акад. В. А. Насонова ответила мне следующее: "Ваши положения не подтверждаются какими-либо объективными данными. Утверждение об отрицательном влиянии БЦЖ на организм ребёнка, на показатели заболеваемости и смертности детей бездоказательны. Реакция организма ребенка, в том числе и новорожденного, на введение вакцины БЦЖ изучена всесторонне как советскими, так и зарубежными исследователями. При вакцинации БЦЖ вводят не микобактерии туберкулёза, а микобактерии БЦЖ, не обладающие патогенными (вредоносными) свойствами. В этом и заключается основное положение одного из величайших медицинских открытий - создание вакцины, обеспечивающей предупреждение развития туберкулёза, без отрицательного влияния на организм вакцинируемого. Нелогичны и другие положения письма. В условиях сложной экологической ситуации, при снижении иммунной защиты особенно важно защитить ребёнка от заражения туберкулёзом. Особенно непонятно, ненаучно и бездоказательно утверждение о том, что "рост числа дебильных детей, наркомании, появления и распространения СПИДа - это результат бездумного, шаблонного наступления медицины на туберкулёз".

Посмотрим внимательно на последствия этого "величайшего медицинского открытия"... Через мои руки прошло немало детей, которые страдали лимфоаденопатией, пищевой аллергией, тяжёлыми кожными заболеваниями (нейродермиты, генерализованные экземы и пр.), частыми ОРВИ и т.д. - после прививки БЦЖ, которых я, в конечном итоге, вылечила только потому, что боролась с микобактериями туберкулёза и... с эхинококкозом.

В журнале "Педиатрия" (1990, № 8) опубликована статья В.Ф. Учайкина, Т. П. Молева, Б. С. Каганова, Д. В. Удовиченко "Клиника ВИЧ-инфекции у детей". В ней изложены результаты обследования детей, которые якобы были заражены ВИЧ-инфекцией в Республиканской детской больнице Элисты. Все три наблюдения, приведённые вышеуказанными авторами в качестве примера, свидетельствуют о том, что дети заболели в результате вакцинации их БЦЖ в период новорожденности. Необходимо отметить, что эти дети являются третьим (а возможно, и четвёртым) поколением, охваченным вакцинацией БЦЖ. Следовательно, можно предположить, что они были уже рождены иммунодефицитными. Особенно недопустимо проводить вакцинацию БЦЖ тем новорождённым, родители которых страдают эхинококкозом печени: в наше время это не редкость.

Если исходить из "ВИЧ-инфекции" у детей, согласно цитируемым инфекционистам, то необходимо срочно обследовать всех детей нашей страны... и я убеждена, что большинство из них будут "ВИЧ-инфицированы". Поражает стремление врачей "гоняться" за модными болезнями. Вот и в данном случае В. Ф. Учайкин и его соавторы увлечены выявлением ВИЧ-инфекции, но... как инфекционисты должны бы помнить, как это делается: выдели! идентифицируй! воспроизведи на чувствительной модели! Как инфекционисты забыли исключить туберкулёзную инфекцию после прививки БЦЖ, особенно небациллярные её формы, лимфоузлов кишечника и внутригрудных?! Поражают наблюдения за больной Я. (1 год 4 мес.): у ребёнка упорный кашель с отделением гнойной мокроты, увеличены лимфоузлы, жёсткое дыхание, хрипы, молочница в виде творожистой массы, в мазках - пневмоциты, на рентгенограмме - очаговая бронхопневмония, гнойный отит, кандидоз, парапроктит, дисбактериоз, выраженная венозная сеть на передней стенке живота... и никаких обследований на обнаружение микобактерий туберкулёза, паразитарной инвазии - бактеремии, состояния гепатобиларной системы, внутригрудных лимфоузлов и кишечника?! Если родители этих "ВИЧ-инфицированных" детей живы, то необходимо их исследовать на эхинококкоз печени, лёгких, что подтвердит мои выводы, а также позволит пересмотреть уголовные дела врачей Республиканской детской больницы г. Элисты, которых обвинили в том, что детей заразили через грязный инструментарий.

Еще больше удивляет статья "Особенности диагностики СПИДа", опубликованная в журнале "Врач" № 1 за 1992 г. К настоящему времени вакцинацией и ревакцинацией БЦЖ охвачено в основном третье поколение, но достаточное число вакцинированных уже и четвёртого поколения. Если у первого поколения патология внутренних органов (гепато-билиарной системы, сердечно-сосудистой, желудочно-кишечного тракта, почечно-выделительной, эндокринной систем, половых органов и т.д.) проявлялась, как правило, в 25-30 лет, а у второго поколения вакцинированных БЦЖ эти патологии развивались в возрасте 5-10 лет, то третье поколение или рождается нежизнеспособными, или становится инвалидами в 1,5-2 года.

Токсины, выделяемые микобактериями туберкулёза, накапливаясь в организме в огромных количествах, изменяют физико-химические свойства слизи эндокринных желез, желчи, которые становятся вязкими, густыми, что приводит к образованию печёночных желчных пробок, кист, кишечных камней, к тромбозу артерий желудочно-кишечного тракта - ко всему тому, что проявляется или должно проявляться в старческом возрасте. Наши дедушки и бабушки не имели подобного букета патологии.

Амилоидоз, муковисцидоз, гиалиноз, мукополисахаридоз — все эти тяжёлые заболевания, на наш взгляд, обусловлены совместным воздействием на внутренние органы токсических веществ, которые выделяют микобактерии, именуемые «невредоносными», «ослабленными», а также и сопутствующими активно развивающимися грамположительными и грамотрицательными бактериями и, конечно, вирусами. Из паразитарных инвазий эпизодия эхинококкоза до сегодня остаётся скрытой. Эхинококки, как и другие паразиты, оказывают сильное токсическое действие и аллергическое воздействие на организм человека, вызывая тяжёлые патологии (абсцессы и цирроз печени, перитониты, сепсис, СПИДы и др.). Их токсины, аналогично токсинам микобактерий туберкулёза, снижают активность лизосомальных гидролаз в лейкоцитах крови. Такие изменения особенно опасны для потомства, для новорожденных. Беда приходит в случаях, когда родители больны эхинококкозом, а новорожденных вакцинируют БЦЖ.

После вакцинации БЦЖ новорожденных, в первую очередь активизируются разные гноеродные микроорганизмы (стрептококки, стафилококки и др.); им на смену приходят грамотрицательные (эшерихии, пневмококки, сальмонеллы, синегнойная палочка, протей и пр. — кому что угодно!), далее - по мере снижения иммунитета - вирусы: герпес, гепатит, онковирусы и т.д., и т.п. Вакцинный штамм БЦЖ приживается в организме человека, вегетирует в нём, в основном, в лимфатической системе, размножается, собирается в зоны Гона, образуя кальциты. Постепенно развиваясь, процесс переходит в туберкулёзную интоксикацию, резко снижая и без того слабенький иммунитет современных детей.

Изучение влияния противотуберкулёзной вакцины на здоровье человека проводилось медиками до 1925 г., т.е. в начале XX столетия, когда экологическая среда, да и сам человек были совершенно другими. Загрязнение окружающей среды за счёт урбанизации было тогда минимальным, а люди в большинстве своём рождались и жили со здоровыми печенью, почками, нервной и иммунной системами... С 1925 года началась массовая вакцинация БЦЖ. Многие страны вскорости отказались от неё. Мы же, наоборот, ввели тотальную БЦЖ для новорождённых в роддомах. Медленно растущая бактериемия от БЦЖ-микобактерии могла не проявить явно отрицательного воздействия на организм тех, кто родился с хорошим здоровьем и полноценной иммунной системой — в те далёкие двадцатые.... Но всё резко изменилось за последнее столетие, особенно — за последние 50 лет, и не учитывать это в подходах к вакцинации детей — преступление против нации!

1. Авторы БЦЖ не предполагали, что их изобретение будет направлено против природы человека в виде массивного наступления на новорожденных. 2. Они также не завещали нам парентеральный путь массового применения живых БЦЖ-микобактерий, их способ - через рот! 3. В нашей стране "безопасность" БЦЖ изучена лишь по критериям оценки выживания морских свинок, да и те используются во взрослом состоянии, не в период новорожденности. Существует, правда, ещё экспериментальные исследования, проведённые в ходе диссертационных работ, выполненных на новорождённых детях, но и

в них отсутствуют сведения о влиянии БЦЖ на иммунную систему. Наряду с этим, как известно, в защите от туберкулёза значимая роль отводится клеточному иммунитету. Допускаю, что "зарубежными специалистами проведены всесторонние исследования", в отличие от нас. Возможно, именно поэтому ведущие страны мира не применяют БЦЖ, тем более в период новорожденности. 4. Не может БЦЖ "не обладать вредоносным воздействием", это - живые, хоть и ослабленные, но микобактерии туберкулёза! Если не установлен иммунный статус вакцинируемого, то любая живая вакцина может стать исключительно "вредоносной". 5. Кроме того, полувековое описание поствакцинальных осложнений на БЦЖ говорит о том, что "вредоносность" её предостаточная, т.е. она оказывает "отрицательное влияние" на организм новорождённых. 6. Невозможно защитить ослабленный организм ребёнка в период новорожденности от "заражения туберкулёзом" с помощью профилактики - вакцины БЦЖ, да это и не требуется. Более того, новорожденному и защищаться нечем от самой живой вакцины (в случае восприимчивости к туберкулезу) - от неожиданного "удара" из внешней среды, однако, поступающего парентерально. Ведь всё ещё несовершенно в этом организмике: фагоцитоз, антителообразование.... Да и детей здоровых теперь нет, практически все (!) рождаются иммуноослабленными: результат урбанизации...

Кроме того, доктор Брусина Лариса Иосифовна в результате собственных многолетних клинических наблюдений ДОКАЗАЛА(!) взаимосвязь ДЦП с вакцинацией НОВОРОЖДЕННЫХ вакциной БЦЖ... Факт малоизвестный, но отмеченный международной премией. [5]

Нужны ли еще другие доказательства, чтобы убедиться в том, что ряд вакцин абсолютно бесполезны и в том числе ВСГ (БЦЖ)? По заказу ВОЗ в Индии в 1967 — 1971 гг. была проведена широкая кампания по вакцинации жителей территориального района, который включает в себя один город и 209 деревень с населением 360 тыс. человек. Всем этим людям была проведена туберкулиновая проба. Все обследуемые с отрицательной реакцией на туберкулин были разделены на две группы: одна из них была вакцинирована, другая - нет. Наблюдение за ними велось непрерывно в течение семи с половиной лет. Были получены следующие результаты: случаи заболевания туберкулезом были зафиксированы как у лиц одной, так и другой группы. Говоря другими словами: "Как выяснилось, в течение последующих семи с половиной лет наблюдения вакцина BCG не обеспечивала какой-либо защиты вакцинированным; заболевание чаще всего поражало тех лиц, которые после вакцинации с самого начала реагировали на туберкулин, чем тех, которые никак не прореагировали на него" (Сообщение Научной группы ICMR/OMS, № 651, Женева, 1980 г.).

Добавлю ещё из книги Луи Броуэра. Что касается ВСГ, то нужно ли уточнять, что всё началось в 20-е годы: г-н Кальметт, заместитель директора Института Луи Пастера, врач без клиентуры, и г-н Герэн, ветеринар без практики, также входящий в штат постоянного состава Института, совместно разработали известную вакцину ВСГ для борьбы с туберкулёзом. Речь при этом идёт об обширном рынке Европы, которая подверглась этому страшному бедствию.

На самом деле выяснилось следующее: лабораторные эксперименты были фальсифицированы, статистические данные искажены, а вакцина и её обоснование не отвечали никаким серьёзным научным требованиям. Благодаря организованной рекламе и лживому преувеличению её свойств за счёт надуманных аргументов, которые были поддержаны подкупленными влиятельными лицами того времени, вакцина ВСГ получила широкое распространение и щедро одарила деньгами Института Луи Пастера, а медицинский мир - некомпетентностью и ужасающей наивностью.

Организаторы макиавеллиевской авантюры — двадцать влиятельных лиц: директора, преподаватели, владельцы лабораторий, взявшие в заложники здоровье людей, заставили в 1949 г. Национальную Ассамблею и Совет Республики узаконить обязательную вакцинацию ВСГ, так называемую бесплатную вакцинацию, которая в действительности финансировалась налогоплательщиками.

Эта медико-политическая акция, продолжающаяся и в наши дни, провоцирует преждевременные летальные исходы тысяч пациентов, особенно детей, организмы которых разрушаются в результате применения этой вакцины.

В среду 11 января 1989 года министр здравоохранения Перу приказал изъять из продажи 1,2 млн доз вакцины ВСГ. Многочисленные заболевания менингитом, одно из которых имело летальный исход, были зафиксированы в течение нескольких дней после проведения вакцинации ВСГ в детском госпитале г. Лимы, что послужило основанием для приказа министра г-на Луиса Пиниллоса об изъятии вакцин. Г-н Марк Жирар, научный директор Центра пастеровских вакцин, допрошенный в связи с изъятием вакцин ВСГ и имевших место заболеваний менингитом, заявил: "Это чистой воды совпадение".

В июне 1986 г. трое малолетних детей умерли во Франции в результате введения им вакцины ВСГ. Министр здравоохранения заявил: "Расследование будет эффективным". Все до сих пор ожидают его результатов расследования... Каждый раз, когда умирают дети после сделанной им прививки, их смерть констатируется как наступившая в результате "неизвестных причин", а рекомендуемый диагноз смерти - вирусный энцефалит. Никакой аутопсии в таких случаях не проводится, и при этом запрещается устанавливать зависимость между летальными исходами и сделанными прививками. Если какому-либо журналисту все же удастся предать результаты огласке, то французы в лучшем случае получают право лишь выслушать глупое телевизионное выступление министра здравоохранения, этого покровителя интересов Института Луи Пастера, который будет всех призывать к спокойствию, ... а маленьким жертвам и их семьям от этого не легче!

б) Столбняк. Развивается только во влажной закрытой среде. Т.е. при ране вам надо не промывая на пару дней ее заклеить пластырем. А если рана серьезная - то по приезде в травмпункт вам вколют притивостолбнячную сыворотку независимо от того, привиты вы или нет. Броуэр приводит такие данные. Goulon (1972) видел столбняк у 10 из 64 "привитых" пациентов (12); Berger (1978) наблюдал столбняк у "очень хорошо привитых" пациентов (13). Passen и Anderssen (1986) сообщили о случае столбняка у 35-летнего мужчины, у которого развилась болезнь, несмотря на то, что уровень антител был в 16 раз выше считающегося "защитным". Он был полностью привит в детстве и ревакцинирован за 4 года до болезни.

Коток о столбняке. Как и в случае коклюша и дифтерии, ответственным за развитие болезни есть не сам микроорганизм, а его токсин (тетаноспазмин). Клостридии оказываются в грунте, а также в кишечном тракте людей и животных, ни причиняя ни тем, ни другим никакого вреда. В прошлом столбняк традиционно считался болезнью сёл и фермерских хозяйств. С

появлением механизации и, соответственно, со снижением части ручной работы в сельском хозяйстве заболеваемость на столбняк начала быстро снижаться.

Об уникальности заболевания может свидетельствовать хотя бы тот факт, что во время Второй Мировой войны среди десятков тысяч раненых солдат союзников оказалось лишь очень немного потерпевших от столбняка. В американской армии больных была дюжина, из которых шестеро получили серию прививок от столбняка, и один солдат - лишь одну прививку. Умерли трое из семи привитых и двое из пяти не привитых. У англичан заболело 22 военнослужащих, половина из них умерло, все умершие были частично привитыми.

Сегодня столбняк встречается, в основном, у наркоманов, которые используют наркотики для внутривенного введения, у потерпевших от сильных ожогов, онкологических больных и людей пожилого возраста. Соответственно подсчетам, сделанным одним исследователем в 1969 г., шанс заразиться столбняком в развитой стране имеет 1 из 300 000 людей - очевидно, с того времени риск снизился еще больше. В Канаде в последнее время регистрируется от 2 до 7 случаев столбняка ежегодно, причем смертельных случаев не было с 1991 г., а в США - 41-64 случаев в год с 9-23 смертельными. В Англии и Уэльсе за семь лет (1984-2000 г.) было сообщено о 175 случаях (1 больной на 5 млн. население на год). В Российской Федерации в 2000 г. было зарегистрировано 33 случая столбняка, в 2001 г. - 42. Согласно одному из выявленных мной графиков, заболеваемость на столбняк в России снизилась приблизительно с 750 лиц в 1960 г., когда якобы были начаты прививки, до 400 в 1965 г. и дальше постепенно уменьшалось до 30-80 в 1990-х гг. Выглядит график эффектно и целиком убедительно, и будто бы подтверждает приложенный к нему готовый вывод о том, что "применение вакцинопрофилактики, начиная 1960 г., привело к радикальному изменению эпидемиологии столбняка, заболеваемость на столбняк в России резко снизилась". Однако возникает ряд вопросов. Согласно другому источнику, "в бывшем СССР массовая иммунизация против столбняка среди детей началась в 1950-е годы, а с 1961 г. проводится плановая вакцинация взрослого населения". В 1950-х гг., когда, согласно Н. Медуницину, проводилась "массовая иммунизация детей", заболеваемость на столбняк была на стабильном уровне около 780 случаев на год с непонятным прыжком к приблизительно (на графике невозможно определить точно) 50 случаям в 1955 г. Таким образом, вакцинация в 1950-е гг. никак на заболеваемость не влияла. Каким образом всего за пять лет удалось добиться двукратного снижения заболеваемости, при том, что в следующие 35 лет она снизилась всего в 5 раз, - не очень понятно. Поскольку таблица начинается сразу с 1950 г., то невозможно сделать вывод о динамике заболеваемости, к тому же - возможно, что на протяжении 30-40 лет до этого она снижалась теми же темпами. На мысль об этом приводит, например, анализ таблиц смертности от столбняка в Англии и Уэльсе. А, также Австралии, на которых можно видеть тенденцию неуклонного снижения смертности от столбняка в допрививочный период (хотя смертность и заболеваемость могут быть непосредственно не связаны). Еще одно совсем логическое "непрививочное" объяснение снижения заболеваемости на столбняк во второй половине XX ст. - резкое уменьшение количества того русского населения, которое всегда имело наибольшее количество случаев этой болезни (что живёт в сёлах и занято преимущественно в сельском хозяйстве); а также механизация и сокращения части ручного труда. Два австралийских врача, приверженцы прививок, писали: "Спад столбняка начался до того, как столбнячный токсин стал доступным для широкой публики. Это состоялось благодаря изменениям в гигиене и санитарии, улучшению питания, использованию антибиотиков и антисептиков... надлежащей обработке ран и перехода большинства австралийцев от сельской к городской жизни". [4]

Вопрос относительно естественного иммунитета к столбняку, похоже, остается открытым. Клостридии живут в кишечнике человека и постоянно выделяют некоторое количество токсина, который иммунизирует хозяина. Если "титры естественных антител" крайне низкие и резистентность, связанная с ними, не имеет важного значения в эпидемиологии столбняка", то возникает вопрос: на чем же была основана резистентность к столбняку во время всего "допрививочного" периода? Ведь эта болезнь традиционно считалась довольно редкой у взрослых, даже среди крестьян, хотя человек с незапамятных времен постоянно был в контакте с экзогенными клостридиями, которые инфицировали раны. Но безапелляционный вывод русского вакцинолога опровергается не только здравым смыслом, но и имеющимися публикациями. Так, в одной из них утверждается, что у 59 выборочно обследованных был выявлен защитный уровень столбнячного антитоксина, не считая того, что никто из них никогда не получал прививок от столбняка, а большинство - вообще никаких прививок. Со слов авторов, этот несомненно существующий естественный иммунитет к столбняку разрешает объяснить некоторые особенности болезни - например, почему столбняк чаще встречается у грудных детей, почему люди по-разному реагируют на столбнячные прививки, почему тяжесть болезни значительно отличается в человеческом сообществе. В другом исследовании у 90 из 166 пациентов, в медицинской истории которых не было упоминания о сделанных прививках, были выявлены антитела в "защитном" титре. А соответственно исследованию, проведенному в группе людей (197 лиц), которая жила изолированно и не получала прививок, "защита" была у 30%.

Описаны случаи заражения столбняком после пирсинга. В некоторых странах третьего мира до сих пор острой остается проблема столбняка грудных детей, который случается после того, как пуповина перерезывается инфицированными ножницами. Так, в конце 1990-х гг. вследствие такого заражения в мире все еще было свыше 400 тыс. детей. "Основным методом профилактики столбняка грудного ребенка, который разрешил практически уничтожить столбняк в индустриально развитых странах и недавно в Китайской Народной Республике, есть суровое соблюдение стерильности при родах и, особенно, при пересечении пуповины и уходе за пупочным каналом после родов". Показательно, что именно санитарно-гигиенические мероприятия, а вовсе не прививка беременных, является ключом к решению. "Столбняк грудных детей возникает даже в том случае, если матери считались иммунизированными. Объяснением такой возможности есть: неправильная схема иммунизации матери, слабая эффективность вакцин, недостаточный иммунный ответ у матери, слабое перенесение антител через плаценту, поступление большого количества столбнячного токсина через плаценту". Прививки не могут играть решающей роли там, где проблема по определению должна быть снятой из повестки дня соблюдением элементарных правил стерильности.

Развитие возбудителя столбняка происходит в анаэробных условиях, при отсутствии кислорода. Такие условия создаются на дне глубоких, по обыкновению колотых ран. В ранах с сильным кровотечением благоприятных условий для развития спор столбняка нет. Инкубационный период составляет от 2 до 60 дней. Клостридии вырабатывают нейротоксин, который

через нервные волокна попадает в центральную нервную систему. Появляется скованность в мышцах, осложнение при глотании. Это симптомы столбняка; до этого никаких клинических проявлений болезни нет. На протяжении нескольких суток появляются болезненные судороги, за ними дыхательные нарушения вследствие паралича дыхательной мускулатуры. Таким больным необходимо лечение в реанимационном отделении, где есть возможность подключения аппарата ИВЛ.

Академия педиатрии рекомендует также врачебную терапию, направленную на борьбу с рановой инфекцией; препаратом метронидазол, хотя можно использовать также пенициллин. Интересное (но, похоже, не обратило на себя внимания) исследование было проведено в Бангладеш: к стандартному лечению столбняка было добавлено ежедневное внутривенное введение витамина С (аскорбиновой кислоты). Среди 31 пациента возрастом от 1 до 12 лет вообще не было смертей (в такой же группе по количеству пациентов, которая не получала аскорбиновой кислоты, умерло 23). В группе от 13 до 30 лет из 27 тех, кто получал аскорбиновую кислоту, выздоровело 17 лиц (смертность 37 %), среди 28 тех, которые не получали, выздоровело лишь 9 (смертность 67,8 %). При этом интересно обратить внимание на возможную ошибку авторов. Дело в том, что пациенты во всех группах получали разовую дозу в 1000 мг витамина С. Вероятно, что если бы взрослые пациенты получали дозу, которая больше бы отвечала их весу, смертность и у них была бы чувствительно ниже. А за тридцать лет до этого исследования о высокой эффективности витамина С в лечении столбняка заявил врач Фредерик Кленнер: "Я пишу эту статью с целью опровергнуть существующую среди людей мысль, что столбняк есть трудной для лечения болезнью". Могу указать на еще одно интересное недавно опубликованное исследование относительно возможности лечения столбняка препаратами магния. Сульфат магния вводился 40 пациентам с развитой клинической картиной столбняка. При достижении концентрации магния в сыворотке 2-4 моль/л, судороги прекратились у 38 пациентов; для 17 из 24 пациентов младше 60 лет и для 6 из 16 пациентов старше 60 лет не нужным было подключение к аппарату ИВЛ. Смертность составила 12%, причем все смерти были в группе пациентов старше 60 лет и не были связаны с нарушениями функций нервной системы. Авторы сделали вывод, что, вероятно, магний является основным препаратом, который должен назначаться при лечении столбняка.

Тяжело дать однозначную оценку смертности от столбняка, так как она зависит от возраста (у детей превышает 80%, у пожилых выше, чем у молодых). Чаще всего приходилось встречать цифру 20% - для развитых стран, которые имеют в распоряжении неплохо оборудованные отделения реанимации.

Поскольку с профилактическими целями столбнячный анатоксин вводится детям почти исключительно в составе многокомпонентных вакцин (АКДП, АДП и АДП-М), то тяжело выделить реакции, характерные именно для него; приходится больше ориентироваться на статистику, полученную от применения анатоксина в виде монокомпонентной вакцины у взрослых. Опаснейшей реакцией, конечно же, есть анафилактический шок. Уже через два года после начала использования токсоида в 1938 г., в научной литературе начали появляться сведения об анафилаксиях после противостолбнячных прививок. "Эти реакции... наблюдались после первого, второго и следующего введений".

Несмотря на приведенные примеры, исследования показывают, что раньше привитые имеют меньшую вероятность заболеть на столбняк, погибнуть от него. Но довольно ли данных исследований, взятых в отрыве от всего другого, чтобы легко убедить себя: да, прививка нужна? Поставим вопрос по-иному: когда делать эту прививку и нужно её делать вообще, учитывая предельную редкость самого заболевания и эффективность доступных практически всем экстренных профилактических мероприятий, а также принимая во внимание вероятность осложнений, связанных с введением вакцины. Для недавней статьи в престижном журнале американские авторы наскребли по закромам Национальной системы регистрации и наблюдения за заболеваниями... аж 15 больных в США детей возрастом младше 15 лет в период 1992-2000 гг. В среднем пациенты провели в больнице 28 дней; восьми нужно было подключение к аппарату ИВЛ. Все без исключения больные выздоровели. Среди них было 10 не привитых (включая двух детей возрастом до 10 дней, которые не могли быть привиты по определению), десять детей возрастом от 3 до 14 лет не были привиты через отказы по религиозным убеждениям родителей. Вывод: 80% больных среди не привитых, давайте детям прививки! Читателей такие сведения очень убеждают в необходимости прививок?! Заболеваемость столбняком в развитых странах составляет несколько десятков лиц в год. Снижение заболеваемости столбняком достигнуто, в первую очередь, благодаря правильной хирургической обработке и применению мероприятий экстренной профилактики столбняка, а также снижению объема ручной работы в сельском хозяйстве. Группами высокого риска являются грудные дети в странах третьего мира, инъекционные наркоманы, те, кто пострадал от ожогов, и люди преклонного возраста. Прививка от столбняка связанная с немалым количеством осложнений, в том числе и со стороны нервной системы, а также с анафилактическими реакциями. Применение перекиси водорода для поверхностных повреждений, своевременное обращение к врачу для обработки раны и получение, при необходимости, противостолбнячной сыворотки, являются достаточными гарантиями безопасности. Родители, которые желают, тем не менее, сделать своим детям прививки только от столбняка, должны помнить о существовании монокомпонентной вакцины.

Ничуть не меньшая путаница отмечается в вопросе «ликвидации» столбняка, будто бы «управляемой прививкой» - столбнячным анатоксином. Принято считать, что столбняк - редкое заболевание. Изначально, да и сейчас в международной практике речь идет о недопустимости столбняка... среди новорожденных. Задача вполне конкретная и реалистичная, поскольку предотвращению попадания возбудителя столбняка в ткани новорожденного служит оказание помощи в родовспомогательных учреждениях ... как предполагается, в асептических условиях. «Создается впечатление, что наш младенец не лежит в кроватке, оберегаемый медперсоналом, позже матерью, которая боится на него дышать, а ползает среди палочек столбняка, который относится к инфекциям с очень низким уровнем заболевания. А самое главное, что в этом возрасте у ребенка еще долго сохраняются материнские антитела! Анатоксин не безвредный физиологический раствор, а чужеродный белок...», - пишет врач с 35-летним стажем. Общеизвестно и другое немаловажное обстоятельство: нельзя «управлять» с помощью анатоксина жизнью возбудителя столбняка в естественных условиях, поскольку он является кишечным паразитом животных, может паразитировать даже в кишечнике человека, а также чрезвычайно долго - десятки лет - переживать в почве в виде спор, высокоустойчивых к внешним воздействиям.

7) Полиомиелит. Статья «Пагубная самонадеянность». Одной из самых глобальных и дорогостоящих инициатив Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и чиновников здравоохранения всех стран уже много лет является всемирная же борьба за ликвидацию вируса полиомиелита человека. Ныне эта борьба так же далека от своей цели, как и

десятки лет назад. Для дальнейшего понимания не обойтись без биологических и медицинских подробностей. Здесь и далее будут излагаться только официальные, «мейнстримовские» медицинские позиции, если не оговорено иначе. Итак, полиомиелит (polio (греч.) - серый, myelos - мозг) – острая вирусная инфекция, которая может поражать нервную систему (серое вещество спинного мозга) с развитием периферических параличей. Возбудитель - РНК-содержащий вирус семейства Picomaviridae рода Enterovirus. Известны 3 серотипа вируса. Возбудитель может поражать мотонейроны серого вещества спинного мозга и ядра двигательных черепных нервов. При разрушении 40-70% мотонейронов возникают парезы, свыше 75% - параличи. Единственный известный резервуар и источник инфекции – человек (больной или носитель). Большинство случаев проходит асимптоматично (со стороны неясно, что человек болеет). Инфекция распространяется фекально-оральным путем, через прямой или непрямой контакт с фекалиями. Заболевания регистрируют в любом возрасте, но чаще у детей до 5 лет. У детей раннего возраста наблюдают т.н. абортивную форму (более 90% всех случаев), характеризующуюся легким течением и отсутствием поражения нервной системы. Заболевание развивается через 3-5 дней после контакта и протекает с небольшим повышением температуры тела, недомоганием, слабостью, головной болью, рвотой, болью в горле. Выздоровление происходит через 24-72 ч. В 1% случаев развивается более тяжелая, но тоже не паралитическая форма – временное воспаление мозговых оболочек (полиоменингит). При паралитической форме инкубационный период - 7-21 день (у пациентов с иммунодефицитом - до 28 дней), далее следует препаралитический период (1-6 дней), который может и отсутствовать. В этот момент появляются интоксикация (лихорадка, головная боль, адинамия, сонливость), катаральное воспаление верхних дыхательных путей, понос, рвота. Далее наступает паралитический период (1-3 дня). Он проявляется в низком мышечном тоне (гипотония), пониженных или отсутствующих рефлексах поражённых мышц и их быстро развивающейся атрофии – такая симптоматика носит название острый вялый паралич (ОВП, по-английски – AFP). Паралитическая форма с первых дней протекает тяжело, в 30-35% наблюдается т.н. бульбарная форма (с поражением мышц, отвечающих за дыхание). Собственно, тяжесть заболевания определяет дыхательная недостаточность. И, наконец, наступает период, во время которого поражённые мышцы восстанавливаются - в течение нескольких дней. В тяжелых случаях выздоровление может длиться несколько месяцев или даже лет, иногда полное восстановление не происходит. Соотношения числа паралитических и непаралитических форм полиомиелита в эпидемии XX в. в развитых странах по разным источникам – от 0,1% до 0,5% (1:200 -1:1000). Наиболее подвержены риску развития паралитического полиомиелита: пациенты с иммунодефицитными состояниями, истощенные и ослабленные дети, не имеющие иммунитета к полиовирусу беременные. Необходимо сделать важное замечание – с момента открытия полиовируса в 1909 г. и до середины XX века любой острый вялый паралич (ОВП) рассматривался как полиомиелитный. Парадоксально, но полиомиелитный паралич считается единственным инфекционным заболеванием, заболеваемость которым резко увеличилась в конце XIX-начале XX вв, и основные эпидемии пришлись на 30-е, 40-е, и 50-е годы XX века. При этом в слаборазвитых странах заболеваемость ОВП оставалась низкой, даже единичной. Наблюдались, например, и вспышки паралитического полиомиелита среди американских войск в Китае, Японии и на Филиппинах, в то время как местные дети и взрослые не болели. В 1954 г. среди американских военных на Филиппинах (включая семьи) было 246 случаев паралича, 52 смерти, и ни одного зарегистрированного случая среди филиппинцев. Более того, по имеющейся статистике, ОВП поражал чаще более зажиточные слои населения, чем бедных. Имеющиеся «мейнстримовские» гипотезы предполагают, что из-за роста благосостояния и улучшения санитарно-гигиенического режима люди стали заражаться полиовирусом позднее, и соответственно, болеть в осложненных формах («гигиеническая» теория). В рамках этой статьи я не буду рассматривать заслуживающие внимания гипотезы о связи ОВП с прививками от оспы, диетой, искусственным вскармливанием и проч., и проч. Фактом, впрочем, является то, что риск протекания полиомиелита в паралитической форме повышается от перенесенных непосредственно перед параличом острых заболеваний, и уже упомянутых иммунодефицитов, временных и постоянных. Как бы то ни было, острый вялый паралич представлял собой значительную угрозу – численность заболевших ОВП на пике эпидемии, например, только в США составляла около 50.000 случаев в год, при этом смертность в первые эпидемии достигала 5-10 процентов – как правило, от пневмонии, развивающейся на фоне дыхательной недостаточности при бульбарной форме заболевания (здесь и далее – смертность в процентах от ОВП/паралитических форм полиомиелита). Постепенно врачи добились снижения смертности путем изменения тактики ведения больных, в том числе с использованием т.н. «железных легких» - аппаратов вентиляции легких за счет создания отрицательного давления на грудь. Например, смертность в Нью-Йорке с 1915 по 1955 снизилась в 10 раз. Понятно, что полиомиелитный паралич находился на пике общественного внимания в развитых странах. Залы больниц, заставленные «железными легкими» с лежащими в них детьми, стали частью системы здравоохранения и типовым сюжетом масс-медиа. Лечение же оставалось симптоматическим. Классическая для борьбы с эпидемическими заболеваниями мера – карантин – активно применялась с 1916 г., но не давала никакого эффекта. Непаралитические формы заболевания протекали часто незаметно, и были настолько распространены, что потребовалось бы изолировать практически все население. У врачей оставался еще один незадействованный инструмент для борьбы с инфекцией – вакцинация. На разработку вакцины против полиовируса были направлены огромные усилия, особенно в США. Джон Эндерс в 1949 г. разработал способ выращивания вируса в пробирке, в искусственной клеточной среде. Это позволяло создавать вирус в большом количестве. До этих работ единственным надежным источником вирусов были нервные ткани зараженных им обезьян. С другой стороны, считалось, что вирус может размножаться только в нервных клетках, а культуры этих клеток получать и поддерживать было чрезвычайно трудно. Эндерс и его сотрудники, Уэллер и Роббинс, смогли найти условия, при которых полиовирус хорошо размножался в культуре клеток эмбрионов человека и обезьяны. (В 1954 г. они получили за это Нобелевскую премию). В 1953 г. Джонас Солк создал свою вакцину от полиомиелита – он заявил, что нашел способ с помощью формальдегида, нагревания и изменения кислотности инактивировать («убить») вирус, но сохранить «иммунногенность» - способность вызывать у человека выработку специфических антител к полиовирусу. Эти антитела должны были, как минимум, избавить человека от тяжелого протекания заболевания в случае заражения. Вакцины такого типа, с инактивированным вирусом, назвали ИПВ (IPV, инактивированные полиовакцины). Такие вакцины

теоретически не могут вызвать заболевания, а привитой ими человек не заразен. Способ введения - инъекция в мягкие ткани. [Здесь надо отметить, что первая химически инактивированная вакцина от полиомиелита была испытана в 1935 г. Число погибших и искалеченных детей среди заболевших параличом в результате того эксперимента было в процентном отношении столь велико, что все работы были прекращены.] Работа Солка по созданию его вакцины финансировалась за счет 1 млн. \$, полученных из фонда поддержки исследования для борьбы с полиомиелитом, который создала семья Рузвельтов. Считалось, что президент США Ф. Д. Рузвельт уже взрослым перенес полиомиелит, после чего мог передвигаться только в кресле-каталке. Интересно, что сегодня считается, что Рузвельт был болен не полиомиелитом, т.к. его симптомы значительно отличались от классической симптоматики. В 1954 г. были проведены полевые испытания вакцины Солка. Эти испытания проводились под руководством Томаса Фрэнсиса (вместе с ним Солк разработал ранее вакцину против гриппа) и, видимо, являются самыми крупными испытаниями какой-либо вакцины по настоящее время. Они финансировались частным Национальным Фондом Детского Паралича (также известным как March of Dimes), их стоимость составила \$6 млн. (около 100 млн. в нынешних ценах), и в них приняло участие огромное количество добровольцев. Считается, что вакцина продемонстрировала эффективность в 83% при испытаниях на 2 млн детей. Фактически доклад Фрэнсиса содержал следующую информацию: тремя дозами вакцины, содержащей инактивированные вирусы трех типов, были привиты 420.000 детей. Контрольные группы составили 200.000 детей, которым ввели плацебо, и 1.200.000 непривитых. В отношении бульбарной формы паралича эффективность составила от 81% до 94% (в зависимости от типа вируса), в отношении других форм паралича эффективность составила 39-60%, в отношении непаралитических форм – разницы с контрольными группами обнаружено не было. Далее, все вакцинированные учились во втором классе, а контрольные группы включали детей разных возрастов. И наконец, те, кто заболел полиомиелитом после первой прививки, учитывались, как непривитые! Наконец, в том же 1954 г. была одержана первая серьезная «победа» над полиомиелитом. Это случилось так: до 1954 г. диагноз «паралитический полиомиелит» ставился в случае, если у пациента на протяжении 24 часов наблюдались симптомы паралича. Он был синонимом ОВП. После 1954 г. для диагноза «паралитический полиомиелит» стало необходимо, чтобы у больного симптомы паралича наблюдались в период от 10 до 20 дней от начала заболевания и сохранялись при обследовании через 50-70 дней от начала заболевания. Кроме того, с момента появления вакцины Солка началось лабораторное тестирование на наличие полиовируса у заболевших, чего раньше, как правило, не происходило. В ходе лабораторных исследований стало ясно, что значительное число ОВП, ранее регистрировавшихся как «паралитический полиомиелит», надлежит диагностировать как заболевания вирусом Коксаки и асептическим менингитом. Фактически, в 1954 г. произошло полное переопределение болезни – вместо ОВП медицина стала бороться с заново определенной болезнью с длительным параличом и вызванной конкретным вирусом. С этого момента цифры заболеваемости паралитическим полиомиелитом неуклонно пошли вниз, а сравнение с предыдущим периодом стало невозможно. 12 апреля 1955 г. Томас Фрэнсис выступил в Мичигане перед 500 избранными врачами и экспертами, его речь транслировалась еще 54.000 докторов в США и Канаде. Фрэнсис объявил вакцину Солка безопасной, мощной и эффективной. Публика была в восторге. Вот образец из газеты Манчестер Гардиан, 16 апреля того же года: «Пожалуй, лишь свержение коммунизма в Советском Союзе могло бы принести столько же радости в сердца и дома Америки, как историческое объявление о том, что 166-летняя война против полиомиелита практически подошла к концу». В течение двух часов после заявления Фрэнсиса была выпущена официальная лицензия, и пять фармацевтических компаний одновременно начали производство миллионов доз. Американское правительство объявило, что к середине лета хочет вакцинировать 57 миллионов человек. Через 13 дней после объявления о безопасности и эффективности вакцины Солка в газетах появились первые сообщения о заболевших среди вакцинированных. Большинство из них было привито вакциной компании Cutter Laboratories. У нее тут же была отозвана лицензия. По отчетам на 23 июня среди вакцинированных было 168 подтвержденных случаев паралича, из них шесть – смертельных. Более того, неожиданно оказалось, что среди контактирующих с вакцинированными было еще 149 случаев, и еще 6 трупов. А ведь вакцина должна была быть «мертвой», значит – не заразной. Служба здравоохранения провела расследование и выяснила, что производители вакцин постоянно обнаруживали живой вирус в приготовленных партиях вакцины: число лотов с живым вирусом доходило до 33%. И это при том, что способы измерения активности вируса были весьма ограничены. Очевидно, «инактивирование» не работало. Лоты с живым вирусом изымались, но производители проверяли не все партии подряд, а случайным образом. К 14 мая программа вакцинации против полиомиелита в США была остановлена. Эта история получила название Cutter Incident. Ее результатом стало значительное число пострадавших, и резкое увеличение числа носителей различных типов вируса полиомиелита. После случившегося была изменена технология производства ИПВ – введена дополнительная степень фильтрации. Такая, новая вакцина считалась более безопасной, но менее эффективной для выработки иммунитета. Клинические испытания этой вакцины не проводились вообще. Хотя доверие общества было значительно подорвано, вакцинация с помощью новой вакцины Солка возобновилась и продолжалась в США до 1962 г. – но в весьма ограниченных объемах. По официальной статистике, с 1955 по 1962 гг. заболеваемость паралитическим полиомиелитом в США упала в 30 раз (с 28.000 до 900). Из этих 900 случаев паралича (в действительности эта отчетность только по половине штатов) каждый пятый ребенок получил 2, 3, 4 или даже 5 прививок ИПВ – и все равно был парализован (напомню – по новым правилам учета). Именно в этой ситуации появилась оральная полиовакцина доктора Сейбина (ОПВ). Альберт Брюс Сейбин еще в 1939 г. доказал, что полиовирус проникает в организм человека не через дыхательные пути, а через пищеварительный тракт. Сейбин был убежден, что живая вакцина, принимаемая через рот, будет способствовать выработке более продолжительного и надежного иммунитета. Но живая вакцина могла быть приготовлена только на основе вирусов, не вызывающих параличи. Для этого вирусы, выращенные в клетках почек макак-резусов, подвергали действию формалина и других веществ. В 1957 г. материал для прививок был подготовлен: были получены ослабленные (аттенуированные) вирусы всех трех серотипов. Для проверки болезнетворности полученного материала его сначала впрыскивали в мозг обезьян, а затем Сейбин и несколько добровольцев опробовали вакцину на себе. В 1957 г. первая живая вакцина была создана Копровски и некоторое время использовалась для вакцинации в Польше, Хорватии и Конго. Параллельная работа по созданию ОПВ

на основе тех же вирусов Сейбина велась в это время в СССР под руководством Чумакова и Смородинцева – к этому времени эпидемия полиомиелита началась и в СССР. Наконец, в 1962 г. выдал лицензию на ОПВ Сейбина и Департамент здравоохранения США. В итоге во всем мире стала использоваться живая ОПВ на основе вирусов Сейбина. ОПВ Сейбина показала следующие свойства: 1) считалось, что после приема трех доз эффективность достигает практически 100%; 2) вакцина была ограниченно вирулентной (заразной) – т.е. привитые заражали вакцинными штаммами вируса непривитых, которые таким образом тоже приобретали иммунитет. В благополучных в санитарном отношении странах заражались 25% контактировавших. Естественно, в Африке эти цифры должны были быть еще выше. Огромным преимуществом ОПВ являлась и по-прежнему является дешевизна и простота введения – те самые «несколько капель в рот». Однако уникальной на тот момент особенностью ОПВ Сейбина, известной еще с 1957 г., была способность ее штаммов превращаться обратно в поражающий нервную систему вирус. Тому было несколько причин: 1) вакцинные вирусы были ослаблены с точки зрения возможности размножаться в нервной ткани, но прекрасно плодились на стенках кишечника. 2) Геном полиовируса состоит из одноцепочечной РНК, и, в отличие от вирусов с двухцепочечной ДНК, он легко мутирует. 3) По крайней мере один из штаммов, а именно третий серовариант был ослаблен лишь частично. Фактически, он очень недалеко ушел от своего дикого предка – всего на две мутации и 10 отличий в нуклеотидах. В силу сочетаний этих трех условий один из вакцинных вирусов (как правило, третий серотип) время от времени при размножении в организме человека (привитого или того, который от него заразился) превращается в болезнетворный и ведет к параличу. Как правило, это случается при первой вакцинации. По американской статистике, вакцино-ассоциированный паралич – а именно так его называли, происходил один раз на 700.000 привитых или их контактных лиц после первой дозы. Крайне редко это происходило при последующих введениях вакцины – один раз на 21 млн. доз. Таким образом, на 560 тыс. впервые привитых (помним про 25% контактных) – развивался один полиомиелитический паралич (паралич по новому определению). В аннотациях производителей прививок вы найдете другую цифру – один случай на 2-2,5 млн доз. Таким образом, ОПВ по определению не могла победить полиопаралич, пока она применялась. Поэтому была использована очередная замена – было решено победить дикий полиовирус. Предполагалось, что при определенном уровне иммунизации населения Земли циркуляция вирусов прекратится, и дикий вирус, который живет только в человеке, просто исчезнет (как это теоретически произошло с оспой). Слабенькие же вакцинные вирусы этому не помеха, так как даже заболевший человек после выздоровления через несколько месяцев полностью устраняет вирус из организма. Поэтому в один прекрасный день, когда ни у кого на Земле не будет дикого вируса, вакцинацию можно будет прекратить. Идея о ликвидации «дикого» полиомиелита была подхвачена всей прогрессивной общественностью. Хотя в некоторых странах (например, в Скандинавии) использовалась не ОПВ, а усовершенствованная ИПВ, в «цивилизованном» мире началась поголовная вакцинация от полиомиелита. К 1979 г. в западном полушарии дикий полиовирус исчез. Число же полиопараличей установилось на постоянном уровне. Однако устранить «дикий» полиовирус требовалось на всей планете, в противном случае при прекращении программы иммунизации любой приезжий из стран третьего мира мог снова занести вирус. Ситуация осложнялась тем, что для стран Азии и Африки полиомиелит далеко не являлся предметом первоочередной заботы в области здравоохранения. Программа поголовной же иммунизации, даже дешевой ОПВ (стоимость 7-8 центов за дозу против 10 долларов за ИПВ) опустошила бы их бюджет на медицинские программы. Значительных средств требовал также мониторинг и анализ всех случаев, вызывающих подозрения на полиомиелит. С помощью политического давления, использования общественных пожертвований и государственных субсидий со стороны Запада Всемирной организации здравоохранения удалось добиться поддержки. В 1988 г. на Всемирной ассамблее ВОЗ был провозглашен курс на ликвидацию полиомиелита к 2000 г. По мере приближения к заветной дате дикий вирус встречался все реже и реже. Еще один, последний рыбок требовали совершить чиновники ВОЗ – и страны проводили национальные дни иммунизации, национальные месяцы подбора остатков, и проч. Частные и общественные организации радостно собирали деньги на спасение от инвалидности маленьких африканских детей - не подозревая, что у маленьких африканских детей были другие, более важные проблемы вообще и со здоровьем в частности. В общей сложности за 20 лет расходы на программу ликвидации полиомиелита по консервативным оценкам составили порядка 5 миллиардов долларов (сюда входят как прямые финансовые расходы, так и оценка труда волонтеров). Из них 25 процентов выделил частный сектор, особо можно отметить Ротари-клуб, суммарно выделивший 500 млн долларов, и Фонд Гейтсов. Однако даже в самых бедных странах, например, в Сомали, не менее 25-50% общих затрат несли местные общины и бюджеты. Но вернемся ненадолго к... макакам. Как уже было сказано, вирусы и для вакцины Солка, и для вакцины Сейбина были получены на культурах, созданных из клеток обезьян – макак-резус. Точнее, использовались их почки. В 1959 г. американский доктор Бернайс Эдди, работавшая в государственном институте, занимавшемся, в частности, лицензированием вакцин, по собственной инициативе проверила культуры клеток, полученные из почек макак-резусов, на онкогенность. У подопытных новорожденных хомяков, которых Эдди использовала, через 9 месяцев появились опухоли. Эдди предположила, что клетки обезьян могут быть заражены неким вирусом. В июле 1960 г. она представила свои материалы начальству. Начальство ее высмеяло, публикацию запретило, от тестирования полиовакцин отстранило. Но в том же году врачи Морис Хиллеман и Бен Свит сумели выделить вирус. Они назвали его обезьяний вирус 40 (simian virus 40), или SV40, потому что это был 40-й вирус, обнаруженный к тому времени в почках макак-резус. Первоначально предполагалось, что SV-40 заразятся только жители Советского Союза, где в то время массово шла вакцинация живой вакциной Сейбина. Однако оказалось, что «мертвая» вакцина Солка гораздо опаснее в отношении инфицирования SV-40: формальдегид в растворе 1:4000, даже если он обезвреживал полиовирус, не полностью «дезактивировал» SV-40. А подкожная инъекция намного увеличивала вероятность инфицирования. По более поздним оценкам, живым вирусом SV-40 было заражено около трети всех доз вакцины Солка, произведенных до 1961 г. Правительство США начало «тихое» расследование. Непосредственной опасности для людей от вируса SV-40 в тот момент обнаружено не было, и правительство просто потребовало от производителей вакцин переключиться с макак на африканских зеленых мартышек. Уже выпущенные партии вакцин не отзывались, публике ничего не сообщили. Как позднее объяснял Хиллеман, правительство опасалось, что информация о вирусе вызовет панику, и поставит под угрозу всю программу иммунизации. В настоящее время (с

середины 90-х) остро стоит вопрос об онкогенности вируса SV-40 для человека, вирус неоднократно обнаруживался в ранее редких видах раковых опухолей. В лабораторных исследованиях SV-40 все эти годы используется, чтобы вызвать рак у животных. По официальной оценке, вакцину, зараженную вирусом SV-40, получили одних только американцев - 10-30 миллионов, и примерно 100 миллионов человек во всем мире. В настоящее время вирус SV-40 обнаруживают в крови и сперме здоровых людей, в том числе родившихся много позже предполагаемого окончания использования инфицированных вакцин (1963 г.). Очевидно, этот обезьяний вирус теперь каким-то образом циркулирует среди людей. Информации о том, чем больны африканские зеленые марьышки – пока нет. История SV-40 продемонстрировала новую опасность - заражение через полиовакцины ранее неизвестными патогенами. А как же идет программа всемирной иммунизации? По мере приближения победоносного 2000 года начали вскрываться две очень неприятные вещи. И тут мы подходим, собственно, к причинам провала кампании по ликвидации полиовируса. Первое. Оказалось, что организм некоторых людей, привитых живыми вирусами Сейбина, не прекращает их выделение в окружающую среду через пару месяцев, как положено, а выделяет его годами. Этот факт был обнаружен случайно при исследовании одного пациента в Европе. Выделение вируса у него регистрируется с 1995 г. по сей день. Таким образом, встала практически неразрешимая задача нахождения и изоляции всех длительных носителей вируса после прекращения вакцинации. Но это были еще цветочки. Второе. С конца 90-х гг. стали поступать сообщения из регионов, объявленных свободными от дикого полиомиелита, о странных случаях полиомиелитического паралича и менингита. Эти случаи произошли в таких разных географических регионах, как Гаити, Доминика, Египет, Мадагаскар, разные острова Филиппин. Болели и дети, ранее «иммунизированные» живой оральной вакциной. Анализ показал, что паралич был вызван несколькими новыми штаммами полиовируса, произошедшими от ослабленных вакцинных вирусов. Новые штаммы, очевидно, появились в результате мутации плюс рекомбинации с другими энтеровирусами, и они также заразны и опасны для нервной системы как старый добрый полиовирус. В статистике ВОЗ появилась новая графа: острый вялый паралич, вызванный вирусами, произошедшими от вакцинного... К 2003 г. стало ясно, как сказал один доктор, что необходимо ликвидировать само понятие «ликвидация вируса». Шансы на бесповоротную ликвидацию всех штаммов вируса полиомиелита практически ничтожны. Оказалось, что прекратить вакцинацию от полиомиелита по причине ликвидации возбудителя невозможно! Даже если вдруг случаи заболевания полиомиелитическим параличом полностью прекратятся, необходимо будет продолжать прививки для защиты от циркулирующих вирусов. При этом использование живой оральной вакцины становится неприемлемым – т.к. вызывает вакцинный паралич и эпидемические вспышки вирусов-мутантов. Естественно, что это произвело весьма обескураживающее воздействие на финансовых доноров кампании и сотрудников здравоохранения. Чиновники от здравоохранения в настоящее время предлагают перевод всей программы вакцинации на ИПВ, «мертвую» вакцину, стоимость которой в настоящее время выше стоимости ОПВ в 50-100 раз, и то при условии наличия квалифицированного персонала. Это невозможно без радикального снижения цены; некоторые страны Африки, вероятно, прекратят участвовать и в существующей программе – по сравнению со СПИДом и другими проблемами здравоохранения проблема борьбы с полио- им вообще не интересна. Каковы итоги полувекковой борьбы? Эпидемии острого вялого паралича (ОВП) со смертельным исходом в развитых странах прекратились также постепенно, как и начались. Стал ли этот спад результатом полиовакцинации? Точный ответ - хотя это и кажется наиболее вероятным, но мы не знаем. В настоящее время, по статистике ВОЗ, заболеваемость ОВП в мире быстро растет (за десять лет в три раза), в то время как число полиомиелитных параличей падает – что, впрочем, может объясняться и улучшением в сборе данных. В России в 2003 г. было сообщено о 476 случаях ОВП, из них 11 случаев полиомиелитического (вакцинного). Полвека назад все они были бы сочтены полиомиелитом. Всего в мире, по официальным данным, от пятисот до тысячи детей каждый год становятся паралитиками в результате полиовакцинации. Три типа «дикого» полиовируса устранены на значительных географических пространствах. Вместо него циркулируют полиовирусы, произошедшие от вакцинного, и около 72 вирусных штаммов того же семейства, вызывающих заболевания, сходные с полиомиелитами. Возможно, эти новые вирусы активизировались в связи с изменениями в человеческом кишечнике и общем биоценозе, вызванном применением вакцин. Многие миллионы человек были заражены вирусом SV-40. Нам еще предстоит узнать о последствиях введения в человеческий организм других компонентов полиовакцин, известных и неизвестных. Евгений Пескин, Москва. Статья написана в марте 2004 г. <http://www.livejournal.com/users/eugenep/13895.html>

Требуется ли делать 5-ю прививку ОПВ в 20 мес., если перед этим были сделаны 4 прививки ИПВ? Полный курс вакцинации с помощью ИПВ состоит из 4 прививок, а ОПВ из 5. Российский календарь прививок ориентирован на применение ОПВ, поэтому согласно ему до 2-летнего возраста должны быть сделаны 5 прививок. По причине того, что при поступлении ребенка в садик или школу количество прививок будет оцениваться по официальному календарю, у привитых ИПВ могут возникнуть затруднения. Во избежание этих проблем мы рекомендуем все же сделать 5-ю прививку с помощью вакцины ОПВ. Введение этой дополнительной дозы совершенно безопасно и, кроме того, в теории позволит дополнить общий иммунитет, сформированный ИПВ, усилением защиты со стороны кишечника. Какая вакцина безопаснее - ИПВ или ОПВ? Безусловно, ИПВ более безопасна. Как любая живая вакцина, исключительно редко, но ОПВ может приводить к возникновению инфекции, от которой защищает - вплоть до паралитической формы (т.н. вакцино-ассоциированный паралитический полиомиелит, ВАПП). ИПВ такой риск исключает полностью, поскольку она не содержит живых вирусов. Почему ОПВ может вызывать вакцино-ассоциированного полиомиелит? При введении ОПВ, вакцинный вирус "оживает" и начинает размножаться в кишечнике до тех пор, пока организм не обезвредит его, выработав иммунитет. При этом размножении могут иметь место мутации, когда ослабленный вакцинный вирус вновь может стать опасным. У детей с нарушениями в иммунной системе эти вирусы могут "пробить брешь" в защите и достигнуть нервной системы, вызвав паралич. Вместе с тем, следует признать, что риск этого крайне невелик. Во-первых, настоящие иммунодефициты встречаются у очень малой части детей (0,05%). Во-вторых, вероятность мутаций вирусов из ОПВ тоже невелика. В-третьих, полиовирусы размножаются только в организме не имеющего иммунитета человека, однако здесь надо учесть, что охват прививками против полиомиелита в России превышает 90%. И, наконец, паралитическая форма развивается лишь в 5% случаев даже при инфицировании настоящим вирусом (причем большая часть заболевших выздоравливает без последствий).

Все это и минимизирует риск ВАПП до 1 случая на примерно 1 млн. сделанных прививок. Правда ли, что осложнения на ОПВ могут возникнуть даже у тех детей, которые не прививались этой вакциной? К сожалению, это так. Вирусы из организма привитого выделяются во внешнюю среду и инфицируют окружающих. Собственно, вакцина и была разработана в том числе и с расчетом на такой эффект косвенной коллективной иммунизации и ревакцинации. Однако таким образом вирус-мутант может попасть и в организм того, кому вакцинация ОПВ противопоказана, т.е. детям с иммунодефицитами, либо тех, кто еще не привит или привит не полностью (той же ОПВ). И тогда возможно развитие ВАПП по механизмам, описанным выше. Как проявляется ВАПП? Обычно это осложнение проявляется повышением температуры тела 5-10 день после прививки, затем появлением (примерно на 20 день) сначала повышенного тонуса мышц, затем их ослабления вплоть до паралича. Стойкие параличи развиваются лишь у части заболевших. Кстати, схожими симптомами могут проявляться и некоторые заболевания нервной системы неинфекционной природы (синдром Гийена-Барре и др.). Насколько велик риск ВАПП? ВАПП встречается у впервые прививаемых, т.е. не имеющих иммунитета, либо по контакту, у полностью или частично непривитых (с помощью ОПВ) детей из окружения привитого. Это осложнение встречается с частотой в среднем 1 на 1 млн. сделанных прививок. С учетом того, что в России ежегодно делается около 8 млн. прививок ОПВ, количество случаев ВАПП не должно превышать десяти, что и подтверждается цифрами официальной статистики.

В 1995 г Лига женщин-католиков в Филиппинах выиграла судебный процесс, в котором ЮНИСЕФ обвинялась в использовании контаминированной вакцины от столбняка. Женщины привитые такой вакциной потеряли способность вынашивать беременность до конца (т.е. беременность у них всегда заканчивалась выкидышем!) На судебном процессе выяснилось, что такой "стерилизующей" вакциной на данный момент уже было привито 3 миллиона женщин в возрасте от 12 до 45. Вакцины содержащие этот "стерилизующий" компонент В-hCG был выявлен как минимум еще в 4х "развивающихся" странах. 87% случаев полиомиелита в США с 1970 г. были вызваны прививками.

Главным врачом центров госсанэпиднадзора в субъектах Российской Федерации От 11.11.99 №14ФЦ/3212 (http://fcgsen.ru/centre_4.htm). Эпидемиологический надзор за острыми вялыми параличами (ОВП) в Российской Федерации (9 мес. 1999 г.).

За 9 мес.1999 г. в Российской Федерации по данным федерального государственного статистического наблюдения (ф. № 1) зарегистрировано 7 случаев острого паралитического полиомиелита в Московской, Орловской, Ростовской, Свердловской, Читинской областях, Красноярском крае, Республике Бурятия. Помимо этого в марте этого года в Краснодарском крае был зарегистрирован случай полиомиелита с летальным исходом, который не был включен в ф. № 1.

По данным карт эпидемиологического расследования случая полиомиелита и острого вялого паралича Национальный комитет экспертов по диагностике полиомиелита на основании того, что паралич развился не ранее 4 и не позднее 30 дня после приема живой полиомиелитной вакцины, наличия остаточных параличей через 60 дней и выделения вируса полиомиелита вакцинного происхождения в 3-х случаях вынес заключительную классификацию – острый паралитический полиомиелит ассоциированный с вакциной у реципиента (Московская, Орловская области, Краснодарский край). В 2-х случаях (Читинская область и Республика Бурятия) заболевание классифицировано как острый паралитический полиомиелит ассоциированный с вакциной у контактного на основании наличия остаточных параличей через 60 дней, выделения вируса полиомиелита вакцинного происхождения, наличия контакта с детьми, недавно получившими вакцину. В Красноярском крае у ребенка 4 мес. паралич развился через 23 дня после вакцинации, пробы стула взяты адекватно (2 пробы на 10 и 11 день от начала паралича) и исследованы в региональном центре эпидемиологического надзора за полиомиелитом и острыми вялыми параличами, но вирус не выделен. Данный случай классифицируется как острый паралитический полиомиелит другой этиологии, возможно вакциноассоциированный полиомиелит у реципиента. Все случаи вакциноассоциированного полиомиелита зарегистрированы у детей до 1 года, получивших первую прививку; информация в ЦГСЭН поступила в срок до 7 дней от начала паралича; обследованы адекватно в региональных центрах эпидемиологического надзора за полиомиелитом и острыми вялыми параличами. В 6 случаях выделен вирус полиомиелита вакцинного происхождения III типа, в 1 случае - смесь II и III типов. В 2-х случаях заключительный клинический диагноз, поставленный областными комиссиями по диагностике вызвал сомнения и рассмотрение их были отложено до получения дополнительных материалов (Свердловская и Ростовская области).

8) История одной болезни. Прошлой весной переболели мои дети болезнью, по описаниям Спока похожие на корь и коревую краснуху. С доктором из поликлиники очень долго анализировали очень тяжелое течение болезни, которая действительно смахивала на корь. Потом в садике необходимо было сделать плановую прививку от кори. Садик очень хорош тем, что там работают очень внимательные и душевные доктор и медсестра. Я у доктора и спрашиваю, мол зачем делать прививку, если ребенок переболел корью. А у нее однажды был печальный опыт, когда работая еще медсестрой в ведомственной поликлинике, врач у которой она работала, сделала прививку одной девочке уже после перенесенной болезни, и уже через два года та девочка страдала астмой, стала очень болезненной (тогда на прививку ее повела бабушка, не предупредив родителей). Наша доктор из садика решила провести ряд анализов, чтоб не повторять таких ошибок. Сделали анализы в институте Габричевского. Если результат показывает большой процент присутствия тел коревой инфекции, значит была корь. В нашем случае процент этих тел был маленьким (желательно для точности анализа чтобы времени после болезни прошло немного), как мне объяснили, такое наличие остается в организме после первой вакцинации. После полученных анализов наша доктор стала консультироваться у своих ведомственных иммунологов. Пришли к заключению, что очень часто многие разные болезни, в нашем случае с ярко выраженными симптомами кори, и с таким же очень тяжелым течением, как при кори, вызываются энтеросвирусной инфекцией, которая может быть многолика, проявляет себя обычно весной, когда оголяется земля и асфальт, а травы еще нет, и с которых вместе с пылью поднимается всякая грязь, которая богато присутствует в любом большом городе. Малыши ближе к земле по своему росту, или сидят в низких колясочках, поэтому чаще болеют более младшие детки, и реже более старшие или взрослые. Энтеро - медицинский термин, писывающий органы пищеварения (походила с ребенком по врачам с дисбактериозом и дерматитом, вот и запомнила). Ослабленность этой части организма связана с дисбактериозом и плохой экологией. Дело в том , что анализы на корь в институте Гамалея или Габричевского стоят

достаточно дорого, думаю охватить преболевших корью людей и бесплатно провести у них анализ при нашей медицинской системе просто нереально. Также доктор мне сказала, что иммунитет при перенесении энтеровирусной инфекции как правило не сохраняется, в отличие от действительно перенесенной кори.

Выводы А. Котока. Корь - инфекционная болезнь, которая очень редко приводит к осложнениям у детей младшего и среднего школьного возраста; намного чаще - у грудных детей и взрослых, заболеваемость которых корью, на фоне массовой прививочной кампании, в последние годы возрастает. Приверженцы натуропатичных взглядов в медицине указывают, что перенесение детских инфекционных болезней, кори в первую очередь, полезно для созревания и укрепления иммунитета.

Витамины (особенно витамин А и витамин С) и гомеопатические лекарства способны значительно облегчить течение болезни и предотвратить развитие осложнений.

Вакцина против кори может стать причиной осложнений со стороны нервной системы. Документировано долгосрочное подавление функций иммунной системы в результате применения коревой вакцины. Невысокую эффективность вакцины было продемонстрировано в полевых испытаниях вакцины в тех странах, где проблема кори особенно острая.

Печальная история из Краматорска.

Именно из-за принципа массового конвейера в государственной медицине, запланированная на апрель 2008 года, вакцинация от кори и краснухи может обернуться непредсказуемыми последствиями, опасаются общественные организации.

В инструкции к вакцине содержится предупреждение о достаточно серьезных осложнениях, среди которых лимфоденопатия, артралгия и артрит (воспалительные процессы суставов), тромбоцитопения и анафилактический шок. И это в 10-25 % случаев! Цитата из инструкции к вакцине: «Главным при анафилаксии является немедленное введение адреналина, которое может спасти жизнь». А ведь может и не спасти... Производители «честно» признают: хотя и редко, но «наблюдаются реакции со стороны центральной нервной системы, однако прямая связь (!) их с вакцинацией не доказана». Последствий такой вакцинации сегодня не может предусмотреть никто. Единственный выход - отказаться от вакцинации и отменить незаконное решение, которое касается жизни и здоровья миллионов граждан Украины. Право на отказ от медицинских манипуляций заложено в Конституции Украины, и никто не имеет права принуждать вас делать прививку. Всем, кому не безразлична судьба нашей молодежи, предлагаем предупредить всех знакомых об этой опасности, особенно в других городах и сельских районах, где нет правдивой информации.

Журнал Корреспондент пишет. Праздника мирового футбола в Украине может и вовсе не быть, если в апреле нынешнего года массово не привить против кори и краснухи всех украинцев в возрасте от 16-ти до 29 лет (8 млн. человек). После позапрошлогдней вспышки кори (по данным МОЗ, тогда переболели 46 тыс. украинцев и четверо умерли) на подходе новая волна заболевания. Ожидается она именно через четыре года, одновременно с футбольным европейским первенством, прогнозируют специалисты Всемирной организации здравоохранения. Массовая вакцинация даёт возможность полностью уничтожить распространение вируса. ВОЗ выделяет Украине средства на закупку вакцины индийского производства (фонд ЮНИСЕФ выделил 5,3 млн. долларов США. Из них 300 тыс. долларов будут использованы на пропагандистскую кампанию). Программа ликвидации кори и краснухи — это не чья-то прихоть, а задача, поставленная ВОЗ перед всеми государствами, сотрудничающими с этой организацией. Большинство из них уже могут считаться "странами, свободными от кори".

Обновлено: пятница, 16 мая 2008 г.

64 ребенка госпитализированы в Донецкой области Украины после вакцинации от кори и краснухи. Еще четверо лечатся амбулаторно.

Самая тяжелая ситуация, по словам руководителя управления здравоохранения Донецкой области Александра Анищенко, наблюдается в городе Краматорск: здесь зафиксировано 52 случая - остальные в Мариуполе, Мариинском и Первомайском районах. У всех школьников наблюдаются признаки респираторной инфекции.

"Пятеро детей находятся в реанимации только из-за того что у них повышенная температура - от 37,5 до 39 градусов, - цитирует Анищенко информационное агентство УНИАН, - у остальных состояние стабильное, без ухудшения".

Один из находящихся в реанимации школьников, десятиклассник Александр Канибур, получил прививку в той же школе Краматорска, что и ученик 11 класса Антон Тищенко, скончавшийся через 12 часов после вакцинации.

В четверг по факту этой смерти власти возбудили уголовное дело, в котором участвуют члены специальной комиссии минздрава Украины под руководством первого замминистра Николая Проданчука.

Плановая вакцинация в Донецкой области началась в понедельник 12 мая, напоминает государственное украинское телевидение. Вскоре после этого дети стали обращаться к врачам, в связи с чем вакцинация была приостановлена на всей территории страны.

Вакцина ZA 26-X, которую получали школьники, произведена в Индии. До применения на Украине она использовалась в нескольких странах СНГ, и всюду результаты были позитивными.

Что касается Донецкой области, то здешние врачи, как отмечает украинское телевидение, утверждают, что дети были госпитализированы в целях безопасности и для дальнейшего обследования, и что состояние большинства из них удовлетворительно.

"КП Украина", 31 июля 2008. Ольга МУСАФИРОВА, Николай ЛЕЩУК.

«Комсомолка» впервые собрала за круглым столом как приверженцев прививки, так и ее ярых противников.

На протяжении нескольких месяцев «Комсомолка» не оставляет своим вниманием тему, которая имеет прямое отношение к состоянию здоровья граждан нашей страны. Правда, в последнее время стало модным обсуждать здоровье и методы лечения только одного - самого главного - пациента Украины... Хотя и там достаточно лжи, недомолвок и политической конъюнктуры. Наша задача - многократно большей важности, поскольку речь идет о 9 миллионах молодых жизней. (Считаем по количеству доз индийской вакцины: ее начали применять в мае 2008 года, но вскоре приостановили.) Стало быть, на кончике прививочной иглы - будущее нации, как любит выражаться президент Виктор Ющенко.

Мы по-школьному попросили поднять руки тех уважаемых гостей, кому никогда не делали прививок. Гости переглянулись. Все, включая англичанина сэра Хартли, оказались «уколотыми» в детстве и юности. Зато на вопрос «Кто и почему отказался от вакцинации своих детей либо внуков?» утвердительно ответила педиатр **Наталья Коломиец**:

- Я была привита, но все равно заболела корью. И ребенок от прививки пострадал.

Наталью поддержал **Вячеслав Костылев** (его «Лига...», помимо прочего, дает советы родителям, как и куда официально писать отказы и жалобы, вплоть до международных судов), причины - аналогичные.

По данным Минздрава, 113 тысяч молодых людей привиты от кори и краснухи (207 поствакцинальных реакций - это всего лишь 0,075 процента), и осложнений не зафиксировано. Никто бы и не поднял панику, если бы не гибель 17-летнего **Антон** **Тищенко!**

Валерий Бидный: - Смерть юноши - большой вопрос для общества и для меня лично как руководителя оперативного штаба Минздрава. Всех аргументов относительно причин трагедии еще нет. Почему? Патологоанатомическую секцию (вскрытие после смерти с целью установления морфологических изменений в органах. - Прим. ред.) проводили патологоанатом Донецкой области вместе с судмедэкспертом. Материалы для исследований изъяла Генпрокуратура, и они там находятся до сегодняшнего дня. Мы два раза официально обращались в прокуратуру: дайте заключение комплексной судмедэкспертизы и под расписку - патоморфологические блоки, чтобы мы параллельно рассмотрели тоже. Не дают... Минздрав обвиняют в пассивности, в молчании. Но пока нельзя поставить точку. Вот, например, по информации, которой владеет оперативный штаб, при вскрытии не взяли анализ крови на токсикологию...

«КП» - Бидному: - Знакомы ли вы с отчетом Следственной комиссии Верховной Рады? На его основе уже сделан проект постановления, и вопрос собираются внести в Раду в сентябре, сразу после каникул. Комиссия заключила: кроме вакцинации, других причин смерти Антона нет, не выявлено никаких патогенных вирусов или бактерий. Превалирующим симптомом оказалась тромбоцитопения и ее крайняя форма - тромбоцитопеническая пурпура (полное отсутствие свертываемости крови. - Прим. ред.). Это характерный синдром при заболевании острой корью и побочный эффект при введении коревой вакцины. Комиссия считает также действия врачей-реаниматологов недостаточными, что, однако, не помогло спасти ребенка. Тромбоцитопению разной степени тяжести отмечают, согласно отчету, и у других молодых людей, госпитализированных в Донецкой области. Вы видите здесь недостаточную компетентность? Подтасовку фактов?

Валерий Бидный: - Отчет промежуточный, насколько мне известно. И нельзя так заявлять на целую Украину. Действительно, тромбоцитопеническая пурпура зафиксирована в истории болезни. Хотя на сегодняшний день известен и другой диагноз - менингоэнцефалит. Поверьте, мы заинтересованы в том, чтобы найти причины смерти! С помощью анализов, клиники, эпидемиологии, лабораторного и патоморфологического контроля. И я бы не утверждал однозначно, анализируя историю болезни, что во время пребывания мальчика в стационаре сделали все возможное. Это я говорю как врач.

Костылев - Бидному: - Тяжело вас слушать! Во всем цивилизованном мире реакции, которые развиваются в течение месяца после прививок, практически всегда признают результатами вакцинации. Парень пришел в школу здоровым, через несколько часов после укола ему стало плохо, спустя сутки он умер. Но официальные лица никак не докажут связь событий. Им невыгодно идти на политическое самоубийство!

«КП»: - Официальные лица - и в Раде, и в Минздраве - обязаны отвечать за свои слова. Беда в том, что слова у них - разные...

Федор Лапий: - Кого из серьезных клиницистов подключали, кто корректировал установку диагноза? Ведь депутаты Корж и Гайдаев уже давно не врачи, не практикуют, перешли в разряд организаторов и политиков.

Вячеслав Костылев: - Зимой 2006-го в стране зафиксировали вспышку кори, все чаще звучало слово «эпидемия». Что делал Минздрав? Просил СМИ не поднимать панику, а тогдашний главный санитарный врач Бережнов докладывал: «Мы успешно выполняем программу ВОЗ по ликвидации кори, что дало возможность уже сейчас снизить заболеваемость до уровня европейских стран». Но уже через год Минздрав сделал экс-главного санврача крайним. Мол, он лукавил, так как в стране массово болели и даже умирали люди, а Украина теперь представляет опасность для Европы. Господа отечественные чиновники, вы попали в классическую вилку! Вы обманули народ тогда и хотите трюк повторить: мол, индийская вакцина - божья роса. Смерть парня наступила вследствие вакцинации! И вам не удастся продолжить эту кампанию в угоду чиновникам ВОЗ, народ умеет делать выводы.

«КП»: - Вот тезис: «Индийская вакцина - абсолютно качественная и подходит к применению в Украине». Хотелось бы прояснить: верно ли, что вакцину бесплатно, по линии гуманитарной помощи, нам предоставили? И именно **ВОЗ** и **ЮНИСЕФ** теперь не рекомендуют Украине «копаться» в ней, чтобы не подвергать сомнению препарат, за который они поручились и который широко используется в мире? Тем не менее иные биологи-теоретики утверждают: вакцина произведена на основе abortивного материала индусских женщин, она может быть засеяна, и, возможно, даже неслучайно, штаммами ужасных заболеваний. Представители ВОЗ и ЮНИСЕФ готовы внести ясность?

Игорь Поканевич: - Никаких секретов нет. В инструкции четко указано: вакцина изготовлена из живых, аттенуированных (ослабленных. - Прим. ред.), лиофилизированных (высушенных в вакууме при сильном охлаждении. - Прим. ред.) штаммов вирусов кори. Все прочее - вымысел. Не соответствует истине и информация о том, что после смертельного случая ВОЗ могла препятствовать исследованию вакцины. Это право Украины, национального Министерства здравоохранения. Насколько я знаю, такая работа идет, и мы тоже ожидаем результатов. Центр иммунобиологических препаратов в Киеве еще накануне использования вакцины сделал подобные тесты по нескольким компонентам - стерильность, безопасность. И дал заключение, что соответствие стандартам - полное. Вопрос, связанный с ДНК, не совсем корректный, конечно. Потому что материалы, которые применяются в производстве вакцины, были взяты еще в шестидесятых годах, и не в Индии, а в Великобритании. Но мы гарантируем, что такие же штаммы, как здесь, использовались в США и они не могут навредить украинцам.

Джереми Хартли: - Я не силен в конспирологии, когда любые события объявляют результатом заговоров и манипуляций... Мы занимаемся исключительно вопросами защиты детей по всему миру. И закупаем вакцины только высокого качества, а процесс закупки абсолютно прозрачен. Компания Serum Institute of India Ltd. является одним из

ведущих мировых производителей вакцин, только здесь производят вакцину против кори и краснухи. У нас не было и нет причин для сомнений по поводу препарата. Вы говорите о бесплатной поставке для Украины? Знаете английскую поговорку: «Нет такого понятия, как «бесплатный обед»? Вакцину профинансировало международное учреждение, которое аккумулирует государственные пожертвования, а также Фонд объединенных наций (частный благотворительный фонд Теда Тернера. - Прим. ред.). Можно также говорить об участии американского Красного креста в этой акции и CDC (Центр по контролю заболеваний департамента здравоохранения США. - Прим. ред.).

Сергей Дибров: - К сожалению, здесь не присутствуют представители CDC. У меня много к ним вопросов. Разве у CDC есть статус международного агентства? Есть законное право работать за пределами своей страны? Если нет, то в Украине они действуют только в интересах своего государства. В чем заключалось их участие? Далее. В апреле в ходе иммунизации в Индии умерло четверо детей. После этого власти не только отобрали лицензию у изготовителя вакцины, но и запретили применение штамма Edmonston-Zagreb. Если вакцину, которую сейчас хранят в украинских холодильниках, вернут в Индию, там ее не позволят применять! И еще. Нет контроля за условиями хранения препарата. Так называемые «холодовые метки» на флаконах с препаратом в огромном количестве случаев не срабатывают. В инструкции сказано: если температурный режим не соблюдается, живая вакцина может быстро засеиваться посторонними вирусами и бактериями. Причем на любом из этапов - от изготовления до применения.

Алексей Галимский: - Напомню всем о существовании украинского законодательства, которое распространяется и на медицину. Прививки позволяет проводить только зарегистрированными в Украине вакцинами - соответственно показаниям и противопоказаниям по их применению, согласно календарю профилактических прививок и инструкции, утвержденной главным государственным санитарным врачом Украины. В календаре профилактических прививок Украины вакцинация против кори и краснухи лицам от 16 до 29 лет планом не предусмотрена. Не предусмотрена возможность существования и применения в Украине вакцины «корь - краснуха», которую в народе окрестили «КаКой». Прививки могут проводиться либо комбинированным препаратом «корь - паротит - краснуха», либо моновакциной. Потому теперь так мучительно идет разбирательство: закон нарушали сознательно или по некомпетентности?

Олег Назар: - Мы пытались построить схему проведения профилактики. Что я слышу сегодня от антивакцинаторов? «Все неправильно сделано, закон не позволяет». Ну так, извините, логическая параллель. Сыворотка поливалентная противозмеиная существует уже лет 70, однако у нас она не зарегистрирована и не производится. Сыворотку надо вводить в первые два часа после укуса, иначе человек умрет. Медик будет думать, как сыворотку срочно найти и провезти. А юрист расскажет, почему это нельзя по закону. Вот юридическая коллизия!

«КП»: - В связи с иммунизацией есть смысл вспомнить не только о роли организаторов здравоохранения, но и обычных врачей. Им хватает в данной области знаний, опыта, ответственности и мужества, наконец?

Наталья Коломиец: - Спасибо, очень важная тема! Вспомните, каким авторитетом пользовались земские врачи, как они дорожили профессиональным уровнем, скольких людей спасли! Нынешние медики растеряли эти свойства. Не способны, даже если владеют информацией, сказать пациентам правду о вакцинации. Она должна быть сугубо добровольной, осознанной! Но ничто так не помогает антивакцинальной кампании, как некачественно проведенная вакцинальная кампания.

Раиса Моисеенко - Наталья Коломиец: - При земских врачах смертность от инфекционных болезней наблюдалась колоссальная - как детская, так и материнская. В Украине нет высокого уровня коллективного иммунитета. Исследования, на которые вы ссылаетесь, носят ограниченный характер. Зато количество врожденных уродств, связанных с последствиями краснухи, велико. А 90 процентов беременных женщин, если контактируют с коревым больным, имеют высочайший риск врожденного заболевания со стороны плода. И в такой ситуации призывать отказаться от прививок?!

Сергей Крамарев: - Уважаемые господа, если вы хоть раз в жизни стояли над постелью ребенка, который умирает от кори или дифтерии... вы не представляете, что это такое. Вы бы откуда угодно привезли лекарство, чтобы спасти дитя! Поэтому то, о чем вы говорите, - просто пиар. Нельзя отвергать средства, предотвращающие тяжелые болезни.

«КП»: - Будет ли после всего услышанного и сказанного продолжена в Украине вакцинация? Если да, то когда, если нет, то почему?

Валерий Бидный: - Нельзя ответить на этот вопрос, пока мы не установим причину смерти Антона Тищенко и, самое главное, не подтвердим качество вакцины. Мы проводим независимую экспертизу во Франции в нескольких лабораториях, через 2-3 недели обещают дать заключение. И такую же экспертизу заказали в Германии, хоть там вопрос затянулся. Французы предоставили возможность сделать анализы бесплатно, а немцы запросили определенную сумму. К тому же у них не было нужной антисыворотки - сегодня она у нас лежит в контейнере, и контракт готов к подписанию. Соберем определенное количество вакцины со всех регионов Украины, отошлем. А по результатам и примем решение. Не увенчались успехом переговоры «КП» с руководителем Временной следственной комиссии Верховной Рады, народным депутатом от Партии регионов Виктором Коржом и его коллегой, экс-министром здравоохранения Юрием Гайдаевым, депутатом от Компартии. Они решили использовать свое конституционное право на летний отдых. Однако в редакцию был передан отчет комиссии о расследовании причин смерти школьника, а также результаты проверки правомерности применения индийской вакцины.

В обсуждении участвовали:

- *Валерий БИДНЫЙ*, заместитель министра здравоохранения.
- *Олег НАЗАР*, главный иммунолог г. Киева.
- *Федор ЛАПИЙ*, доцент кафедры инфекционных заболеваний и детской иммунологии Национальной медицинской академии последипломного образования.
- *Сергей КРАМАРЕВ*, главный внештатный специалист Минздрава по детским инфекционным заболеваниям.
- *Джеремии ХАРТЛИ*, глава представительства ЮНИСЕФ в Украине.
- *Сергей ДИБРОВ*, независимый журналист (Одесса).
- *Раиса МОИСЕЕНКО*, начальник Управления материнства и детства Минздрава Украины.
- *Вячеслав КОСТЫЛЕВ*, президент общественной организации «Лига защиты гражданских прав».

- *Наталья КОЛОМИЕЦ*, врач-педиатр.
- *Алексей ГАЛИМСКИЙ*, врач-эпидемиолог.
- *Игорь ПОКАНЕВИЧ*, руководитель регионального офиса ВОЗ в Украине.

Вакцина “КаКа”: Ложь, наглая ложь и статистика. Сергей Дибров. 1.08.2008.

Во вторник, 22 июля, в редакции “Комсомольской правды в Украине” состоялся круглый стол, посвященный вопросам продолжения внеплановой вакцинации, на котором я имел честь присутствовать. В ходе встречи я в очередной раз услышал мнение сотрудников Минздрава и международных организаций о том, что для решения проблемы кори и краснухи есть только один способ – поголовная вакцинация с охватом не менее 95%. В противном случае, по мнению специалистов, нас ждут страшные эпидемии и неизбежная смерть тысяч, если не миллионов, украинцев. Все это время передо мной лежал официальный Стратегический план Европейского бюро ВОЗ по борьбе с корью и краснухой, на двадцать седьмой странице которого собраны данные о вакцинации детей в разных государствах. Как оказалось, в самом центре Европы есть три страны, в которых охват населения двумя прививками от кори составляет 50% или даже менее. Это Австрия, Германия и Польша. И что интересно: в среднем за последние десять лет в Австрии регистрируются единичные случаи кори, в то время как в Польше – несколько сотен, а в Германии – тысячи случаев кори ежегодно. И что интересно: ни в одной из этих стран, которые, по мнению ВОЗ, давно должны были превратиться в безжизненную пустыню, не проводилось никаких дополнительных внеплановых вакцинаций.

Кроме того, я в очередной раз услышал старую песню о том, что дополнительные прививки против кори и краснухи индийским препаратом позволит украинцам навсегда забыть об этих опасных инфекциях. В то же время, у меня перед глазами пример Румынии, где в 2003 году было 555 больных краснухой на 100.000 населения. Этот абсолютный рекорд Европы XXI века был поставлен спустя четыре года после аналогичной вакцинальной кампании, которая проводилась в этой стране под эгидой ВОЗ и ЮНИСЕФ.

Как вы понимаете, подобные несоответствия не позволяют мне безоговорочно верить “страшилкам”, которые я в очередной раз услышал во время этой встречи. По окончании круглого стола, в ходе дружеской беседы, господин Джереми Хартли, представитель ЮНИСЕФ в Украине, посоветовал мне критичнее относиться к источникам, тщательнее проверять и анализировать сведения, которую я использую в своих публикациях.

Так получилось, что первой попавшейся мне публикацией по теме оказалась статья консультанта ЮНИСЕФ Александры Джордж, опубликованная на сайте “УНИАН – здоровье”. Публикация представляет собой обзор прессы, подготовленный Представительством ЮНИСЕФ с целью “внести ясность” и опровергнуть “ошибочные утверждения”, которыми якобы изобиловали “неточные произведения дезориентированных журналистов”. Забегая вперед, скажу: данная публикация не выдержала проверки содержащихся в ней сведений. Вынужден констатировать: материал представляет собой нагромождение полуправды и откровенной лжи, поданной от имени авторитетной международной организации.

Начнем с обычной арифметики. Госпожа Джордж заявляет, что в 2005 году на Украину приходилось 89% всех случаев кори в Европе. На самом деле, согласно официальной статистике, в 2005 году в 53 странах Европейского бюро ВОЗ было зарегистрировано 37332 случаев болезни, из них в Украине – 2392, или 6,4 %. Пик заболеваемости в Украине приходится на 2006 год. Тогда в Европе было 53344 больных, из них 42724 – в Украине. Да, это 80% всех случаев, но, увы, не 89, как утверждает автор. Кроме того, госпожа Джордж почему-то лукаво обходит неудобные факты. Например, в предыдущем, 2004 году, в Украине было 146 случаев заболевания (менее 0,5 % от общего числа больных в Европе), а во Франции, например, – в тридцать раз больше.

Далее госпожа Джордж заявляет: “при последней вспышке кори в 2006 году, по сообщениям, умерли семеро людей, хотя вполне вероятно, что, учитывая опыт других стран, реальное количество было значительно больше, возможно, сотни людей”. Увы, это также ложь. В отличие от множества других стран мира, в Украине действует система здравоохранения и регистрации актов гражданского состояния, и каждый случай смерти от инфекционного заболевания тщательно фиксируется. Так, доподлинно известно, что в 2007 году в Украине от всех форм туберкулеза скончалось 10423 человека, в том числе шестеро детей. Поэтому “сотни” якобы умерших от кори украинцев – это не “реальное количество”, а плод фантазии консультанта уважаемой международной организации. Более того, по официальным данным Минздрава, в 2005 году от кори скончался один человек, а в 2006 году было четыре смертельных случая. По каким “сообщениям” Александра Джордж получила обнародованную ею цифру, мне остается только догадываться.

Далее, госпожа Джордж подтверждает тот факт, что индийская вакцина не была зарегистрирована в Украине, но констатирует, что якобы ни одна другая страна не требовала регистрации продукта с проведением клинических испытаний. Увы, в Украине, помимо системы здравоохранения, существует национальное законодательство, которым четко установлено: препараты, применяемые для плановых прививок, в обязательном порядке должны проходить процедуру регистрации. Я не знаю, как обстоят дела в других странах, но у нас в Украине нарушение данного требования является противоправным деянием, виновный в совершении которого может подвергаться уголовному преследованию независимо от должности, звания и былых заслуг перед Родиной.

Апофеозом стало утверждение Александры Джордж, что якобы “эта вакцина против кори и краснухи используется в Украине с 2002 года”. На самом деле в Украине зарегистрированы и разрешены к применению всего 4 препарата производства Serum Institute of India LTD, а именно:

- Адсорбированная вакцина против дифтерии и столбняка для подростков и взрослых (АДП-М), *регистрационный номер 398/03-300200000*;
- АП-анатоксин (анатоксин столбнячный адсорбированный), *регистрационный номер 401/03-300200000*
- БЦЖ (вакцина туберкулезная сухая) , *регистрационный номер 402/03-300200000*;
- Вакцина для профилактики краснухи живая аттенуированная лиофилизированная, *регистрационный номер 305/07-300200000*.

Нетрудно убедиться: комбинированная вакцина от кори и краснухи (равно как и любой другой препарат для профилактики кори данного производителя) в Украине не зарегистрирована, и ее применение для плановых профилактических мероприятий запрещено.

Аналогично, вакцина против кори и краснухи производства Serum Institute of India (равно как и любой другой препарат этого производителя) не включена в перечень вакцин, лицензированных для иммунизации и распространения на территории США, и ее использование в этой стране запрещено. В этом нетрудно убедиться, обратившись на интернет-сайт американского ведомства U.S. Food and Drug Administration. В недавней статье в журнале “Форбс”, посвященной Serum Institute of India, особо отмечалось, что выход на богатые рынки Европы и Америки является пока неразрешимой задачей для фирмы, ибо требует проведения дорогостоящих клинических испытаний. Напомню: выход на украинский рынок также требует клинических испытаний, однако, как оказалось, здесь можно найти обходные пути...

Автор публикации сокрушается, что в прессе не публиковались “статьи и интервью хорошо известных специалистов-медиков с разъяснениями важности таких мероприятий по здравоохранению”. Напомню: непримиримым противником проведения дополнительной иммунизации была и остается доктор медицинских наук, профессор кафедры инфекционных болезней Национального медицинского университета им. Богомольца, академик Академии медицинских наук, заслуженный деятель науки и техники Украины, главный редактор журнала “Современные инфекции” Жанна Ивановна Возианова. Ее поддерживают коллеги: доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой инфекционных болезней Национального медицинского университета им. А. А.Богомольца Анатолий Михайлович Печенка, доктор медицинских наук, профессор кафедры иммунологии НМУ им. А. А.Богомольца Екатерина Григорьевна Гаркавая. К сожалению, их аргументированные доводы, которые неоднократно звучали в ходе круглых столов и пресс-конференций, потонули среди потока псевдонаучных, а зачастую откровенно лживых заказных публикаций. Напомню: на агитационные мероприятия организаторы незаконной вакцинальной кампании ассигновали немалую сумму – 300.000 долларов США. К сожалению, авторам пропагандистских материалов даже невдомек, что финансирующая кампанию United Nation Foundation – это не “Фонд ООН”, а частное учреждение, основанное американским проводником идеи “золотого миллиарда”, медиамагнатом Тедом Тернером.

Как видите, совет господина Джереми Хартли оказался полезен: любая информация, независимо от того, из каких источников она поступает, не должна приниматься на веру. Кроме того, в ходе беседы представитель ЮНИСЕФ в Украине обратил мое внимание, что корь остается серьезной проблемой человечества. По его словам, ежегодно в мире от кори умирают миллионы детей. Я решил проверить и эти сведения, для чего обратился на официальный сайт Всемирной организации здравоохранения – наиболее авторитетной медицинской организации в мире. Забегая вперед, отмечу: результаты, которые я обнаружил, оказались ошеломляющими.

На странице сайта, посвященной статистике заболеваемости корью, я установил, что в 1999 году на земном шаре было зарегистрировано 752407 случаев заболеваний корью. Одновременно с этим на другой странице того же сайта, посвященной снижению смертности от кори, я узнал, что “по новым данным ВОЗ”, в том же 1999 году о кори умерло 873000 человек. Таким образом, если верить цифрам, публикуемым Всемирной организацией здравоохранения, в 1999 году от кори умерло на 120 тысяч человек больше, чем заболело.

Не менее интересные результаты получаются, если проанализировать заболеваемость по различным странам и континентам. Так, по данным организации, в странах Африканского бюро ВОЗ в том же 1999 году произошло 486660 случаев болезни и 506000 смертей от кори. Одновременно с этим во всем остальном мире на 265747 случаев болезни пришлось 367000 смертей, то есть летальность данного заболевания достигла астрономической величины – 138%. Да, я понимаю: в странах с неразвитой системой здравоохранения, где и происходит большинство случаев заболеваний, люди не всегда обращаются к врачу, что искажает статистику. Да, я понимаю: официально фиксируются, как правило, только смертельные случаи болезни, оттого и получается, что число умерших превышает общее число официально зарегистрированных больных. Однако, даже если принять такую мотивацию, все равно концы с концами не сходятся.

Как известно, смертность от кори в странах с развитой системой здравоохранения колеблется в промежутке 0,01-0,1 %. Так, в Украине в 2005-2006 годах на 45 тысяч больных пришлось пять смертельных случаев. Но украинская заболеваемость и смертность – это капля в море мировой статистики. В беднейших странах мира летальность от этой инфекции существенно выше – 0,1-1% от общего числа заболевших. По данным ВОЗ, в 90-е годы прошлого века заболеваемость и смертность среди африканских детей была чрезвычайно высокой. По оценке экспертов, в 1999 году в Африке от кори скончалось 506 тысяч человек, в подавляющем большинстве – дети. Это значит, что количество больных (при смертности 1 %) должно было составить порядка 50 миллионов. Всего в Африке проживает порядка одного миллиарда человек, примерно 350 миллионов из которых – дети до 16 лет. Таким образом, если верить экспертным оценкам ВОЗ, в недавнем прошлом каждый африканский ребенок переболел корью неоднократно – не менее двух-трех раз, с учетом тех, кто болел раньше или был привит. Согласитесь, ситуация немислимая: переболевший корью приобретает пожизненный иммунитет. В связи с этим я обратился в Представительство ЮНИСЕФ, а также в Бюро ВОЗ в Украине, с просьбой прокомментировать цифры официальной статистики. Но пока я жду официальных разъяснений, страсти вокруг внеплановой вакцинации не утихают.

Завершила работу Временная следственная комиссия Верховной Рады; отчет передан губернаторам и представителям прессы. Вопреки мнению Минздрава, комиссия констатировала, что наиболее вероятной причиной смерти Антона Тищенко является прививка, и фактически опровергла министра Князевича, который публично обвинил краматорских врачей в халатности и некомпетентности. Кроме того, комиссия установила факт нарушения законов Украины со стороны руководства Минздрава, а также обратила внимание Верховной рады на необоснованность кампании и возможные негативные последствия. Председатель комиссии, депутат Виктор Корж, зарегистрировал проект Постановления ВР по данному вопросу, который будет вынесен на голосование после окончания парламентских каникул.

Теперь – о грустном. 25 июля 2008 года журналисты телеканала “Интер”, которые ведут собственное расследование ситуации с “КаКой”, посетили ДП “Центр иммунобиологических препаратов”. Они принесли образцы индийской вакцины и попросили провести сравнительное исследование. Далее начались странные события. По мнению сотрудников Центра, журналисты устроили дебош. По словам представителей прессы, сотрудники Центра вели себя неадекватно и даже пытались

сорвать одежду с одного из присутствующих журналистов. Работников “Интера” обвинили в незаконном ввозе препарата и нарушении правил его хранения. В милицию, СБУ или прокуратуру были отправлены заявления. Да, допустим, сотрудники телекомпании действительно привезли из далекой Индии несколько упаковок препарата и сертификат качества на него. Привезли вакцину, которая, по многочисленным уверениям руководителей Минздрава, якобы разрешена к применению в Украине, но, как оказалось - нет.

Руководство Министерства здравоохранения, планируя в сентябре продолжить незаконную вакцинацию, надеялось, что со временем общественный резонанс утихнет. Этого не случилось, и продолжение прививочной кампании – под большим вопросом. По всей видимости, руководство Минздрава это понимает. 7 августа, по инициативе министерства, этот вопрос будет вынесен на обсуждение Общественного совета. Что интересно: на прошлом заседании, которое проходило три недели назад, подавляющее большинство членов совета не захотело обсуждать данную проблему и проголосовало против внесения вопроса в повестку дня. Будем надеяться, что на этот раз конструктивное обсуждение этой наболевшей темы наконец состоится. Станет ли скандал с “КаКой” поводом для оздоровления нашей медицинской системы? Сделаем ли мы выводы из ситуации и какие именно? Вот самые важные на данный момент вопросы, как для сторонников дополнительной вакцинации, так и для ее непримиримых противников.

Газета "24", 6 ноября 2008. Автор: Евгения Даниленко.

Вчера Всемирная организация здравоохранения обнародовала собственную версию смерти краматорского школьника Антона Тищенко: индийская вакцина от кори и краснухи, по их мнению, не при чем. Мальчик умер то ли от гриппа, то ли от тяжелой инфекции – менингокока. Расследование специалистов ВОЗ – четвертое, проводимое по фактам массовых обращений вакцинированных школьников, жалующихся на ухудшение здоровья, и смерти одного парня. Кроме ВОЗ, собственное разбирательство ведут Генпрокуратура, следственная комиссия Верховной Рады и Минздрав.

Напомним: весной по факту смерти подростка было возбуждено уголовное дело, которое расследовала Служба безопасности Украины и прокуратура. Была изъята вся медицинская документация Антона Тищенко, а также патологоанатомические материалы. Кроме того, прокуратура своим предписанием запретила продолжать вакцинальную кампанию.

Под подозрением оказались высшие чиновники от здравоохранения, и неудивительно, что Минздрав развязал пиар-войну против правоохранителей. Сначала пресс-служба министерства по непонятной причине распространяла обращение общественных организаций, краткое содержание которого можно обозначить как «руки прочь от бывшего замминистра». Затем в распространяемых пресс-службой министерства письмах бывшие коллеги бывшего замминистра вообще попросили Президента и премьер-министра совершить преступление, а именно – вмешаться в деятельность следствия и «восстановить справедливость». Далее Минздрав, сначала руками своего Общественного совета, а затем и самостоятельно, начал обвинять прокуратуру в умышленном затягивании расследования. Основное требование Минздрава – раскрыть материалы уголовного дела. Дело в том, что без изъятых следователями документов и гистологических материалов комиссия ВОЗ и Минздрава могла анализировать разве что собственные домыслы и фантазии. Чем, собственно, и занималась – регулярно проходили пресс-конференции, на которых отечественные и международные светила от медицины читали мантру: «ребенок почему-то умер, почему – мы не знаем, но точно не от прививки, вакцина проверена ВОЗ, прививки нужно продолжать...».

Апофеозом министерского лицемерия стало своеобразное «праздничное поздравление», в котором министр здравоохранения Василий Князевич накануне Дня медицинского работника публично обвинил краматорских врачей в «нехлюйстві», наплевав при этом на все каноны медицинской этики и нормы отношений между начальником и подчиненными. Очевидно, целью чиновников было – перевести всю вину на «стрелочников», вывести из-под удара высокопоставленных виновников трагедии и пресловутую индийскую вакцину. Похоже, к вопросу поиска «стрелочников» Минздрав подошел со всей серьезностью. Как удалось выяснить, Минздравом был издан Приказ № 156-Адм, датированный 12 мая 2008 года – тем самым днем, когда был досрочно привит Антон Тищенко. Суффикс «-Адм» означает, что это приказ «административный», то есть, не предназначенный для распространения за пределами административного здания министерства. Однако, как оказалось, этот «секретный» приказ регламентирует, на минуточку, порядок проведения осмотров людей перед прививкой. В соответствии с пунктом 2.1.4. этого приказа, выездная вакцинальная бригада в составе фельдшера и медсестры обязаны:

- провести общий анализ крови и тест на наличие сахара;
- сделать флюорограмму;
- измерить артериальное давление;
- провести терапевтическое обследование;
- снять кардиограмму – тем, кому больше 25 лет;
- провести гинекологическое обследование девушек и женщин.

Напомню, согласно ранее изданного приказа № 213, выездная бригада должна в день вакцинировать 100-150 человек. Передвижной флюорограф, гематологическая лаборатория, аппарат ЭКГ и гинекологическое кресло в перечень полагающегося вакцинаторам оборудования, естественно, не входят. Очевидно, при наличии такого «замечательного» приказа можно смело требовать продолжения кампании: он полностью снимает любую ответственность за возможные последствия с организаторов преступной авантюры и перекладывает её на десятки тысяч стрелочников – рядовых медиков.

Однако 30 октября 2008 года и.о. главы СБУ Наливайченко, находясь в Донецке, сообщил, что чиновник, занимавшийся вакциной (явно имея ввиду бывшего главного санитарного врача Украины Николая Проданчука, давшего разрешение на ввоз и применение индийской вакцины без регистрации и испытаний), теперь является обвиняемым. Очевидно, что переложить вину на беззащитных подчиненных не удалось. Есть основания надеяться, что до конца года расследование уголовного дела будет завершено и передано на рассмотрение в суд. Минздрав тут же сделал ответный ход на опережение. 5 ноября 2008 года состоялась пресс-конференция, на которой присутствовал и.о. первого заместителя министра, а также представители Всемирной организации здравоохранения. Одна из них, Дина Пфайфер, сообщила, что ими якобы установлена истинная причина смерти подростка из Краматорска. Смерть, заявила она, наступила не вследствие

поствакцинального осложнения, а из-за септического шока. То есть – из-за молниеносной реакции организма на сильнейшее бактериальное заражение крови.

Не будем выяснять, какие научные методы использовали уважаемые эксперты и чем они заменили отсутствующие данные гистологических анализов. Также я не стану обсуждать, насколько их выводы соответствуют истине – пусть закончится следствие. Давайте примем на веру все сказанное уважаемым экспертом уважаемой международной организации. И зададимся вопросом: а откуда в организме подростка, а также в организмах сотен других госпитализированных в мае детей, оказалась смертельная доза болезнетворных микроорганизмов или продуктов их жизнедеятельности? Уж не из грязного ли шприца, предоставленного ВОЗ? Или все-таки из грязной вакцины? А может, из растворителя, на который до сих пор вообще нет никаких документов, и о содержимом которого остается только догадываться? Давайте на минуту поверим эксперту ВОЗ: юноша умер не от вакцины, а от сильнейшего заражения крови. Которое началось у него после незаконной внеплановой прививки, проведенной по инициативе ВОЗ и приказу МОЗ. Прививки, сделанной незарегистрированным в Украине индийским препаратом, который хранился во флаконе с недействующим индикатором температуры. Содержащим штамм вируса кори, который не разрешен к применению в Европе, США, и даже в Индии было изъято три с половиной миллиона доз вакцины – после того, как этот штамм в течение года убил восьмерых детей. И что после этого предлагает нам Минздрав и международные организации? Они ничего не предлагают, они требуют немедленного продолжения прививочной кампании!

Не так давно заместитель министра здравоохранения Валерий Бедный весьма нелестно отзывался об умственных способностях украинцев. Якобы из-за низкого интеллекта они не могут понять того счастья, которое несут им ВОЗ и МОЗ на кончиках шприцев с индийской КаКой. Видимо, эксперты ВОЗ разделяют его точку зрения, если позволяют себе делать столь бредовые заявления. В свою очередь, я искренне надеюсь, что у нашего народа хватит мудрости разобраться в потоке лжи, который выплескивается прямо сейчас в головы украинцев со страниц электронных и печатных СМИ.

Лицемерную идиллию пресс-конференции попытался нарушить Вячеслав Костылев, президент Лиги защиты гражданских прав. На этот раз – как представитель родителей Антона Тищенко. Он напомнил, что, согласно закону, сведения о состоянии здоровья и заболеваниях человека составляют врачебную тайну. Они не подлежат разглашению третьим лицам. В том числе – и международным экспертам, таким, как Дина Пфайфер, которые не имеют права заниматься врачебной деятельностью в Украине. И уж, тем более, совершенно недопустимо рассказывать о них на подобных пресс-конференциях. Вячеслав напомнил, что за разглашение врачебной тайны предусмотрена ответственность, вплоть до уголовной – до двух лет ограничения свободы. И поинтересовался: дамы и господа, а у вас есть письменное разрешение родителей Антона Тищенко на то, чтобы публично смаковать действительные и надуманные болезни их ребенка, как это регулярно делали чиновники Минздрава последние полгода?

Идет следствие, виновные вскоре предстанут перед судом. Будем надеяться, что прокуратура скрупулезно исследует все аспекты этого непростого дела, начиная с организационных и заканчивая медицинскими. Также хочется верить, что будет дана надлежащая оценка действиям представителей международных организаций. Рекомендации общественной организации под названием «Всемирная организация здравоохранения» по непонятным причинам стали для украинского Минздрава гораздо важнее, чем украинские законы. А «эксперты ВОЗ», не имеющие никаких законных полномочий и зачастую даже права заниматься врачебной деятельностью в Украине, пользуясь полнейшей безнаказанностью, позволяют себе вмешиваться во внутренние дела нашего государства, игнорировать этические и юридические нормы.

Вот, например, выступает «эксперт» Дина Пфайфер. Какая у нее врачебная квалификация? Не знаю, как у них в Женеве, а у нас посмертная диагностика и экспертиза историй болезни проводится патологоанатомами и судмедэкспертами. Но никак не, прости Господи, «руководителем медицинских программ штаб-квартиры ВОЗ» в ходе пресс-конференции. Рядом с ней – Екатерина Булавинова, педиатр, тоже сотрудник ВОЗ и большой адвокат КаКи. Какую ответственность за свои слова несут эти «эксперты»? Абсолютно никакой. Что мы от них слышим? Голословные заявления о результатах проведенного ими «расследования». Заученные до автоматизма уверения в полезности и безопасности КаКи. Диагнозы, основанные на домыслах, предположениях и откровенной лжи. И все это преподносится нам как истина в высшей и последней инстанции.

Зачем? Дело в том, что смерть Антона Тищенко поставила под угрозу наполеоновские планы представителей ВОЗ по дальнейшему продвижению КаКи. Так, абхазские медики, обеспокоенные событиями в Украине, еще в мае связывались со штаб-квартирой ВОЗ с просьбой прокомментировать ситуацию. И в ответ услышали мантру: «мальчик умер не от вакцины, КаКа хорошая, надо прививаться». Аналогичную дезу получили от ВОЗ и белорусские медики. Как видите, геббельсовщина, которую мы слышим на пресс-конференциях в Киеве, нацелена не только против украинцев. Буквально только что от нее пострадали грузинские дети, госпитализированные после вакцинации КаКой с симптомами, аналогичными тем, с которыми весной этого года привозили в реанимацию подростков из Краматорска. Кто уверял грузинских врачей, что КаКа безвредна и безопасна, что ее можно применять без регистрации? Все те же «эксперты ВОЗ», которые и на этот раз не понесут никакой ответственности за свое вранье.

Цель у них одна – выгородить сообщников и любой ценой заставить людей пройти вакцинацию КаКой. «Кому и зачем это нужно?» – спросите Вы. Увы, я пытаюсь найти ответ на этот вопрос вот уже почти полгода.

Сергей Дибров. 10 декабря 2008.

В четверг, 18 декабря, в 22:30 «Интер» покажет документальный фильм собственного производства «Вакцины. Бизнес на страхе», раскрывающий страшную правду о деятельности глобальных медицинских корпораций – производителей вакцин. Толчком к расследованию послужила смерть 17-летнего Антона Тищенко из Краматорска Донецкой области: школьник умер после прививки от кори и краснухи в мае этого года. Автор фильма Алексей Бобровников и режиссер Богдан Коровченко (студия «07 Продакшн») отправились в Индию, чтобы проследить путь злополучной вакцины и установить, могла ли она стать причиной смерти. Что может случиться, если 8 миллионов людей не получат прививки от болезней, которые не считаются смертельными? Глобальная эпидемия? Непредвиденные летальные случаи? Что может случиться, если 8 миллионов людей получат прививки? Чтобы узнать это, нужно ответить на один вопрос: от чего умер школьник из Краматорска? В течение нескольких месяцев врачи не могли поставить юноше окончательный диагноз. Любопытно, что все

это время МОЗ Украины упорно игнорировал возможную связь между прививкой и смертью. А между тем, то, что написано в медицинской карточке Антона Тищенко, совпадает с возможными поствакцинальными реакциями на препарат! Но об этом не принято говорить.

По международным правилам, для того, чтобы избежать угрозы эпидемии, должно быть привито не менее 95 % населения. В Украине вакцину против кори получили свыше 98 %! Причем – двойную дозу, которой вполне достаточно для иммунитета против этой болезни. Но ВОЗ почему-то утверждает, что Украина представляет опасность для всей Европы, и требует еще одной, третьей по счету, прививки индийским препаратом. Зачем?

Одно из возможных объяснений поражает своей циничностью. Индустрия вакцин приносит миллиардные доходы – стоимость одной ампулы составляет от 1 доллара до 80 евро. Например, 8 миллионов доз индийского препарата – это 8 миллионов долларов, на которые увеличится состояние собственника компании Serum institute of India, производящей данную вакцину. И – 8 миллионов жизней в центре глобального медицинского эксперимента. Создатели документальной ленты «Вакцины. Бизнес на страхе» провели собственное расследование того, как функционирует бизнес на прививках, и готовы поделиться результатами. В частности, они напрямую пообщались с «королем вакцин» - собственником индийской компании Serum institute, который является одним из самых влиятельных мировых фармацевтических магнатов и входит в рейтинг богатейших людей планеты. Более подробно – в интервью автора фильма «Вакцины. Бизнес на страхе» Алексея Бобровникова.

- Алексей, вам удалось выйти на человека – собственника компании, производящей сомнительную вакцину. Как вас восприняли, готовы были пойти навстречу и пообщаться? Что интересного вам удалось узнать?

- Человека, который является единоличным собственником компании Serum institute of India, зовут Сайрус Пунавала. Он – одно из самых влиятельных лиц в мировом фармацевтическом бизнесе и владеет состоянием в три миллиарда долларов. Журнал «Форбс» пишет, что добиться с ним интервью практически нереально, но нам это удалось. Дело в том, что они очень заинтересованы выйти на европейский рынок вакцин, и Украина – важный стратегический бизнес-объект в этом направлении, так сказать, билет в Европу. Мы позвонили, объяснили, что из-за прививки препаратом, который производит их компания, умер ребенок, мы проводим расследование и от того, согласятся они с нами сотрудничать или нет, зависит их репутация в странах Европы. Господин Пунавала согласился ответить на интересующие нас вопросы, и вот здесь произошло самое интересное. Очевидно, сам того не ведая, он раскрыл невероятные подробности производства вакцин, их состава и требований касательно безопасности.

- Какие, например?
- Среди прочего он рассказал, на базе какого штамма вируса создана эта вакцина. Из других источников мы узнали, что именно этот тип вируса является экспериментальным и уже приводил к детским смертям в странах третьего мира – в частности, в Сенегале и Гвинея-Бисау.

- А как вам удалось получить, а главное, - доставить в Украину образец вакцины?
- Ничего сложно не было – взяли ящик с ампулами и поехали. Нас никто не остановил – ни один таможенник ни на одной из границ, которые мы пересекли. На ящике огромными красными буквами было написано: «Медикаменты, которые спасают жизнь». Это действовало как пропуск. Огромное спасибо таможенным офицерам – они отнеслись к нам как к сотрудникам «Красного креста». Но лояльность закончилась, как только мы обратились в Украине к лабораториям, сертифицированным Всемирной организацией здравоохранения. Нас официально (можете почитать на сайте МОЗ Украины) обвинили ... в биологическом терроризме! И всего лишь потому, что мы завезли в страну 10 ампул препарата без разрешения Министерства здравоохранения. Но за несколько месяцев до нас так же – без разрешений и регистраций – в Украину завезли 8 миллионов доз этого же препарата! Разве не это – биологический терроризм?

- Что произошло в лаборатории?
- Мы пришли в лабораторию иммунобиологических препаратов (это киевская инстанция, подконтрольная Министерству здравоохранения), попросили сделать анализ этой загадочной вакцины. И здесь натолкнулись на физическое сопротивление! Я сам очень долго не мог понять, что стало причиной инцидента. На первый взгляд – идиотская ситуация: мы принесли вакцину, нас попросили подписать документ о ее передаче, и тут же у нас отказываются взять собственно предмет исследования, а документ о передаче пытаются вырвать у меня из рук! Что дает им клочок бумаги с нашими подписями? Разве что наше официальное подтверждение, что мы привезли препарат в Украину без специальных разрешений, но это же медицинская лаборатория, а не прокуратура. Но, взглянув на ситуацию с другой стороны, я понял, что они не хотели отдавать бумагу потому, что там стояли их фамилии. В тот же день мы узнали, что представители этой лаборатории раньше посещали индийский завод по производству вакцин и до сих пор поддерживают с людьми господина Пунавалы дружественные отношения. И именно в этой инстанции продукция индийской компании была признана абсолютно безопасной. С юридической точки зрения их отношения с производителем – еще не доказательство их причастности, но, согласитесь, факт очень красноречивый.

- С кем еще вы встречались в рамках вашего расследования?
- С экспертами, докторами и учеными из Британии и Германии, пострадавшими, а также представителями главного конкурента Serum institute – международной корпорации GlaxoSmithKline. Самое драматичное то, что в этом бизнесе нет плохих или хороших - любой производитель вакцин действует по похожей схеме. В России мы сделали эпизод, который доказывает, что проблема не только в индийских препаратах. Бизнес на вакцинах построенный на замалчивании, круговой поруке, тотальной коррупции, в конце концов - на страхе. Задействованы все – фармкорпорации, ВОЗ, правительства стран, которые играют в страшную игру по собственным правилам. Мы так и назвали фильм – «Вакцины. Бизнес на страхе». Между тем, тотальная вакцинация от болезней, которые не являются смертельно опасными и никогда не считались опасными в истории человечества, не приносит результатов. Многократные прививки от кори, гриппа, по мнению многих иммунологов, разрушают иммунитет, наносят ему урон и ухудшают состояние здоровья человека, при этом несут в себе определенные риски. Источник: пиар-служба Интера.

Вакцина КаКа: Принуждение к здоровью. Сергей Дибров. 31.01.2009. Со дня смерти Антона Тищенко прошло больше полугода. За это время было расследовано уголовное дело, состоялись десятки пресс-конференций, опубликованы сотни статей и заметок. Все это время тысячи врачей по всей Украине считали и пересчитывали драгоценную индийскую вакцину и ежедневно отчитывались о ее сохранности – даже в тех местах, где она не хранилась.

Размышляя над тем, что произошло в мае прошлого года, я не мог понять, почему эта вакцинальная кампания была запланирована именно таким, не побоюсь этого слова, идиотским способом. Решая чрезвычайно важную проблему ликвидации кори и краснухи, можно было поступить логично и разумно. Например, так, как подошли к данной проблеме в Беларуси. Во-первых, там иммунизировали только тех, кто не был привит ранее. Во-вторых, прививки делали исключительно в поликлиниках и медицинских учреждениях – никаких «выездных бригад» и «приспособленных помещений». В-третьих, использовали давно зарегистрированную, проверенную и привычную моновакцину против кори российского производства, что позволило избежать непредвиденных реакций и прививать даже беременных женщин.

Подобный подход является не только обоснованным, логичным и разумным, но и является единственно законным методом проведения вакцинальной кампании в Украине. По непонятной причине, в отличие от белорусских коллег, украинский Минздрав поступил совершенно по-другому. Но если за допущенные нарушения законодательства бывший главный государственный врач Украины господин Проданчук вскоре предстанет перед судом, то явное целенаправленное вредительство со стороны тех украинских и международных экспертов, которые планировали и организовывали данную кампанию, еще ждет своей оценки.

Вредительство № 1. Выбор контингента, подлежащего вакцинации. В конце 2007 года Минздрав проводил мониторинг состояния иммунитета среди жителей отдельных регионов Украины. По словам заместителя главного санитарного врача Украины Людмилы Мухарской, на тот момент около 14 % взрослых украинцев не имели иммунитета против кори. В их числе те, кто имеет постоянный отвод от прививок по медицинским показаниям, и лишь часть из этих 14 % – те, кто действительно нуждается в дополнительной иммунизации. Вот уже более двадцати лет дети в Украине (как и в большинстве стран Европы) получают две прививки от кори – в 12 месяцев и в 6 лет. По единодушному мнению специалистов, двух прививок достаточно, чтобы защититься от этого заболевания. Действующим законодательством (зарегистрированным в министерстве юстиции Календарём профилактических прививок), получение третьей дозы вакцины от кори не предусмотрено ни при каких обстоятельствах. Даже в случае эпидемии кори лица, непосредственно контактировавшие с больным, могут быть привиты дополнительно лишь при соблюдении двух условий: если они не болели корью раньше и не получили двух прививок от этой инфекции. Более того, возможность третьего введения вакцины против кори не предусмотрена даже их производителями. Это логично: при такой необоснованной манипуляции наблюдается усиленная и ускоренная ответная реакция, существенно повышается вероятность поствакцинальных осложнений, вплоть до анафилактического шока и смерти. Это – естественная реакция привитого организма на коревую вакцину. Что касается краснухи, то допускается прививать взрослых девушек (старше 15 лет) только в случае, если они не были привиты ранее, причем в детородном возрасте – только по их собственному желанию. Несмотря на это, Минздрав в своем Приказе № 213 от 18 апреля 2008 года утверждает Методические указания по проведению кампании «КаКи», в котором прямо предписывает колоть всех в обязательном порядке и поголовно, невзирая на наличие ранее проведенных прививок. Помимо того, что такое предписание носит явно незаконный характер, оно ставит под реальную угрозу жизнь и здоровье миллионов украинцев, подавляющее большинство которых уже получило две прививки. Одного из них звали Антон Тищенко...

Вредительство № 2. Индийская вакцина. Serum Institute of India – одна из крупнейших фармацевтических компаний. Это предприятие выпускает самую дешевую в мире вакцину от кори. Одна её доза стоит всего 65 центов. Её с удовольствием покупают международные организации, такие как ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения) и ЮНИСЕФ (Детский фонд ООН), которые на деньги спонсоров проводят вакцинальные кампании в беднейших государствах мира. В инструкции к ней прямо сказано: «для активной иммунизации против кори и краснухи младенцев, детей, подростков и молодежи (18-21), относящихся к группе риска». Serum Institute of India не конкурирует с ведущими мировыми производителями. Европейским и американским компаниям не интересен рынок сбыта в беднейших странах Африки и Юго-Восточной Азии. Однако хозяин индийской компании, господин Сайрус Пунавала, не скрывает, что хотел бы выйти со своей продукцией на богатые рынки Европы и Америки и на равных конкурировать с фармацевтическими гигантами. В индийской вакцине содержится не такой штамм вируса кори, как в других препаратах. Но, в общем и целом, как подтвердила проведенная во Франции экспертиза, по качеству изготовления она не так и плоха. Как и в любых других вакцинах, в «КаКе» содержатся ослабленные возбудители, в том числе выращенные на диплоидных клетках человека, адьюванты, стабилизаторы или антибиотики. Но все эти соображения не отменяют самого главного: индийская вакцина, предназначенная для малолетних неиммунизированных детей из стран Азии и Африки, никогда ранее в таких масштабах не применялась для массовых прививок взрослым европейцам, ранее получившим две прививки, 86% из которых имеют устойчивый иммунитет против кори. Действующее законодательство Украины (а именно – Закон Украины «О защите населения от инфекционных болезней» и Календарь профилактических прививок) прямо предусматривает, что профилактические прививки можно проводить исключительно зарегистрированными в Украине препаратами. Никакие «рекомендации» и «преквалификации» ВОЗ не могут быть оправданием для массового незаконного применения на гражданах Украины неисследованной и непроверенной вакцины.

Вредительство № 3. Порядок проведения кампании. Безобидная, на первый взгляд, прививка – это серьезное медицинское вмешательство в организм человека. Для того, чтобы она была безопасной, проводить её можно только после тщательного изучения состояния здоровья и особенностей организма каждого конкретного пациента. Приказ Минздрава №156-адм регламентирует порядок медицинского обследования перед прививкой от кори и краснухи. Здесь и флюорограмма, и кардиограмма, и анализ крови, и осмотр терапевта, и даже гинекологическое обследование. Кстати, п. 1.2.1 этого странного «административного» приказа предписывает строго соблюдать Приказ № 48 от 03.02.2006 – тот самый Календарь прививок, который категорически не допускает подобные безобразия... В соседней Беларуси, которая так же, как и Украина, решает проблему полной элиминации кори, к дополнительной вакцинации подошли со всей ответственностью. За четыре месяца, с июня по сентябрь 2008 года, в Минске в ходе кампании было привито 4 тысячи, а всего в течение полугода здесь планировали охватить прививками 11 тысяч человек. То есть ежедневно в огромном городе прививалось 50-100 человек,

безо всякого ажиотажа и беззакония. В Украине все, что касается «КаКи», делается через соответствующее место. Так, по указаниям украинского Минздрава, в Киеве за две недели кампании должны быть вакцинированы более двухсот тысяч юношей и девушек, то есть по 15 тысяч человек в день. По сути, перед нашим здравоохранением ставится неподъемная задача: за две недели провести обследование восьми миллионов человек по всей стране, убедиться в том, что состояние здоровья позволяет ввести вакцину, и сделать прививку. Для достижения такой цели мобилизуют практически всех, кто умеет держать в руках шприц. По приказу № 213 создаются «специальные пункты прививок», в которых выездные бригады в составе медсестры и врача (либо фельдшера) будут делать 100-150 прививок ежедневно. И дело даже не в том, что такое требование является незаконным. Зарегистрированный в Минюсте Календарь прививок прямо говорит, что прививки можно проводить в специальных кабинетах медицинских учреждений или в медпунктах школ и предприятий. Ни о каких «специально приспособленных помещениях», в которых собираются колоть «КаКу» по приказу № 213, речи нет и быть не может. Если отвлечься от традиционной незаконности всего, что связано с «КаКой», меня интересуют ответы на несколько простых вопросов. Например, каким образом Минздрав предполагает обеспечить безопасное применение непроверенной вакцины в таких условиях? Каким образом фельдшер, в течение десяти дней находящийся в приспособленном помещении и делающий 150 прививок в день, даже теоретически сможет за три минуты провести квалифицированное обследование, которое гарантировало бы отсутствие реакций и осложнений? Еще один вопрос: к чему такая спешка? Почему кампанию обязательно надо проводить в столь сжатые сроки? Людмила Мухарская отвечает: «Вакцинация эффективна, когда все население получает прививку в сжатые сроки». Извините, прививка от кори создает иммунитет, который держится на протяжении как минимум нескольких лет. Вот наши северные соседи безо всякой спешки прививали 11 тысяч минчан целых шесть месяцев. Это позволило не только обойтись проверенной вакциной, не только тщательно обследовать каждого прививаемого, но и полностью охватить весь подлежащий вакцинации контингент. А именно – спокойно привить тех, кто в период кампании мог заболеть, находиться в отпуске, в командировке или в роддоме.

По мере того, как я анализирую обстоятельства внеплановой вакцинации, открывается все более ужасающая картина. На всех этапах планирования кампании неизменно принимались такие решения, которые заведомо приведут к увеличению вероятности и численности поствакцинальных реакций и осложнений. При этом люди, принимавшие такие решения, плевали на закон и нормативные документы, на мнение ведущих ученых, на элементарный здравый смысл и логику. Чего они добивались? Напомню, по первоначальному плану кампания «КаКи» должна была начаться 26 мая 2008 года. На селекторном совещании 5 мая министр Князевич лично дал отмашку на досрочный старт вакцинации. За десять дней было привито сто тысяч человек. Результат шокирующий: только в Донецкой области было госпитализировано более двухсот детей, один из которых домой так и не вернулся. Несмотря на настойчивые требования ныне подследственного, а тогда – главного государственного санитарного врача Проданчука, дополнительной вакцинацией заинтересовались правоохранительные органы, что позволило остановить надвигающийся кошмар. Ведь, начиная с 26 мая, предполагалось ежедневно вакцинировать не менее 500 тысяч человек. Если бы это случилось, уже на третий день кампании больницы были бы переполнены детьми с поствакцинальными реакциями и осложнениями. Количество умерших, по всей видимости, исчислялось бы десятками, если не сотнями. Система здравоохранения оказалась бы парализованной, в стране начался бы хаос. Весьма вероятно, что родители пострадавших детей линчевали бы ни в чем не повинных стрелочников-вакцинаторов. По системе иммунопрофилактики был бы нанесен мощнейший удар, после которого, по всей видимости, от авторитета официальной медицины не осталось бы камня на камне, а государственная программа плановой иммунопрофилактики была бы похоронена навсегда. О последствиях для здоровья тех, кто успел бы получить свою дозу «гуманитарной» вакцины, нам остается только догадываться: от ответственности за их здоровье эксперты ВОЗ откристились уже давно.

К счастью, этот Армагеддон удалось предотвратить. Однако ни Министерство здравоохранения, ни Всемирная организация здравоохранения не унимаются. «КаКа», которая бережно, словно бомба замедленного действия, хранится в холодильниках во всех медицинских учреждениях страны, все еще ждет своего часа. Начиная с декабря, в недрах Минздрава начались странные движения, которые недвусмысленно свидетельствуют о намерении возобновить вакцинацию. Так, в соответствии с изданным недавно приказом №18-адм, во вторник, 3 февраля, в Киеве, на ул. Дорогожицкой, 9, состоится научно-практическая конференция на тему: «Актуальные вопросы, касающиеся проведения дополнительной иммунизации против кори и краснухи в Украине». В числе выступающих – все знакомые лица. Сначала выступит Дина Пфайфер, прославившаяся своими скандальными заявлениями от имени ВОЗ на пресс-конференциях. Затем микрофон будет передан директору Центра иммунобиологических препаратов Анне Моисеевой, которая так эротично ощупывала брючные карманы журналиста Алексея Бобровникова в нашумевшем расследовании телеканала «Интер». Во вторник она осветит отдельные вопросы, касающиеся применения вакцины производства компании Сайруса Пунавальи, который присылает ей поздравительные открытки к праздникам. Напоследок слово получит эксперт из Канады Нора Макдональд. Она ознакомит присутствующих с Информационной стратегией ВОЗ для предупреждения кризисных ситуаций при проведении иммунизации, первый пункт которой – ни в коем случае не признавать связь прививки с произошедшим ухудшением здоровья. Думаю, резолюция, утвержденная на этой конференции, будет неоднократно цитироваться и адвокатами подсудимого Проданчука, и специалистами МОЗ, и экспертами ВОЗ, которые будут разьяснять неразумным украинцам все прелести дополнительной вакцинации превосходной индийской вакциной... P.S. Обращаю внимание, что слово «вредительство» не есть квалификацией уголовно-наказуемого деяния, а является всего лишь моим личным оценочным суждением. Надеюсь, что правовую оценку этим действиям в строгом соответствии с процессуальным законодательством дадут те, кто имеет на это соответствующие полномочия.

Звернення до медичної спільноти та учасників Науково-практичної конференції «Актуальні питання проведення додаткової імунізації проти кору і краснухи в Україні». 04.02.2009.

Шановні колеги!

З метою підготовки до Науково-практичної конференції “Актуальні питання проведення додаткової імунізації проти кору і краснухи в Україні”, яка відбудеться 3 лютого 2009 року в м. Києві, інформуємо про позицію Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ) та основні заходи, проведені МОЗ і міжнародними організаціями після припинення додаткової імунізації проти кору і краснухи в травні 2008 року. Крім цього надаємо коментарі щодо основних питань, порушених медичним

співтовариством і населенням України. До проведення позапланової імунізації проти кору та краснухи державу спонукало два фактори: спалахи згаданих захворювань в 2005-2006 рр. та зобов'язання України щодо елімінації кору/краснухи. В Україні до сьогодні спостерігається високий рівень захворюваності на краснуху. Щороку реєструється понад 15 тисяч випадків. В державі не налагоджена система епіднадзора за синдромом вродженої краснухи, захворюваність на який в світі складає 0,6-2,2 випадків на 1000 живонароджених під час спалаху. У 2005-2006 роках зареєстровано близько 46 тисяч хворих на кір, що становить 83 % всіх випадків в Європі. Більшість тих, що переохворіли, знаходилися у віковій групі від 16 до 29 років. Тому МОЗ України почало роботу з підготовки додаткової імунізації. Про загрозу наступних спалахів Україну попереджали також представники ВООЗ, ЮНІСЕФ і CDC. Україна, як держава-член Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), прийняла зобов'язання по виконанню Резолюції Європейського регіонального комітету ВООЗ з елімінації кору і краснухи та профілактиці вродженої краснухи в Європейському регіоні до 2010 року. Додаткова імунізація готувалася з 2005 року зусиллями трьох урядів і її початок планувався на 26 травня 2008 року. Передбачалося охопити близько 8 мільйонів осіб у віковій групі від 16 до 29 років.

Тринадцятого травня 2008 р. через 15 годин після отримання комбінованої вакцини проти кору і краснухи в м. Краматорську Донецької області помер 17-річний підліток. Почалося вивчення ситуації експертами МОЗ і міжнародних організацій. Згодом в Україні було госпіталізовано понад 220 осіб з підозрою на поствакцинальну реакцію/ускладнення. Після ретельного аналізу даних у переважній більшості пацієнтів ці діагнози було знято, що свідчить про низьку реактогенність вакцини та недостатню обізнаність медичних працівників щодо порядку встановлення діагнозів поствакцинальних реакцій/ускладнень. Сімнадцятого травня 2008 року МОЗ призупинило додаткову імунізацію для вивчення питання. Ситуацію, що склалася, було використано антивакцинальним лобі для створення атмосфери недовіри до імунізації в суспільстві та засобах масової інформації. Спекуляції і дебати в Україні навколо концепції додаткової імунізації та вакцини проти кору і краснухи, виробництва Індійського інституту сироваток (Serum Institute of India Ltd., Індія) викликали недовіру до Національної програми імунізації, зниження рівня охоплення плановою імунізацією, що неминуче призведе до спалахів вакцинокерованих інфекцій в країні.

Разом з тим, вакцина проти кору і краснухи має прекваліфікацію ВООЗ та була надана ЮНІСЕФ (закуплена за кошти Measles initiative). Процедура прекваліфікації ВООЗ підтверджує якість, безпеку, ефективність і можливість використання вакцини в будь-якій країні світу. Після смерті підлітка повторно Центром імунобіологічних препаратів було проведено дослідження вакцини на стерильність, автентичність, специфічну активність, термостабільність, аномальну токсичність, наявність мікоплазми та механічних включень. Одночасно аналогічні дослідження були проведені в одній з провідних лабораторій Франції AFSSAPS (м. Ліон). МОЗ створило оперативний штаб по розслідуванню ситуації навколо додаткової імунізації. Провідними вітчизняними лікарями та експертами ВООЗ проведено два незалежних розслідування випадку смерті. Звіт міжнародних науковців був презентований провідним фахівцям МОЗ та АМН України. В листопаді 2008 р. у м. Донецьку проведено патологоанатомічну конференцію із залученням широкого кола спеціалістів: патанатомів, судмедекспертів, інфекціоністів, гематологів, імунологів, педіатрів та ін. Експерти та виступаючі дійшли висновку, що смерть відбулася в результаті гострої бактеріально-вірусної інфекції, інфекційно-токсичного шоку. Причинно-наслідкового зв'язку між смертю хлопчика і імунізацією проти кору та краснухи не встановлено. У зв'язку з припиненням додаткової імунізації в жовтні 2008 року міжнародні експерти провели оцінку умов зберігання вакцини. Встановлено, що вакцина і устаткування зберігаються в належних умовах на всіх рівнях, що забезпечує її якість. Висновки:

1. Соціологічним дослідженням, проведеним в Україні у 2008 році, встановлено низький рівень готовності суспільства до додаткової імунізації. Враховуючи це, досягти індикативний показник 95 % охоплення цільової групи вакцинацією проти кору та краснухи у 2009 році є неможливим;

2. В Україні залишаються сприйнятливими до кору і краснухи групи населення, що несе загрозу виникнення спалахів захворювань і ризик появи випадків вродженої краснухи. Зберігається необхідність в проведенні додаткової імунізації; (А факти такові, що в той же Франції в 1997 году было около 80.000 случаев кори, а в 2000 - еще 10.000. В той же Италии, например, во время подъема 2002-2003 годов было зафиксировано более 20.367 случаев заболевания. И при этом европейское бюро ВОЗ абсолютно не обеспокоено ситуацией в этих странах с открытыми границами, не называет их "источником заразы для всей Европы", не инициирует там никаких дополнительных кампаний "благотворительными" вакцинами. И это притом, что процент охвата населения этих стран прививками, который существенно ниже, чем в Украине, даже и не думает повышаться...)

3. Безпечність вакцини проти кору і краснухи, що застосовувалась при додатковій імунізації, доведена лабораторними дослідженнями;

4. Смерть підлітка не має причинно-наслідкового зв'язку з щепленням проти кору і краснухи;

5. Існує потреба широкої підтримки з боку медичної громадськості в формуванні у населення усвідомленого ставлення до необхідності імунізації.

Порушені у цьому зверненні питання та подальша тактика щодо елімінації кору, краснухи, попередження випадків вродженої краснухи пропонуються до розгляду на конференції.

Оргкомітет конференції

Питання та відповіді для науково-практичної конференції на тему: "Актуальні питання щодо проведення додаткової імунізації проти кору та краснухи в Україні"

1. Що таке вроджена краснушна інфекція та синдром вродженої краснухи? Через те, що в Україні не налагоджена система епіднадзора за синдромом вродженої краснухи, існує думка про відсутність цієї проблеми в країні. Частота випадків синдрому вродженої краснухи, що спостерігається під час спалаху, становить 0,6-2,2 випадки на 1000 живонароджених. Вагітна не обов'язково буде мати прояви захворювання на краснуху, це може бути звичайний контакт з хворим, який може пройти для неї непоміченим. Вірус краснухи потрапляє до плоду через плаценту з кровотоком матері. Частота інфікування плоду сягає 80 % при захворюванні вагітної жінки краснухою в перші 12 тижнів вагітності, 54 % - при захворюванні вагітної з 13 по 16 тижнів вагітності, 36 % - з 17 по 22 тижнів вагітності, 30 % - з 23 по 30 тижнів та 100% з 31 тижня і до пологів. Для вродженої краснухи характерні такі аномалії розвитку плоду, як катаракта, мікрофтальм, ретинопатія,

помутніння рогівки, вади серця, низька маса тіла при народженні. Крім зазначених синдромів можуть мати місце мікроцефалія, глаукома, розщеплення піднебіння, інтерстиціальна пневмонія, гепатит, міокардит, менінгоенцефаліт, ураження вестибулярного апарату, вади сечостатевої системи, дерматит, тромбоцитопенія, гемолітична анемія, гіпогаммаглобулінемія, дизембріогенетичні стігми (брахіцефалія, мікрогнатія, деформація вушних раковин, дисплазія кульшових суглобів, синдактилія, косопалість та інше). Запобігти вродженій краснусі можна шляхом вакцинації широких верств населення.

2. Багато батьків читали публікації про можливий зв'язок між імунізацією й аутизмом. Чи була ця теорія повністю спростована? У 1990-і роки у Великобританії висувалася гіпотеза про те, що існує зв'язок між імунізацією вакциною КПК і аутизмом. Однак, не були надані серйозні докази причинно-наслідкового зв'язку між КПК і аутизмом. Ця гіпотеза була згодом повністю спростована в численних більш пізніх дослідженнях у Великій Британії, Данії, Сполучених Штатах Америки та інших країнах.

3. Чому під час додаткової вакцинації проти кору й краснухи не враховуються дані про перенесений кір або краснуху та попереднє щеплення в анамнезі? Тільки лабораторне дослідження може дати чітке підтвердження діагнозу кору або краснухи. Більшість екзантемних захворювань (парвовірусна інфекція, кір, скарлатина, алергійні реакції з висипкою тощо) мають дуже схожі клінічні прояви. Більшість встановлених діагнозів щодо захворюваності на кір та краснуху до останнього часу визначалися за клінічними проявами. Іноді в медичній документації зазначається, що людина перенесла кір або краснуху декілька разів за життя. Останній спалах захворюваності на кір в 2005-2006 рр. свідчить, що хворіли ті особи, у яких в медичній документації зазначено, що вони перенесли цю хворобу раніше або вже були щепленими. Якщо не проведені спеціальні лабораторні дослідження, не можна із впевненістю стверджувати, що наявність кору або краснухи в анамнезі є достовірною. Разом з тим, лабораторне обстеження з використанням високо достовірних діагностичних систем практично не використовується, епідеміологічний зв'язок із лабораторно підтвердженими випадками встановлюється лише в поодиноких випадках. Під час останнього спалаху кору в 2005-2006 роках, описаного у бюлетені "Євронагляд" (<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=2918>) більше 50% хворих отримали не менше однієї дози вакцини проти кору. Що стосується вакцинації раніше щеплених осіб, то можна з впевненістю сказати - жодна вакцина не захищає на 100%. За результатами наукових досліджень у середньому в 2-5% вакцинованих після введення вакцини не виробляється захисний титр антитіл. При недотриманні умов „холодового ланцюга“ також знижується специфічна активність (імуногенність) вакцини, що впливає на утворення специфічних антитіл у щеплених проти цих інфекцій.

4. Чому проти краснухи прищеплюються не тільки дівчата, молоді жінки, але й юнаки, чоловіки. Дівчата та молоді жінки особливо потребують вакцинації, щоб уникнути зараження вірусом краснухи під час майбутньої вагітності з метою профілактики синдрому вродженої краснухи. Однак вакцинації проти краснухи потребують і юнаки з метою припинення циркуляції вірусу краснухи. З досвіду інших країн, у яких проти краснухи щепили тільки дівчат-підлітків і жінок (наприклад, у Бразилії й Чилі), спалахи краснухи продовжували виникати серед хлопців-підлітків і дорослих чоловіків, що підвищувало ризик зараження вірусом краснухи вагітних жінок, сприйнятливих до інфекції. Вибіркова вакцинація жінок не запобігала виникненню синдрому вродженої краснухи. Такі ж проблеми виникали і в європейських країнах, наприклад Великій Британії, при впровадженні вакцинації проти краснухи у 70-тих роках минулого століття, коли вакцинували лише жіноче населення. Для запобігання такій ситуації в Україні додаткова імунізація охоплює як чоловіче, так і жіноче населення.

5. Яку небезпеку представляє низьке охоплення імунізацією проти краснухи для вагітних жінок? Низьке охоплення імунізацією населення вікової групи 15 - 29 років у сполученні з високим охопленням імунізацією осіб молодшого віку може призвести до появи спалахів, у тому числі серед вагітних жінок і, як наслідок, синдрому вродженої краснухи в немовлят. Цей феномен вперше було детально описано у Греції (BMJ. 1999 Dec4, 319 (7223):1462-7), коли було зареєстровано близько 300 випадків синдрому вродженої краснухи.

6. Чому було прийнято рішення щодо проведення додаткової імунізації в Україні в цільовій групі 16-29 років? Нещодавно в Україні відбулися два спалахи кору, від яких постраждало, в основному, населення 15-29 років (перший спалах - в 2001-2002 рр., другий - в 2005-2006 рр.). Під час останнього спалаху захворіло більше 46 тис. осіб, переважно у віці 16-29 років, п'ять осіб померло. Крім того, більше 15000 випадків краснухи реєструється в країні щорічно. Навіть при тому, що систематичного епідеміологічного нагляду за вродженим синдромом краснухи не здійснюється, дані лабораторного аналізу підтвердили наявність випадків краснухи у вагітних жінок в Україні в 2005-2007 рр. Додаткова імунізація допоможе запобігти майбутнім спалахам кору, що мають значно тяжчий перебіг у дорослих. У 2006 році провідними експертами ВООЗ, Європейського центру по контролю за захворюваннями (ECDC) та CDC спільно з українськими фахівцями було проведено епідеміологічне розслідування, яке підтвердило, що у вікових групах від 16 до 29 років все ще зберігається достатнє число людей, сприйнятливих до кору. На підставі отриманих результатів надано пропозиції про необхідність додаткової імунізації саме цієї вікової групи населення.

7. Коли очікується наступний спалах кору в Україні, враховуючи ситуацію, що склалася на сьогоднішній день і охоплення щепленнями? Що станеться, якщо додаткова вакцинація не буде проведена? Зазвичай, епідемічний цикл для кору складає 3-5 років. Таким чином, ми припускаємо, що спалах може очікуватися у 2010- 2011 рр. ЄРБ ВООЗ визначило своєю метою елімінацію кору та краснухи й синдрому вродженої краснухи в Європейському регіоні до 2010 року. Ця мета була схвалена міністрами охорони здоров'я всіх 53 країн Європейського регіону ВООЗ, включаючи Україну. В 2005 році більше 80% всіх випадків кору в Європейському регіоні ВОЗ було зареєстровано в Україні. Без додаткової імунізації в країнах Європи ціль елімінації кору в Європі не може бути досягнута.

8. За офіційними даними близько 85% українців мають імунітет до кору. Чи не означає це, що лише 15% населення мають бути щеплені? Це означає, що в Україні залишається 15% осіб, що не мають імунітету до кору, що достатньо для появи спалахів і збереження циркуляції вірусу в популяції. Процес виявлення тих, хто не має імунітету проти кору, потребує проведення лабораторних досліджень з використанням тест-систем і лабораторій, якість яких підтверджена. Це є дуже витратним, не має економічного та наукового обґрунтування і не проводиться в жодній країні світу при організації імунізації.

9. Незважаючи на спалахи кору у Великій Британії і Швейцарії, чому їх уряди не наполягають на вакцинації своїх громадян? Це неправда. Є чіткі рекомендації від державних органів охорони здоров'я про необхідність імунізації в цих країнах, пов'язані з тим, що вакцинація кожної людини вносить внесок до формування так званого "популяційного імунітету", що дозволяє забезпечити кращу якість життя для суспільства в цілому. Починаючи із серпня 2008 року Великобританія розпочала проведення "підчищаючої" кампанії імунізації вакциною КПК, (<http://www.hpa.org.uk/hpr/archives/2008/news3208.htm#mmr>) з метою "зниження епідемії кору". Швейцарія також вжила низку заходів для збільшення охоплення щепленнями на початку 2008 року: "Швейцарський федеральний офіс суспільного здоров'я закликає невакцинованих жителів Швейцарії, народжених після 1963 року отримати дві дози вакцини КПК і рекомендує громадянам іноземних держав щепитися перед поїздкою до Швейцарії. Ця рекомендація має особливу важливість для осіб, що планують відвідати масові заходи, такі як європейський чемпіонат з футболу (EURO 2008) у червні." (наведена остання цитата абзацу, повна версія доступна за адресою: Досвід Швейцарії та Німеччини є цікавим для України, беручи до уваги заплановане на 2012 р. проведення Європейського чемпіонату з футболу. Стратегії елімінації кору й краснухи можуть незначно відрізнятись від країни до країни й залежать від різних факторів, таких як доступність ресурсів, система імунізації в країні, надійність даних епідеміологічного нагляду тощо, але альтернативи вакцинації, як методу елімінації кору та краснухи, не існує.

10. Існують припущення про те, що термоіндикатори, які використовувалися на флаконах з вакциною проти кору і краснухи, не реагують на дію екстремальних температурних змін (кип'ятіння, прасування гарячою праскою). З чим це може бути пов'язано? Індикатор на флаконі з вакциною (Vaccine Vial Monitor (далі VVM14) прикріплюється виробником до кожного флакону з вакциною. Він дозволяє медпрацівнику у будь-який час перевірити, в яких умовах знаходилась вакцина, чи не втратила вона свою активність внаслідок впливу підвищення температури, та візуально визначити факт впливу підвищення температури на кожний окремо взятий флакон з вакциною. Індикатори на флаконах з вакциною не замінюють контрольну картку індикатора та інших контролюючих засобів, які реєструють показники температури, а тільки їх доповнюють. Індикатор на флаконі з вакциною - це круглий диск всередині якого є квадрат, чутливий до дії тепла. Внутрішній квадрат має білий колір, який набуває кольору кола під дією тепла. Поки квадрат світліший за коло, - вакцина придатна для застосування. Як тільки квадрат набуває однакового кольору, або стає темнішим за коло, - вакцина стає непридатною для використання. Термоіндикатори застосовуються виключно для оцінки температурних впливів, яких зазнає вакцина протягом зберігання і транспортування. Єдиним важливим моментом для вирішення питання щодо застосування вакцини є співвідношення кольору внутрішнього квадрата та зовнішнього кола. Увага! Реакція термоіндикатора VVM14 на дію різних температур протягом певного часу (згідно рекомендацій виробника)

Категорія термоіндикатора	Кількість днів до втрати вакциною активності на 100% (зміна кольору термоіндикатора) при постійній температурі +37 С	Кількість днів до втрати вакциною активності на 100% (зміна кольору термоіндикатора) при постійній температурі +25С	Година до втрати вакциною активності на 100% (зміна кольору термоіндикатора) при постійній температурі +5С
VVM14	14	90	>3 років

Кожна інструкція виробника до вакцини, яка додається до кожної коробки з вакциною, має трактовку щодо термоіндикатора VVM та можливість застосування вакцини, згідно показників термоіндикатора VVM. Оптимальною температурою для транспортування та збереження вакцини є температура від +2 до +8 С. При даній температурі активність вакцини не змінюється до терміну придатності, вказаному на флаконі. Детальну інформацію про термоіндикатори VVM викладено в документах: *Thermostability of vaccines WHO/GPV/98.07; Specifications for vaccine vial monitors (VVM) E6/PROC/5 25 March 2002.*

11. Українські батьки іноді стикаються з необхідністю витратити сотні гривень на так звані "імунологічні дослідження". Чи є доцільними такі дослідження? Проведення так званих імунологічних досліджень, „імунограм" не проводять у жодній країні світу при проведенні як рутинної, так і додаткової імунізації. Визначення імунологічних показників є виправданим лише для окремих людей, у яких за клінічними ознаками підозрюється імунодефіцит, первинний (вроджений) або набутий, а також у осіб, що отримують імуносупресивну терапію. Майже усі вроджені імунодефіцити проявляються вже на першому році життя. Такі діти зазвичай вже відомі медичним працівникам. Потенціальний ризик при вакцинації живими вакцинами є у ВІЛ-інфікованих у стадії СНІДу.

12. Чи можемо ми вакцинувати тих, хто був вакцинований проти кору (і/або краснухи) двічі, або тих, хто має імунітет (перехворів на ці захворювання)? Щеплення раніше вакцинованих або осіб з імунітетом, набутим в результаті перенесеного захворювання, є безпечним для здоров'я. Імунний організм має клітини пам'яті, які при повторному введенні антигенів забезпечують швидку та підсилену імунну відповідь (вторинна імунна відповідь), що збільшує ступінь захисту тих, що вакцинуються, від інфекційної хвороби.

13. Тромбоцитопенія та тромбоцитопенічна пурпура - чи мають вони зв'язок з вакцинацією? Зниження рівня тромбоцитів менше $150 \times 10^9/\text{л}$ прийнято вважати тромбоцитопенією. У нормі кількість тромбоцитів перебуває в межах $150-400 \times 10^9/\text{л}$ та може коливатися під впливом фізичних навантажень, гормонального фону, у жінок - залежати від менструального циклу. У спеціально проведених дослідженнях було зафіксовано незначне зниження кількості тромбоцитів після вакцинації, що відбувалося у межах від декількох діб до кількох тижнів, минало самостійно, без терапевтичних втручань. У переважній більшості випадків таке зниження не супроводжувалося будь-якими клінічними проявами та виявлялося лише за результатами запланованих лабораторних аналізів. Повідомлялося також про виникнення ТПП після проведеної вакцинації. Частота ТПП при вакцинації проти кору складає приблизно 3-5 випадків на 100 тис. використаних доз вакцини. Повідомлення про виникнення ТПП у результаті проведеної вакцинації проти кору, яка б призвела до смерті, в медичній літературі відсутні. Існуючі дані вказують на можливість розвитку ТПП після вакцинації між 12 та 25 добою. У більшості випадків провокуючий фактор виникнення ТПП виявити не вдається. Немає біологічного механізму, яким можна пояснити, що вакцина, або механізм її введення може викликати тромбоцитопенію або тромбоцитопенічну пурпуру в проміжок часу 24 години після введення вакцини.

14. У чому полягає процедура прекваліфікації вакцини ВООЗ? Прекваліфікація вакцин - це керована ВООЗ діяльність на основі незалежної наукової оцінки якості, безпеки, ефективності й можливості застосування конкретної вакцини, яку планується поставити через ООН. Процедура, викладена в Методиці ВООЗ з принципової оцінки прийнятності вакцин для закупівлі спеціалізованими установами ООН (WHO/IVB/05.19, <http://www.who.int/immunization/documents/>). Основна увага приділяється не тим аспектам, які можуть мати значення для країни виробника, а тим, які важливі для системи поставок ООН і міжнародного використання продукту. Вакцина для профілактики кору та краснухи - жива атенуйована ліофілізована, виробництва Serum Institute of India, Ltd (Індія) має прекваліфікацію (сертифікацію) ВООЗ, що підтверджує дотримання виробником відповідних стандартів, які забезпечують виготовлення якісної продукції. ВООЗ проведено незалежний аналіз вакцини та отримано докладну інформацію про досвід застосування вакцини. ЮНІСЕФ купує тільки прекваліфіковані ВООЗ вакцини, які відповідають встановленим міжнародним стандартам.

15. Багато батьків, як на Україні, так і на Заході, висловлюють занепокоєння щодо наявності ртуті у вакцинах та її можливого шкідливого впливу на здоров'я своїх дітей. Чи є це проблемою? Живі вакцини, включаючи вакцини проти кору й краснухи, не містять ртуті або тіомерсалу. Крім того, як зазначено у заяві Глобального консультативного комітету з безпеки вакцин: "Під час дослідження епідеміологічних доказів і фармакокінетичного профілю тіомерсалу Глобальний консультативний комітет з безпеки вакцин зробив висновок, що на даний час немає доказів токсичного впливу ртуті на новонароджених, дітей або дорослих при застосуванні вакцин, що містять тіомерсал. Також зроблено висновок, що з точки зору безпеки немає причин вносити зміни до існуючої практики імунізації з використанням вакцин, що містять тіомерсал. Регулярно проводиться перевірка безпеки вакцин, що містять тіомерсал. Існуючі на сьогоднішній день докази гарантують той факт, що немає необхідності в зміні рекомендацій ВООЗ щодо стратегії імунізації з використанням вакцин, що містять тіомерсал". Додаткова інформація: http://www.who.int/vaccine_safety/topics/thiomersal/questions/en/

16. Фулмінантний кір та вакцинація у осіб з сильною імуносупресією. Інтервал між введенням вакцини та підвищенням температури (<12 годин), так само як і між вакцинацією та смертю (<24 години) не може бути сумісним з діагнозом фулмінантного кору, викликаного вакциною проти кору та краснухи (MR вакцина). Особливо, якщо в історії вакцинації зазначено, що раніше було зроблено 2 щеплення вакциною, яка містить коревий компонент, що дозволяє припустити, що в реципієнта вакцини вже є імунітет проти кору, що також не співвідноситься з даним діагнозом. За винятком реакцій гіперчутливості, побічні дії вакцини проти кору визначаються попередньою неімунністю вакцинованого і спостерігаються переважно на 6-12 день після щеплення, на які припадає пік реплікації живого вакцинного вірусу. У осіб з сильною імуносупресією спостерігалось декілька випадків прогресивної реплікації вірусу коревої вакцини, яка призвела до тяжких ускладнень, включаючи смерть. В одному опублікованому випадку у ВІЛ-інфікованого чоловіка 20-ти років інтервал між вакцинацією та пневмонією з летальним наслідком був 9 місяців, і 3 місяці у випадку 18-ти місячного малюка з енцефалітом. Якщо у реципієнта немає ознак, що він має тяжку імунну недостатність та інтервал між щепленням і смертю є занадто коротким, щоб призвести до вірусної реплікації, діагноз фулмінантного кору, викликаний вакцинацією проти кору та краснухи, може бути відхилений. Атипічний випадок кору трапився з деякими реципієнтами вбитої вакцини проти кору, яка була доступна лише в 1963-1967 роках. Атипічний кір проявлявся раптовим підвищенням температури, головним болем, сухим кашлем, міалгією, брюшним болем та часто плевритними болями у грудній клітці. Інкубаційний період був подібним до типового кору, 7-14 днів, висипи на ранній стадії були еритематозними, однак швидко набували петехіального або пурпурного характеру.

Что касается вывода о необходимости проведения дополнительной иммунизации, так и просится определение классика сатиры «фраза бессмысленная до гениальности». Безусловно, в любом человеческом обществе можно выделить группы (социальные, профессиональные, возрастные) с высокой восприимчивостью к любым негативным факторам, в частности к инфекционным заболеваниям, в том числе к кори и краснухе. Вот только, какие именно это группы в Украине? Какова их численность, степень риска заболевания, значение в последующем распространении инфекций? Ответы на эти вопросы остаются вне досягаемости авторов обращения. Если в отношении предыдущего «вывода» справедливо предположить, что авторы текста не знакомы с элементарными эпидемиологическими понятиями, доступными студенту 5 курса медицинского вуза, то вывод о безопасности вакцины своей безапелляционностью сметает остатки сомнений о наличии у членов оргкомитета даже базового медицинского образования. Еще на 1 курсе ВУЗа будущие медики знакомятся с устоявшимися латинскими словосочетаниями «*in vitro*» и «*in vivo*». После этого они уже имеют понятие о том, что те либо иные результаты лабораторных экспериментов не всегда позволяют спрогнозировать комплекс реакций конкретного живого организма на тот либо другой препарат, не говоря уже о последствиях его применения в абсолютно новой разнородной популяции. А вот заключение об отсутствии причинно-следственной связи между смертью подростка и вакцинацией «КаКой» примечательно тем, что является единственным из выводов, имеющим попытку его обоснования во вступительной части. При этом данное заключение является не выводом комплексной судебно-медицинской экспертизы, а результатом обсуждения на патолого-анатомической конференции – своего рода консенсусом ведущих специалистов различных специальностей. Безусловно, это является крупной вехой в практике посмертной верификации диагнозов.

...Нет никаких подтверждений того, что смерть 11-классника Антона Тищенко из Краматорска (Донецкая обл.) связана с вакцинацией против кори и краснухи. Об этом сегодня на пресс-конференции заявил директор Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) Марк Данзон, передает корреспондент РБК-Украина. Он отметил, что вакцина, которая была использована во время массовой прививки, является безопасной. Со своей стороны, заместитель министра здравоохранения Украины Валерий Бедный отметил, что до этого времени неизвестна причина смерти юноши. По результатам исследования комиссии было определено, что причин смерти может быть несколько. В. Бедный считает, что одной из причин смерти являетсянеквалифицированная неотложная медицинская помощь.

20 мая с. г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) и Центр контроля за заболеваниями (Атланта, США) (CDC), выразили сожаление по поводу приостановки национальной кампании вакцинации против кори и краснухи. "Такое решение будет иметь долгосрочные последствия не только для кампании против кори и краснухи, но и для охватывания плановой иммунизацией, и как результат – может привести к вспышкам других инфекционных заболеваний", - сказано в сообщении... Международные партнеры призывают правительство Украины

завершить и объявить результаты расследования смерти юноши для того, чтобы возобновить доверие населения к иммунизации... Ситуация в Украине отрицательно влияет на ход иммунизации в других странах, заявила эта организация. ВОЗ высказала беспокойство по поводу распространения такого отрицательного влияния, отметив, что именно вакцинация является самым эффективным (??? Прим. автора) подходом к предотвращению инфекционных заболеваний во всем мире. Врачи просят прекратить истерику вокруг прививок... По их мнению, из-за раздражения родителей нарастает недоверие к национальной медицине. Отечественные врачи считают подобную критику необоснованной и просят не торопиться с выводами. Солидарен с коллегой и ведущий кардиохирург Илья Емец. Он отметил, что отказ населения от иммунизации весьма опасен. Ведь непривитые дети будут беззащитны перед множеством опасных болезней, от которых рискуют даже погибнуть.

Пострадавшим от вакцинации аттестаты дадут без экзаменов... (Сначала калечим, а потом даём подачки - Прим. автора)... «Возникло небольшое препятствие в воплощении в жизнь нашего решения, - заявил начальник горотдела образования Виктор Суков. - Ведь среди этих детей - десять претендентов на золотые медали, а их освобождать, по правилам, нельзя. Но Министерство образования и науки Украины с учетом ситуации пошло нам навстречу».

... Кабинет министров уволил главного государственного санитарного врача (Не министра здравоохранения Василия Князевича - прим. автора) с формулировкой... "по собственному желанию". Именно Николай Проданчук объявил о начале в Украине кампании по внеплановой вакцинации против кори и краснухи. НТН 10:14.

Екс-головного санітарного лікаря України затримали... Генеральна прокуратура України порушила кримінальну справу проти колишнього першого заступника міністра охорони здоров'я – головного санітарного лікаря України Миколи Проданчука. Як повідомили УНІАН у прес-службі Генпрокуратури, справу порушено за ознаками злочину, передбаченого ч. 3 ст. 365 Кримінального кодексу України, тобто перевищення службових повноважень при наданні дозволу на ввезення на територію України і використання без належної реєстрації і проведення клінічних досліджень та випробувань комбінованої вакцини від кору та краснухи індійського виробництва, що спричинило тяжкі наслідки.

9) Так что же представляет из себя вакцина против гепатита В? Читаем «Инструкцию по применению Вакцины против гепатита В ДНК рекомбинантной»: «Вакцина против гепатита В представляет собой препарат на основе поверхностного антигена вируса гепатита В, полученного методом рекомбинации ДНК на культуре дрожжей, трансформированных путем включения в их геном гена, кодирующего поверхностный антиген вируса гепатита В. Один миллилитр препарата содержит... 0,5 мг гидроксида и 50 мкг мертиолята (консервант)». (выделено мной – Д. М.). Если перевести все это с медицинского языка на русский, то получится, что вакцина – продукт генной инженерии. Если вспомнить уроки неорганической химии, то станет ясно, что гидроксид – соль металла, в данном случае – алюминия (это слово в инструкции пропустили). Мертиолят, для тех, кто не знает – это соединение ртути, клеточный яд, пестицид.

«Самая безобидная прививка», – напутствовала меня участковый педиатр, провожая в процедурный кабинет. Безобидная? Но почему тогда в Америке проводится симпозиум по теме «Неонатальная смерть и прививка против гепатита В»? Да потому что новорожденные после этой прививки умирают. В США (я ссылаюсь на эту страну, потому что у нас статистика осложнений после прививок отсутствует) есть Система сообщений о побочных эффектах прививок. В ее базе данных есть сообщения, что за восемь лет от этой прививки погибло 148 детей. Учтите, что в эту систему поступает всего 10% информации. Так что прибавьте нолик. Что ждет тех, кто выжил? Самые несчастливых – поражения нервной системы. Во Франции 15 тысяч человек с подобными последствиями подали в суд – и прививку перестали навязывать. Или аутоиммунные болезни. Страшная вещь – организм собственные клетки принимает за «чужаков» и начинает их уничтожать. Фактически, уничтожает сам себя. Или инсулинозависимый сахарный диабет – в Новой Зеландии он вырос на 60% после того, как вакцина попала в национальный календарь прививок. Что же, может быть, гепатит В – такое ужасное заболевание, что можно пренебречь этими последствиями? Вирус передается чаще всего с кровью, реже – с другими жидкостями организма. Так что ваш новорожденный рискует заразиться гепатитом В, если он является наркоманом или занимается проституцией. Да, еще его могут заразить медицинские работники – через инъекцию. По-настоящему младенец рискует, если его мать заражена этой инфекцией. Поэтому в санитарно-эпидемиологических правилах, утвержденных главным государственным санитарным врачом РФ Г. Г. Онищенко 1 июля 2000 года, которые называются «Профилактика вирусных гепатитов», читаем: «8. Вакцинопрофилактика гепатита В 8.2 Вакцинации проводят с согласия граждан, родителей... следующим контингентом: 8.2.1. Детям первого года жизни. В первую очередь новорожденным, родившимся у матерей-носителей вируса или больных ГВ в 3 триместре беременности». Если следовать логике этих правил, то у нас все женщины, рожаящие в роддомах, являются носителями. Но я точно знаю, что у меня гепатита В не было – за что моему ребенку влили в кровь ртуть? И кто за это ответит, кроме меня самой? Может, вы думаете, что прививка уберезет вашего ребенка от болезни во взрослом возрасте, когда он действительно сможет заняться наркоманией и проституцией? Отнюдь. Раньше производители писали, что иммунитет после этой вакцины сохраняется 10 лет. Теперь пишут – 7 лет. А в санбюллетене в нашей поликлинике написано: «возможно, всю жизнь». 10 марта в Самаре проходила конференция фтизиатров (специалистов по туберкулезу). На ней было объявлено, что вакцину против гепатита В запретили применять вместе с БЦЖ – этот «букет» считают виноватым в росте костного туберкулеза, причем у детей до года, у которых этот вид туберкулеза раньше вообще не встречался. Сравните с фразой из Правил, которые уже цитировались выше: «8.1 Вакцину против гепатита В можно сочетать со всеми вакцинами Национального календаря прививок». Правда, цена за эту отмену может быть немалой: собираются отменить те немногие противопоказания к гепатитной вакцине, которые сейчас есть. Материалы взяты из книг А. Котока «Беспощадная иммунизация» и Г. Червонской «Прививки: мифы и реальность».

У 33-летнего Александра Кулика своя история. Пять лет назад он чуть с ума не сошел, когда у его 11-месячной дочери Дарьи неделю подряд температура поднималась до 40 градусов. Тогда врачи разводили руками. Прояснил ситуацию специалист из Охматдета. Проанализировав развернутый анализ крови малышки, он заключил, что это, вероятнее всего, реакция на прививку от гепатита В, сделанную накануне осложнения и на усиленно навязываемую сейчас.

Осложнения на вакцину против гепатита В.

- частые реакции: боль и воспалительные процессы в месте введения препарата;

- редкие: чувство усталости, жар, недомогание, простудоподобные симптомы;
- поражение центральной и периферической нервной систем;
- желудочно-кишечного тракта: рвота, диарея, боли в абдоминальной области; аномальные печеночные функциональные тесты;
- костно-мышечная система - артралгия, миалгия;
- крайне редкие: анафилаксия, сывороточная болезнь, сердечно-сосудистая система - синкопа, гипотония;
- осложнения на центральную и периферическую нервную систему - паралич, невропатии, неврит, включая синдром Гийена - Барре, ретроульбарный неврит, рассеянный склероз, энцефалит, энцефалопатии, менингит;
- дыхательная система - бронхоспастические симптомы; отеки, множественная эритема, васкулит, лимфопатия...

Сведения об осложнениях на вакцину против гепатита В взяты из проспекта по применению Энджерикс - рекомбинантная вакцина против гепатита В. Проспект свободно распространялся представителями фирмы Смит Кляйн Бичем на конгрессах Человек и лекарство.

В России отменяют обязательную вакцинацию новорожденных от гепатита В.

Прививка от гепатита В, которую новорожденным делают в роддомах, перестанет быть обязательной. По инициативе Минздравсоцразвития, от гепатита В будут прививать только тех малышей, чьи матери находятся в «группе риска», сообщает ИТАР-ТАСС. "Теперь мы вернемся к ранее использовавшейся модели иммунизации против гепатита В, когда малыш еще не получал такую прививку сразу в роддоме", - сообщила руководитель Департамента медико-социальных проблем семьи, материнства и детства министерства Ольга Шарапова на открывшемся в понедельник Конгрессе Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины. Она отметила, что исследования не подтвердили целесообразность массовой вакцинации новорожденных против гепатита В. Таким образом, прививки будут делать только тем детям, чьи родители могут являться носителями вируса. Предполагаемые затраты на проведение профилактических прививок детям в этом году составят 6 млрд. 100 млн. рублей, сообщила Шарапова. Такую же сумму на эти цели планируется выделить из федерального бюджета и в 2008 году, добавила она. Опубликовано 02-10-2007.

В: Шум вокруг прививки против гепатита В может сослужить хорошую службу. О: Да, я тоже так думаю. Заявить, что младенцев надо прививать, и тут же, не переводя дыхания, сказать, что гепатитом В заражаются в результате половых контактов и совместного использования одних игл - верх нелепости. Медицинские власти пытаются оправдаться тем, что ежегодно 20 000 детей в США заражаются гепатитом В "по невыясненным причинам", а потому каждого ребёнка надо привить. Я ставлю под сомнение эту цифру и исследования, её обосновывающие.

Некоторые данные о гепатитах из книги Котока. Гепатит А – довольно легкая болезнь, по обыкновению детская. В подавляющем большинстве случаев, особенно у детей младшего возраста, болезнь протекает незаметно или не распознается. Осложнений практически не бывает, хронического носителя вируса гепатита А не существует. Заболевание дает стойкий, как правило, пожизненный иммунитет. Это типичная болезнь неудовлетворительных санитарно-эпидемических условий, "болезнь грязных рук". Никаких специальных защитных мероприятий, кроме наведения элементарного порядка в канализации и водоснабжении, а также выработки у детей привычек минимальной опрятности, не нужно. Описаны болезни, в том числе довольно тяжёлые, которые возникли вследствие прививки против гепатита А, что признает и сам производитель.

Было бы наивно считать, что такой проблемы, как гепатит В, вообще не существует. Она есть, хотя искусственно раздувается так как существуют и множатся вакцины, которые подлежат реализации. Проблема полностью решается без всяких прививок.

	1994	1995	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Гепатит В	26,8	35,4	36,6	35,7	43,3	42,5	35,3	19,8	13,1
Гепатит С	3,2	6,8	9,1	11,6	20,9	21,1	16,7	7,1	5,3

Уместно здесь напомнить, что решение о внесении вакцинации от гепатита В в календарь прививок было принято в РФ в 1997 г.; ни в 1997, ни в 1998 годах (когда имело место снижения заболеваемости гепатитом В) эта прививка в статистически значимых масштабах не делалась вообще, в 1999 г. её получили около 3% детей, а в 2000 г. - около 10%; при этом регионов с "необходимым охватом" свыше 95%, в 2000 г. (когда снова состоялось небольшое снижение после подъема в 1999 г.) в РФ не существовало вообще. Кстати, и в следующем 2001 г. таких регионов, где "привитость" от гепатита В превысила 90%, отыскалось лишь 1,2%. Понятно, что никакого ощутимого влияния прививки на показатели заболеваемости гепатитом В у детей в 2000 г. сделать не могли.

13 февраля 2001 г. состоялись парламентские слушания "О государственной политике по предупреждению распространения в Российской Федерации заболеваемости инфекционным гепатитом", результатом чего было как минимум дополнительное привлечение внимания законодателей и общественности к проблеме гепатитов и, вероятно, дополнительное финансирование борьбы с этим злом. А 27 марта состоялась коллегия Минздрава РФ по вирусным гепатитам, на которой было отмечено, что "Основной причиной резкого ухудшения эпидемической обстановки есть интенсивный рост внутривенного употребления наркотиков, потребителями которых являются подростки и лица молодого возраста. Возрастает роль полового пути распространения инфекции, так как употребление ряда распространенных в молодежной среде наркотиков стимулирует половую активность и снимает морально-этические ограничения". Все это свидетельствует о том, что заболеваемость вирусными гепатитами В и С трансформировалась из медицинской проблемы в социальную.

Гепатит В, так же, как и гепатит С, - болезнь специфических групп риска - наркоманов, которые используют общие шприцы, проституток, гомосексуалистов и пациентов, которые получают в процессе лечения переливания крови или ее продуктов, в меньшей степени - болезнь разборчивых в половых связях взрослых. Относительной группой является

медперсонал, который работает с кровью. Ни грудные дети, ни подростки, ни другие категории населения, которые не принадлежат к перечисленным группам риска, не имеют серьезного шанса заболеть гепатитом В.

Прививка от гепатита В имеет огромное количество известных и описанных в литературе побочных эффектов, среди которых тяжелейшие - болезни нервной системы, которая ставит под сомнение необходимость её применения даже у тех, кто действительно рискует заболеть, не говоря уже о тех, для кого этот риск минимальный или отсутствует вообще. Вопрос о том, следует ли делать прививку грудным детям матерей-носителей вируса гепатита В, должен решаться после тщательных лабораторных анализов (определение титра антител и концентрации вирусной ДНК у беременной) и учета всех других факторов, которые могут способствовать инфицированию грудного ребенка.

Червонская об испытаниях вакцин. Как все новое, тем более генно-инженерное лекарственное средство, предназначенное для парентерального введения (у нас опять-таки массово и через три часа после рождения ребенка!), эта вакцина требует проведения продолжительных наблюдений — то есть, речь идет о тех же «широкомасштабных испытаниях... на детях». Из этих публикаций следует: «Наблюдения становятся более точными и ценными, если они проводятся в период массовых кампаний иммунизации. В таких кампаниях в течение короткого времени прививается большое количество детей. Появление в этот период группы определенных патологических синдромов свидетельствует, как правило, об их причинной связи с вакцинацией». Кроме вакцины "Энджерикс против гепатита В", «такой же безопасной и эффективной» заявлена противогепатитная южнокорейская, активно навязываемая нашей стране все той же французской фирмой и закупленная для осуществления массовых прививок москвичей, поскольку "она значительно дешевле Энджерикс... сэкономили, затраты уменьшились в два раза", - сообщает председатель Комитета здравоохранения г. Москвы Л. П. Сельцовский по телевидению (ТВЦ, 24 мая 2000 г.).

10) ВПЧ. Вакцина против рака шейки матки – очередной удар по генофонду Украины!

На пресс-конференции Лиги Защиты Гражданских Прав 5 декабря 2008 года, посвященной проблемам СПИДа, журналистам была роздана следующая важная информация о вакцине против рака шейки матки. Рак шейки матки - второе по распространенности онкозаболевание женщин после рака молочной железы. Он также является состоянием, часто выявляемым при СПИДе. В Украине лицензирована [вакцина ЦЕРВАРИКС](#) - для профилактики заболеваний, вызванных вирусом папилломы человека 16 и 18 типов, компании ГлаксоСмитКляйн. Применение препарата активно рекламируется на уровне МОЗ, акушеров-гинекологов и онкогинекологов самого высокого ранга. Несмотря на то, что декларируется практически 100%-ная защита от онкозаболевания и ставится вопрос о необходимости поголовной вакцинации препаратом девочек до 12 лет, считаем необходимым донести до широкой общественности следующее.

Данная вакцина является рекомбинантной, т.е. генетически модифицированным объектом (ГМО) - содержит белки бакуловируса, размноженного в клетках насекомых. Такое происхождение вакцины (чужеродного белка) может нанести непоправимый ущерб женскому здоровью вплоть до тератогенных и онкогенетических процессов, масштабы которых определить невозможно. Согласно украинскому законодательству, использование ГМО в продуктах детского питания запрещено. Данный же препарат предназначен для парентерального (в кровяное русло) введения трижды!

Известно 15-30 типов вирусов папилломы человека (ВПЧ), которые обнаруживаются при дисплазиях и раке шейки матки. Данная вакцина содержит белки лишь 16 и 18-го типов, не вызывая выработки антител против остальных. См. аннотацию к препарату: "адекватный иммунный ответ м.б. не получен. Инфицирование другими типами ВПЧ не всегда м.б. предотвращено с помощью ЦЕРВАРИКС" - http://www.vidal.kz/poisk_preparatov/doc_10830.htm.

В качестве адьюванта (вещество, повышающее иммунный ответ) используется гидроксид алюминия - может вызывать аллергические, системные реакции в виде тяжелых заболеваний опорно-двигательного аппарата.

Согласно аннотации к ЦЕРВАРИКС, клинические исследования проводились в странах Центральной и Южной Америки, Азии и Африки, но не в развитых странах Европы и США. Следовательно, распространенность заболевания и результаты испытаний могут отличаться от таковых в нашем регионе.

Побочные реакции и осложнения:

- 1) очень часто, т.е. 1:10, встречаются головная боль, чувство усталости, головокружение, боль в месте инъекции, припухлость, снижение чувствительности, миалгия (боль в мышцах);
- 2) часто, т.е. 1:100, тошнота, рвота, диарея, боли в животе, аллергические реакции (зуд, сыпь, крапивница, артралгия, лихорадка, повышение температуры тела);
- 3) редко отмечался анафилактический шок;
- 4) указывается на осторожное применение препарата при тромбоцитопении. Среди противопоказаний - беременность.

"Длительность защитного иммунитета не установлена. Сохранившийся защитный эффект наблюдался через 5,5 лет после введения первой дозы". Однако же такой короткий период наблюдения дает возможность нашим специалистам заявлять о стойком пожизненном иммунитете!

Известно (и это повторяют наши акушеры-гинекологи), что 70% инфекций, вызванных ВПЧ, наблюдается у многих сексуально активных женщин, кратковременны и не вызывают рак шейки матки, т.е. происходит спонтанное самостоятельное выздоровление - <http://www.fda.gov/bbs/topics/NEWS/2003/NEW00890.html>. Лишь в 30% имеется персистенция (длительное нахождение) вируса, что и является угрожающим фактором для дисплазий и развития рака - <http://www.fda.gov/bbs/topics/NEWS/2003/NEW00890.html>, <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/prevention/cervical/HealthProfess...>, <http://www.podrobnosti.ua/health/2008/10/22/561970.html>.

Есть сведения об изучении влияния препарата ГАРДАСИЛ компании Мерк, аналога данной вакцины, применяемого в США. В документах Управления Контроля пищевых продуктов и лекарств США (FDA) <http://www.fda.gov/bbs/topics/NEWS/2003/NEW00890.html>, <http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/06/briefing/2006-4222B3.pdf>. Говорится о том, что вакцина, введенная молодой женщине-носителю ВПЧ в безвредном состоянии, может активировать инфекцию и привести к предраковым изменениям в 44,6% случаев! Из аннотации тоже следует, что "ЦЕРВАРИКС не предназначен для предотвращения прогрессирования заболевания, связанного с ВПЧ, имевшегося до начала вакцинации". В

Журнале Американской Медицинской ассоциации (JAMA, август 2007) сказано, что вакцина против ВПЧ часто вызывала увеличение количества вируса и высказано сомнение в ее эффективности! - <http://louisville.edu/medschool/med-peds/residents/journal-club/11-07%20...>

Итак, изучив внимательно показания к применению вакцины ЦЕРВАРИКС и данные исследований, напрашивается вывод, что единственным контингентом, которому предназначена столь "надежная" защита, являются юные девушки, не начавшие половую жизнь, ведь для остальных такая мера может быть не только неэффективной, но и небезопасной! Наши специалисты указывают возраст 12-14 лет, явно предпочитая вакцину таким мерам, как воспитание морали и разъяснению вреда ранней половой жизни. Как известно, министр здравоохранения В. Князевич уже высказывался о своем благосклонном отношении к легализации проституции. А вопросы биоэтики по отношению к юным девственницам должны массово заменить разъяснительные меры о пользе новой вакцины. Что ж, уже в который раз наша страна рискует быть погребенной под химикалиями, пока в ней царят алчность фармдельцов и продажность доморощенных "специалистов"!

11) Роспотребнадзор предупреждает о небезопасности российской вакцины против гриппа "Грифор" для здоровья граждан. Как указывается в размещенном на сайте ведомства информационном письме Геннадия Онищенко, данный препарат не прошел установленных процедур регистрации и оценки безопасности. В нарушение действующих норм, отмечается в документе, вакцина "Грифор" не прошла регистрации в национальном органе контроля медицинских и биологических препаратов – ГИСКе им. Тарасевича, а программа испытаний не была утверждена главным государственным санитарным врачом РФ. В связи с этим Роспотребнадзор остановил исследования вакцины на клинических базах Москвы, Санкт-Петербурга, Белгородской и Томской областей и Пермского края. Несмотря на это в марте текущего года Росздравнадзор зарегистрировал вакцину и разрешил ее выпуск и обращение решением о государственной регистрации за подписью Е.А. Тельновой, на тот момент - временно исполняющей обязанности руководителя Росздравнадзора. Таким образом, отмечается в письме, к использованию в Российской Федерации разрешен не согласованный с Роспотребнадзором препарат, эпидемиологическая эффективность и отдаленные последствия применения которого остаются неизученными. Использование данного препарата с неизученными свойствами может привести к нарушению здоровья привитых, предупреждает Онищенко. Зарегистрированная в Регистре лекарственных средств вакцина "Грифор" производится иркутским предприятием НПО "Микроген".

Вот еще одна история. На предприятии отчитались об успешном проведении вакцинации против гриппа. Из числа вакцинированных заболело только 3%. Задумайтесь! Только-ли. Эпидемиологический порог – это 130 заболевших на 10 тысяч человек, то есть 1,3%. Эти выкладки означают, что прививка от гриппа вызвала на предприятии эпидемию гриппа. порог заболеваемости был превышен более чем на 200%.

12) АКДС-вакцина представляет собой смесь убитых формадегидом коклюшных микробов и очищенных от балластных белков дифтерийного и столбнячного анатоксинов, сорбированных на алюминия гидроксиде. В 0,5 мл препарата содержится: 10 млрд коклюшных микробных клеток, 15 флоккулирующих единиц (ЛФ) дифтерийного анатоксина и 5 антикоксинсвязывающих единиц (ЕС) столбнячного анатоксина, не более 0,55 мг алюминия гидроксида и не более 50 мкг формальдегида.

В: Эндрю Вейкфилд, английский врач, обнаруживший связь между прививкой MMR и аутизмом, был недавно уволен из лондонского госпиталя, в котором работал. О: Да. Вейкфилд оказал огромную услугу. Его данные просто ошеломляющие. Наверное, Вы знаете, что жена Тони Блэра увлекается нетрадиционной медициной. Вероятно, это и есть причина того, что их ребёнок не получил прививку MMR. Блэр недавно обошёл этот вопрос в интервью в прессе, на основании, якобы, желаний оградиться от вмешательства в его "личную и семейную жизнь". Так или иначе, но я полагаю, что его жену заставили замолчать. Я думаю, что, если бы ей дали шанс, то она бы высказались, по меньшей мере, в поддержку тех семей, которые заявили, что их детям был нанесён тяжёлый ущерб прививкой MMR.

Да вряд ли и сам ваш доктор знает, что, например, по статистике американского Национального Центра информации о вакцинах (NIVC), за 39 месяцев (с июля 1990 г. по ноябрь 1993 г.) 1 576 детей умерли от осложнений на прививки, в основном на прививку АКДС (Rochester, NY Democrat and Chronicle, 3 марта 1994 г.).

Истории из жизни. Узнала, что у двоих (*мам*) дети после прививки АКДС заболели дифтерией, но врачи конечно поставили диагноз ангины, они же не могут портить статистику. У многих развивался абсцесс, который вырезали и опять же в карточках об этом, как об осложнении на прививку, не пишут. Вот вам и статистика осложнений... У старшего сына тоже после АКДС началось нагноение, но я в то время еще многого не знала, считала, что сами намочили место прививки нечаянно, когда сын обкакался. Врачи предлагали резать, но свекровь посоветовала приложить капустный лист, смазанный медом. Это и помогло после нескольких раз. В карточке конечно, ничего не отмечено.

Девочка уже начала ходить, сделали АКДС... увезли в инфекционную больницу с судорогами... у нее и на первую была очень высокая температура и какое-то беспокойство, но участковая настояла на вторичной. Господи, что теперь будет с нашей малышкой! Курск.

Истошный пронзительный крик после АКДС или, может, АДС (нам сказали, что вводили какую-то ослабленную против дифтерии) продолжался весь вечер, ночью вызвали скорую... Врачи твердят: От вакцины такого не бывает (Волгоград).

У моего сына после АКДС поставили диагноз детский церебральный паралич. Задумайтесь.

Осложнения на АКДС:

- местные реакции: инфильтраты, абсцессы (флегмона и пр.);
- поражение центральной нервной системы: упорный пронзительный крик, энцефалитические реакции, энцефалопатии, поствакцинальные энцефалиты;
- поражение почек, суставов, сердца, желудочно-кишечного тракта;
- осложнения аллергического характера обширны: отек и гиперемия мягких тканей в месте укола; аллергические сыпи; астматический синдром, синдром крупа; геморрагический синдром; коллаптоидное состояние, анафилактический шок;
- внезапная смерть;

- обострение (или первичные проявления) хронических болезней, в том числе неинфекционной этиологии (например, диабета) или оживление латентной, скрыто протекающей инфекции, например гепатита или туберкулеза и т.д.;
Смертность детей в течение 3-х дней после прививки АКДС - в 8 раз выше, чем у детей, прививку не получивших.

Нельзя недоучитывать ещё одно обстоятельство - отрицательное влияние анатоксинов друг на друга в составе комплексных вакцин. Эта проблема стоит на повестке дня много лет, поскольку доказана антигенная конкуренция дифтерийного и столбнячного анатоксинов при совместном их введении, а также введение коклюшного анатоксина «как в одном шприце, так и в отдельных... препятствует выработке иммунитета в ходе вакцинации». В нашей стране ни на производстве вакцин, ни при их контроле, процессе прививок установленные факты даже не упоминаются.

Таблица 48. Реакции, возникающие в пределах 48 часов после введения АКДС. [48]

Реакции	Частота встречаемости
Локальные реакции	
Болезненность	1 на 2 дозы вакцины
Припухание	2 на 5 доз
Гиперемия	1 на 3 дозы
Системные реакции	
Повышение температуры выше 38°C	1 на 2 дозы
Раздражительность	1 на 2 дозы
Сонливость	1 на 3 дозы
Анорексия	1 на 5 доз
Рвота	1 на 15 доз
Безутешный крик, плач, визг (более 3-х часов)	1 на 100 доз
Лихорадка выше 40,5°C	1 на 330 доз
Коллапс	1 на 1750 доз
Судороги (афебрильные или фебрильные)	1 на 1750 доз

Возникающие реакции на введение АКДС, по мнению большинства исследователей, связаны с цельноклеточным коклюшным компонентом. Но зачастую с АКДС связывают целый ряд патологических состояний, которые ни патогенетически, ни даже во временном аспекте не могут иметь отношения к этой вакцинации.

Однозначное решение в каждом конкретном случае принимать очень сложно и в результате усилиями многих организаций и в том числе ВОЗ, было предложено разделить многие заболевания или синдромы, которые так или иначе могли бы иметь отношение к АКДС-вакцинации на 5 групп, в зависимости от вероятности связи и причинной значимости АКДС-вакцины.

Безусловно, такое разделение имеет важное значение для практического использования, т.к. позволяет дифференцированно подходить к оценке тех состояний, что могут иметь место при вакцинации.

Таблица 49. Суммированные заключения о возможной связи различных реакций на введение АКДС-вакцины [48]

Заключения о возможной причинности АКДС	Реакции (заболевания и синдромы)
1. Нет доказательств возможной причинной связи	Аутизм
2. Недостаточно доказательств для принятия или отвержения причинной связи	Асептический менингит Хронические неврологические нарушения Многоформная эритема и другие сыпи Синдром Guillain-Barre Гемолитическая анемия Ювенильный диабет Нарушение обучаемости и внимания Периферическая мононейропатия Тромбоцитопения
3. Очевидное отсутствие причинной связи	Синдром Рейя Синдром внезапной смерти Эпилептические припадки Аритмия
4. Проявления достаточные для определения причинной	Острая энцефалопатия, энцефалиты или энцефаломиелиты

связи	Коллапс
5. Доказанная причинная связь	Анафилаксия Длительный плач (крик, визг), безутешный

http://www.iacmac.ru/books/immun/imm17.shtml#p8_3

- V. Во первых, неизвестно, столкнется ли человек с болезнью; во вторых, столкнувшись, может не заболеть; в третьих, большинство людей переболевает сравнительно легко. В отношении других прививок Мельниченко более категорична. "У меня в детстве была и корь, и краснуха, и я точно знаю, что не так страшен черт, как его малюют. — уверяет противница массовой иммунизации. — Пусть ребенок, переболев, сам приобретет иммунитет; пожизненный". По ее словам, в детстве она перенесла и дифтерию, хотя была от нее четырежды привита, и теперь она против поголовных прививок в раннем возрасте. Мол. это сильный удар по иммунитету, а эффективность сомнительная. У 10% людей прививочный иммунитет вообще не формируется. Вакцина, если она все-таки оказалась эффективной, отодвигает вероятность заболеть прививаемой болезнью во взрослый возраст, когда тяжелые осложнения от вполне безопасных детских болезней намного более вероятны и опасны. Не ищите математических подвохов - с точки зрения математики все расчёты верны. Неверна в корне лишь методология. Совершенно не учитывается принципиально разный состав группы привитых и непривитых. Поскольку все вычисления проводятся постфактум, а многие прививки делаются в полуоязательном порядке, да и процент "отказников по убеждениям" пока чрезвычайно низок, львиную долю непривитых составляют непривитые по медицинским показаниям. Кто они? Недоношенные, ослабленные, астматики, аллергики и прочие "дистрофики". Надо ли объяснять, что все они изначально гораздо более подвержены любому заболеванию, и их риск заболеть многократно выше с самого начала, без всякой связи с составом и качеством вакцин? Даже если вакцину заменить на физиологический раствор, но вкалывать по принятым медицинским правилам (с противопоказаниями и медотводами), а затем провести анализ эффективности по изложенной выше методике, "эффективность" будет достаточно высокой, не сильно уступая "настоящим" вакцинам. Как же методологически правильно можно было бы измерить эффективность? Совершенно очевидно, что группа непривитых должна иметь те же исходные показатели здоровья, что и население в целом, т.е. быть случайно выбранной. Поскольку заболеваемость в развитых странах достаточно низка, то, чтобы получить статистически значимое число заболевших либо группа должна содержать десятки и сотни тысяч детей, либо заражать детей придётся искусственно. Последнее совершенно исключено по этическим и юридическим соображениям. Первое теоретически возможно, но сторонники прививок также объявляют аморальным оставлять без вакцинной защиты значительные количества детей. Впрочем, учитывая низкий уровень информированности населения, социально-этические проблемы подобных экспериментов, вероятно, действительно возникнут. Таким образом, данные развитых стран просто объективно не могут быть достоверными. Но есть страны "третьего мира", где охват ещё достаточно низок и "на всех" вакцин не хватает просто естественным образом. После этого совершенно закономерными выглядят факты, что исследования в этих странах дают чрезвычайно низкую (0-25 %) эффективность вакцин, а единственное поставленное по-научному (без кавычек) исследование в Индии под опекой США, ВОЗ и Индии дало достоверно отрицательную эффективность (привитые болели больше).
- Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует полностью изменить состав вакцин против гриппа для стран Северного полушария, в том числе России. Такое решение обусловлено несоответствием антигенного состава вакцин и вирусов, вызывающих эпидемии. При изучении эпидемической значимости различных типов вируса гриппа в 2007-2008 годах выяснилось, что существующие вакцины частично не совпадают по антигенным свойствам с вирусами гриппа типа А, и полностью – с вирусами типа В. Это значит, что иммунный ответ организма на вакцину далеко не во всех случаях поможет предотвратить заболевание. По прогнозам специалистов ВОЗ, в будущем эпидемическом сезоне будут значимы следующие подтипы вируса: А/Брисбен/Н1N1/, А/Брисбен/Н3N2/ и В/Флорида/4/2006. Следовательно, вакцины должны содержать соответствующие антигены. Опубликовано 23-06-2008.
- Существенное отличие состоит в том, что перенесение инфекционного заболевания естественным путем, которое может протекать и в скрытой (стертой) форме (дифтерия, полиомиелит, паротит и др.), обеспечивает, как правило, пожизненную невосприимчивость. Повторное заболевание отмечено всего лишь у пяти процентов. При вакцинации живыми вакцинами искусственно приобретенный иммунитет непродолжителен, что обуславливает дополнительное неоднократное повторение процедуры прививок.
- V. Большинство детских инфекционных заболеваний имеют мало серьёзных последствий в современном мире. Большинство инфекционных заболеваний не только редко бывают опасными, но они могут играть жизненно важную роль в развитии крепкой, здоровой иммунной системы. Люди, не болевшие корью, имеют более высокую заболеваемость некоторыми болезнями кожи, дегенеративными болезнями костей и хряща, некоторыми опухолями, в то время те, кто не болел свинкой, имеют более высокий риск опухолей яичников. Практически всегда детские инфекционные болезни доброкачественны и проходят сами по себе. Кроме того, они приводят к выработке пожизненного иммунитета, в то время как прививочный иммунитет лишь временный, поэтому существует ревакцинация. Этот пожизненный иммунитет передается потом от матери через плаценту к ее еще не родившемуся ребенку, прививочный иммунитет через плаценту не передается! Антитела, возникшие в результате прививки, не пересекают плацентарный барьер и не иммунизируют младенцев, а потому последние, в возрасте до года, более подвержены болезням. Ребенку, уже переболевшему какой-либо детской инфекционной болезнью, т.е. у него имеется стойкий пожизненный иммунитет, нельзя ставить прививку от этой болезни, т.к. вакцина в этом случае «убивает» пожизненный иммунитет, заменяя его своим ненадежным и кратковременным. И впоследствии он не передается от матери к ребенку! Есть ещё данне - привитый ребёнок болеет этой привитой болезнью легко, в скрытой форме, когда врачи долго не могут поставить диагноз, т.к. симптомы сильно сглажены, в итоге если не успеют выявить причину болезни ребёнок погибает. Не привитый более тяжело, но!...врачи сразу видят, что за болезнь и лечить начинают сразу же, за счёт чего больше шансов на выздоровление. Т.к. речь идёт о

очень серьёзных болезнях... Которыми и болеют-то дети редко, что привитые, что не привитые. Только вторых легче вылечить. По всем международным канонам опасен носитель возбудителя инфекционной болезни — это может быть как привитой, так и непривитой; при отсутствии в нашей стране оценки фактической защищенности граждан от конкретных инфекционных болезней (что связано вовсе не с прививками!) привитые и непривитые находятся в одинаковой степени неизвестности. Заболевают единицы, и более того, переболев, человек приобретает естественную противоинфекционную защиту. Среди нас, в том числе и среди детей разного возраста, присутствует 15 процентов лиц, не способных вырабатывать антитела к инфекционным болезням, сколько бы их ни прививали, поэтому их необходимо своевременно выявлять, а не вакцинировать.

VI. Привитые болеют ничуть не меньше непривитых, и даже больше. Известно много случаев, когда привитые болели в гораздо худшей форме, чем люди, не получившие прививку. Причем, непривитые могут вообще не заразиться этой болезнью, т.к. их естественный иммунитет гораздо сильнее. Говорит врач. Все привитые дети, которых она наблюдала, работая в поликлинике, имели проблемы с иммунитетом. "Наблюдались задержки физического развития, эндокринологические нарушения". Иммунизированные дети также болеют теми болезнями, от которых они иммунизированы. Афанасенков о классических уловках. Если верить врачам, то прививка дает гарантированную защиту от заболевания, против которого была сделана прививка. Но затем они говорят что на самом деле гарантии нет, т.к. заразится они могут все равно - отсюда следует вопрос - зачем вообще делать прививку если защаты она по их собственным утверждениям не даёт? Во-первых, почему они вообще «болеют», получив соответствующую «дозу» искусственного вмешательства? Во-вторых, нет одинаковых людей, и общеизвестно, что характер и степень тяжести инфекционной болезни очень индивидуальны. Про "неправильность" даже говорить много не хочется, эта уловка была придумана ещё двести лет назад Дженнером, "отцом" прививок, разделившим прививочные вакцины на "истинную" и "ложную" коровьи оспы. Истинная - если помогла. Ложная - если не помогла. Всё гениальное - просто! Это было бы смешно, когда бы не было так грустно. А вот про вечное "мягче" хочется сказать подробнее. Тяжесть течения болезни настолько сильно колеблется от индивида к индивиду, что сказать заведомо как бы протекала бы его болезнь, если бы он был непривитым - гадание на кофейной гуще. Откуда они знают, мягче ли? А может, тяжелее? По официальной статистике Минздрава по эпидемии дифтерии за 1996-1998 годы "среди детей, перенесших дифтерию в токсической форме, 88,6% имели ревакцинирующие прививки", при этом охват детей прививками был тогда около 70%, стало быть среди привитых заболели токсической (тяжелой) формой больший процент детей, чем среди непривитых (подробнее – см. на странице про АКДС, <http://www.afanas.ru/privivki/akds.htm>). Вот Вам и "мягче"... Когда реальных аргументов нет, нас призывают делать сейчас прививки детям лишь из уважения к славному прививочному прошлому.

80% детей, заболевших коклюшем в возрасте до 5-и лет, были полностью привиты. Из Письма Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 27.06.05 N 0100/4853-05-32 «Об итогах проведения массовой иммунизации населения Российской Федерации против дифтерии в 2004 году»: ...Как и в предыдущие годы среди заболевших преобладают привитые. Процент привитых заболевших взрослых составил 68,4%, детей - 83,2%...

II. Не существует исследований, доказывающих действительную безопасность вакцин.

- a) Многие вакцины готовятся на основе клеточных структур животных и содержат их вирусы. Межвидовая передача вирусов может привести к развитию новых страшных дегенеративных болезней, о которых сейчас человечество и представления не имеет. Так, гены и белки вируса обезьян SV-40, которым были заражены сотни тысяч доз вакцины против полиомиелита в 1950-х гг., были недавно обнаружены в раковых опухолях людей. Кто знает, какими новыми вирусами животных систематически заражаются вакцины в процессе их производства, и чем это нам грозит? Вакцина выращена на abortированном материале, который мог быть заражен вирусами, вызывающими генетические или онкозаболевания. Никому не известны долгосрочные последствия введения чужеродных белков в организм вашего ребёнка. Вирусы для вакцин выращиваются и фильтруются на тканях человека или животных, включая обезьяньи почки, зародыши цыплят, эмбриональные клетки морских свинок, телячью сыворотку и диплоидные клетки человека (извлечённые органы abortированных плодов, используемые для производства вакцин против краснухи, гепатита А и ветряной оспы). Вирусы, переданные детям по наследству от привитой мамы, дополненные набором вновь вводимых вакцин, однажды могут набрать критическую массу и взорвать организм человека изнутри. По крайней мере, опыты на кроликах показывают именно это. Четвертое поколение привитых кроликов стало давать уродцев, а пятое - мертворожденных. Из интервью с создателем вакцин, бывшем. В: Например, обезьяний вирус SV-40, проскользнувший в полиовакцину. О: Да, это было. Но я не это имею в виду. Вирус SV-40 попал в вакцину потому, что использовались обезьяньи почки. Я говорю о другом. О действительных лабораторных условиях. Ошибках. Халатности. SV-40, который позднее был обнаружен в раковых опухолях - это то, что я бы назвал структурной проблемой. Это была принятая часть производственного процесса. Если вы используете обезьяньи почки, вы открываете двери неизвестным вам возбудителям, находящимся в них. В: Хорошо, давайте на минуту отвлечёмся от разницы между видами загрязняющих веществ. Какие вещества Вы обнаруживали за годы Вашей работы в лабораториях? О: Я приведу Вам примеры того, что находил я и что находили мои коллеги. Но это только часть. В противокоревой вакцине "Римавекс" мы нашли различные цыплячьи вирусы. В полиовакцине мы нашли акантамёбу, которую называют "амёба, пожирающая мозг". Обезьяний цитомегаловирус в той же полиовакцине. Пенистый обезьяний вирус в ротавирусной вакцине. Вирус птичьего рака в вакцине MMR. Различные микроорганизмы в сибирезывенной вакцине. Я обнаружил потенциально опасные ингибиторы ферментов в нескольких вакцинах. Вирусы уток, собак, кроликов в вакцине против краснухи. Пестивирус в вакцине MMR. Большинству людей неизвестно, что некоторые полиовакцины, аденовирусные вакцины, краснушная вакцина и вакцина против гепатита А производятся из тканей abortированных человеческих плодов. Я понял: то, что я время от времени обнаруживал и считал бактериальными фрагментами, на деле могло являться частями эмбриональных тканей. Когда вы ищите загрязняющие вещества в вакцинах, то со всем обнаруживаемым материалом вы просто теряетесь. Вы знаете, что этого там не должно быть, но что это - вы представления не имеете. Я обнаруживал то, что я считал

мельчайшими фрагментами человеческого волоса или человеческой слизи. Я обнаруживал то, что можно только определить как "чужеродный белок" и что, на самом деле, может быть что угодно. [14]

А вот, что обнаружил Броуэр. Так, например, канцерогенный вирус SV40 был обнаружен в почках обезьян, которые используются для изготовления полиомиелитной вакцины. Этот факт был открыт в 1960 г. Свитом и Хиллеманом. Однако миллионы людей были вакцинированы в течение последнего десятилетия вакциной, приготовленной подобным образом. Можно задаться вопросом, у скольких вакцинированных людей развились онкологические заболевания спустя многие годы после такой вакцинации. Было доказано, что вирус SV40 провоцирует образование опухолей у хомяков и преобразует *in vitro* (в пробирке) нормальные человеческие клетки в канцерогенные. Кроме этого, следует отметить, что формалин не убивает вирус SV40. Он сохраняет все свои свойства в процессе обработки формалином, то есть при обязательном процессе изготовления вакцины из инактивированного вируса полиомиелита. Это стало известно нам из двух публикаций в журнале "American Review of respiratory diseases" (том 88, 3 сентября 1963 г.) и в журнале "Postgraduate Medicine" (том 35, 5 мая 1964 г.).

Доктор Леонард Хейфлик, работающий в Институте анатомии и биологии Вистара (Филадельфия, США), в статье, опубликованной в журнале "Laboratory Practice-U.S.A." в декабре 1970 г., писал следующее: "Почки собак, используемые в настоящее время в Америке для изготовления вакцины против кори, содержат непредвиденный потенциал вирусной флоры. Известны разные канцерогенные вирусы собак, в том числе те, которые приводят к образованию папиллом, венерических собачьих опухолей, а также собачьей мастоцелочной лейкемии..."

Все знают, что наиболее важные канцерогенные вирусы животных (те, которые могут быть идентифицированы у приматов, SV40 и канцерогенные аденовирусы) проявляют свои канцерогенные качества только тогда, когда они попадают в организм другого вида. Никакой канцерогенный вирус примата не приводит к образованию опухолей у того вида животного, собственный вирус которого идентичен вновь приобретенному. Однако эти же вирусы могут вызвать образование опухолей у гетерогенных (чужеродных) видов животных. Поэтому SV40 и канцерогенный аденовирус являются опухолеобразующими не в своей родной среде, а только у других видов животных.

Вот наш ответ на вопрос о безопасности для человека вирусных вакцин. Наш вывод будет следующим: риск возникновения онкологических заболеваний будет более высоким при использовании вакцин, которые приготовлены с использованием клеточных культур животных, чем тех вакцин, которые приготовлены с использованием клеточных культур человека; канцерогенный потенциал вакцины будет значительно ниже, если она приготовлена с использованием клеточных культур животного, которому эта вакцина и предназначена."

Профессор Ж. Клаузен из Института превентивной медицины при Университете Оденса (Дания) в марте 1973г. заявил: "Миллионам людей была введена полиомиелитная вакцина, зараженная опухолеобразующим обезьяньим вирусом SV 40. Вполне вероятно, что пройдет 20 лет или более, прежде чем возможные последствия этого вируса смогут проявить себя

Доктор Леонард Хейфлик, который стал профессором микробиологии в Стенфордском университете штата Калифорния, США, написал в американском журнале "Science" (18 мая 1972 г. с. 813 и 814): "Вакцины против человеческих вирусов принципиально изготавливаются на основе культуры тканей почек обезьян и первичных эмбриональных культур цыплят; как первые, так и вторые могут быть заражены..."

Исследователи Эссекс и Алрой из группы профессора Р.Галло обвиняют полиомиелитную вакцину, изготовленную на основе культуры ткани почек африканских зеленых обезьян в распространении СПИДа (журнал "Science" от 4 октября 1985 г.).

В журнале "Медицинская помощь" ("Concours medical") за сентябрь 1969 г. можно прочитать следующее: "Проблема случайного заражения вакцин вирусами или другими инфекционными агентами имеет большое значение, и она приобрела чрезвычайную значимость в вирусологии в последние десять лет. Теоретически у любого вида животных, в эмбрионах или клеточных культурах, используемых для производства вакцин, могут "уживаться" инородные вирусы. Вы можете сказать, что достаточно разработать лабораторные методики, позволяющие обнаруживать и, устранять все патогенные агенты. Однако недавний опыт напоминает нам об излишней доверчивости. Потому что он доказывает нам существование вирусов, природа которых еще до сих пор неизвестна и которые пока невозможно обнаружить..."

Итак, в 1960 г. Свит и Хиллеман открыли существование обезьяньего вируса SV40 в клеточных культурах почек обезьян подвита резус, используемых для приготовления живой полиомиелитной вакцины.

В начале текущего десятилетия Рубин разработал лабораторную методику, позволяющую обнаруживать вирус лейкоза птиц при выращивании кур, а также в куриных яйцах, поступающих из птицефабрик. Итак, имеются все основания считать, что этими вирусами, по крайней мере до 1962 г., была заражена большая часть живых вакцин против желтой лихорадки или против кори, так как эти вакцины получали на основе куриных эмбрионов или куриных эмбриональных культур.

Однако в чём же суть? Всё очень просто - обезьяний вирус SV40 провоцировал развитие саркомы, когда его прививали хомякам. Вирус лейкозаприд, как уже многие знают, является причиной не только лейкемии и других заболеваний кур, но он вызывает формирование злокачественных опухолей у различных видов млекопитающих, в том числе и у обезьян, что было подтверждено рядом последних научных работ. Возникает естественный вопрос: воздействует ли он негативно на организм человека?

В поддержку моей собственной гипотезы, основанной на том, что вакцинации являются причиной СПИДа, я процитирую отчёт группы немецких ученых Хайдельбергского центра, опубликованный в 1981 г. Из него следует, что вирус SV40 был обнаружен в опухолях мозга человека. 25 % этих опухолей содержат вирус SV40 не только в его естественной (дикой) форме, но и в совершенно особенной форме, которая произошла из первой (дикой) формы (Krieg et al., Proc. Ant. Acad. Sci., 78-6646-1984).

Этот вирус не введен в геном организма. Он не является инфицированным. Его особенность определяется тем, что в нем просматриваются следы изменений его генетического аппарата. Однако, не будучи способным формировать свою собственную вирусную оболочку, этот вирус становится не чувствительным к воздействиям иммунной системы субъекта (статья опубликована в журнале "La Recherche", №129, январь 1982 г.).

29 декабря 1968 г. в журнале "Монография национального института онкологии" ("National Cancer Institute Monograph") была опубликована статья, в которой сообщалось: "Фактически то, что SV40 ускоряет репродукцию аденовируса человека в клеточных культурах почек обезьян, и то, что можно получить гибриды аденовируса и SV40 в культурах, зараженных этими двумя вирусами, приводит нас к следующему выводу: гибридизация вирусов может осуществляться при совместном инфицировании клеток этими вирусами. Мы обнаружили случаи двойного заражения клеток вирусом SV40 и ретровирусом, SV40 и простым вирусом бешенства".

В 1966 г. профессор Львов привел яркий пример аденовируса 7 (вирус гриппа), который образует вместе с SV40 гибрид, содержащий генетический материал первого и оболочку второго, то есть он имеет ярко выраженные онкологические свойства. Десятки тысяч американских солдат были недавно подвергнуты экспериментальной противогриппозной вакцинации с подобной комбинацией. Поэтому американское правительство вынуждено было срочно изъять из продажи большое количество вакцин, зараженных вирусом SV40.

В "Монографии национального института онкологии" за 29 декабря 1968 года можно было прочитать другие сообщения и выводы, сделанные многими учёными или научными группами: "Как показали многочисленные исследования, мы никогда не сможем утверждать, что какая-либо клеточная культура может быть свободна от заражения, потому что необходимо принимать во внимание то, что с помощью имеющихся в нашем арсенале методов мы способны обнаружить только известные агенты. Теоретические возможности всегда безграничны, и мы должны признать, что каждый раз, когда живая или инактивированная вакцина предназначена для инъекции, существует потенциальный риск. Хотя мы все надеемся, что этот риск не заслуживает внимания или маловероятен, его реальная вероятность может быть определена только с помощью наблюдения" (Ф.С. Робине, School of Medicine - Case Western Reserve University).

"Значительное число доказательств, приведенных во время Конгресса или напечатанных в научной литературе, подтвердили присутствие вирусов, онкогенных агентов, их антигенов и антител. Все они находятся в так называемых нормальных тканях, полученных от приматов и не приматов и используемых в качестве источника клеток для репродукции вирусов, необходимых при производстве вакцин для человека" (О.Н.Феллоус. Plum Island Animal Disease Laboratory, Animal Disease and Parasite Research Division - U.S. Department of Agriculture).

"Мы изготовили некоторое количество экспериментальных вакцин на основе культур клеток почек зеленых обезьян. Животные, использованные как источник клеточных тканей для этих опытов, находились на карантине не менее 6 нед. перед тем, как были использованы в опытах. Более того, обезьяны были тестированы серологическим методом для определения наличия антител к вирусам SV5 и SA1. Животные, серопозитивные к SA1, были исключены из исследований. Однако мы оказались в затруднении найти обезьян, которые были бы серонегативны к SV5" (Роберт Н.Халл, Lilly Research Laboratories, Индианаполис).

"К нашему удивлению, необычно высокой оказалась инфицированность вирусами культур тканей, рассматриваемых как нормальные. С февраля 1966 г. по февраль 1967 г. мы культивировали и изучили 417 серий культур клеток почек обезьян, полученных от 417 обезьян. Наблюдение продолжалось до тех пор, пока культуры клеток находились в хорошем состоянии. Из 227 обезьян подвида резус (RhM) из Индии и 190 африканских зеленых обезьян из Эфиопии (GM) у 225 почечная ткань была заражена вирусами. Около 50% из них производили каждый месяц один или несколько вирусов, независимо от их подвида или сезонного периода, в течение которого ткани были взяты на анализ. Хотя частота появления скрытых вирусов в так называемых нормальных клетках была достаточно большой, однако эти вирусы остались не обнаруженными. Распознавание скрытых вирусов требует сложных исследований и долгоживущих клеточных культур. При исследовании 86 серий клеточных культур, проведенном в промежутке между 14-м и 21-м днем после внесения вируса в культуру, что является обычной продолжительностью вирусологических исследований, только в 2 — 4 % случаев удалось обнаружить вирусы. Однако, когда эти же самые серии исследовались между 29-м и 55-м днём, то процент культур, зараженных вирусами, был значительно выше. Более того, от длительности карантина зависела вероятность инфицирования теми или иными вирусами. С 30-го по 90-й день карантина исключалось заражение вирусом SV5 и вирусом кори. И наоборот, вирус SV40 и вирусы, близкие к группе бешенств, присутствовали в течение длительного периода в почках обезьян" (С.Д. Хсанг, New York University School of Medicine, публикация в "National Cancer Institute Monograph", 29 декабря 1968 г.).

Все процитированные отчёты свидетельствуют о том, что:

- в вакцинах всегда присутствуют инородные вирусы животных, даже если предприняты экстремальные меры предосторожности для того, чтобы оградить их от всех известных вирусов. Существуют вирусы и ретровирусы, которые не были известны до 1994 г.;
- вакцины, введенные физическим лицам, обладают способностью не только взаимодействовать между собой, но также взаимодействовать со специфическими для рода человеческого вирусами и ретровирусами, которые "спят" в организме человека до определенного момента по причине взаимной адаптации между вирусом и организмом.

Эти вирусы и ретровирусы квалифицируются как дефектные. В силу этого вполне логично считать принцип вакцинации чрезвычайно опасным. В течение пятидесяти лет многочисленные предупреждения в отношении вакцинации, сделанные авторитетными представителями научного и медицинского мира, были проигнорированы. Начиная с 1926 г., доктор Тиссо, профессор общей физиологии Музея истории природы, посвятивший свою жизнь глубоким исследованиям элементов, образующих живую клетку, выступал против серьёзных пастеровских заблуждений в отношении последствий вакцинации. В 1946 г. он писал о противодифтеритной вакцинации:

"В настоящее время вопреки истине Институт Луи Пастера продолжает утверждать, что эта вакцинация безвредна и эффективна. Подобное утверждение не соответствует истине. Поступая так, он берёт на себя серьёзную ответственность за состояние здоровья французов, с которыми он намерен обращаться как с подопытными морскими свинками.

Принудительная вакцинация, словно животных, опасными, вирулентными, живыми микробами, которые к тому же, как с точки зрения терапии, так и в общем смысле, неэффективны, является серьёзным посягательством на свободу человека распоряжаться самим собой, то есть на свободу, провозглашенную в Декларации прав человека 1789 г. Закон от 25 июня 1938 г. является посягательством на свободу и основные права человека. Он имеет неконституционный характер. Его голосование было предопределено фальшивыми утверждениями. В течение 1938 г. его последствия были пагубными и в

большинстве случаев катастрофическими для населения. Он должен быть немедленно отменен. Безусловно, этот закон был чрезмерно плодотворен для финансового процветания Института Луи Пастера; однако здоровье французов, успехи в области гигиены и медицинских наук не могут быть надолго подчинены интересам Института, имеющего в своём составе коммерческую фирму".

29 лет тому назад профессор Делож в своей статье "Тенденции в современной медицине" написал: "Если мы продолжим всеобщую вакцинацию и расширим ее применение, то можно предположить, что спустя десятилетия вдруг возникнет новая патология в результате подобной вакцинации общества".

Более конкретно по поводу волнующей нас проблемы, а именно СПИДа, учёные уже сделали свои заявления о том, что в появлении этого заболевания повинна всеобщая вакцинация. Так, например, профессор Монтаньер, как это было сообщено газетой "Monde" 23 мая 1987 года, устанавливая безусловную связь между вакцинацией и СПИДом, заявил: "Возможно, надо будет срочно организовать обследование серопозитивных детей перед их вакцинацией".

Научный руководитель Центра пастеровских вакцин в той же газете за 23 мая 1987 г. заявил: "Поднятые проблемы могут реально привести к пересмотру применения таких вакцин, как БЦЖ, оральной полиомиелитной вакцины и вакцины против кори". [38]

В журнале "The New England Journal of Medicine" (том 316, № II за 12 марта 1987 г.) можно прочитать статью, написанную учеными Военного исследовательского института Робертом Р. Редфилдом и Алом Уотером Ридом: "Этот случай показывает, что первичная вакцинация против оспы носителей ВИЧ может спровоцировать развитие болезни и ускорить развитие СПИДа. Более того, этот пример поднимает волнующие всех вопросы о якобы полной безопасности вирусных вакцин, часто применяемых в развивающихся странах, где СПИД очень активно распространяется".

"New England Journal of Medicine" описывает историю американского военнослужащего, которому в момент его зачисления в армейские кадры, были сделаны необходимые прививки, в том числе и против оспы. У этого военнослужащего появилась клиническая картина коревой оспы, затем СПИДа, и вскоре он умер. Перед вакцинацией здоровье этого военнослужащего было тщательно исследовано, в том числе был проведен анализ крови, который показал наличие 6200 лейкоцитов при 24 % лимфоцитозе. Другие показатели также были в норме.

Ранее цитированный нами Роберт Р. Редфилд пишет: "Таким образом, вызывает беспокойство тот факт, что сложные прививки, приводящие к возбуждению клеток Т и к росту интерлейкина 2, могут ускорить отмирание Т-хелперов, что обусловлено воздействием ВИЧ, и таким образом могут ускорить развитие СПИДа у пациента".

Любой серьёзный биолог не может отрицать очевидность того, что сделанные детям прививки "повреждают" клетки иммунной системы, грубо "добираясь" до клеток Т4 и Т8.

В журнале "New England Journal of Medicine" (том 310, № 3 за 19 января 1984 года) сообщается об исследовании, проведенном тремя иммунологами Венского института иммунологии - доктором медицины Мартой М. Эйбол, доктором фармакологии Жозефом У. Маннхальтером, доктором медицины Герхардом Злабингером: "Для того чтобы изучить влияние вакцинации на уровне лимфоцитов "хелперов-супрессоров", мы сделали инъекции одиннадцати лицам. Они имели хорошее состояние здоровья, и им было от 20 до 50 лет - среди них девять мужчин и две женщины. Они не принадлежали ни к одной из известных групп риска заболевания СПИДом. В качестве антигена был использован столбнячный анатоксин. Хотя в начале вакцинации соотношение клеток Т4 — Т8 было равным, что было установлено двумя различными способами с помощью иммунофлюоресцентного метода, то при последующих наблюдениях оказалось, что сразу же после проведенной вакцинации столбнячным анатоксином произошло значительное снижение соотношения между клетками Т4 и Т8... Средняя величина такого соотношения между 7-м и 14-м днем после вакцинации была значительно ниже, чем перед вакцинацией: спустя 7 дней самый низкий показатель упал до 0,005, а через 14 дней этот показатель уже составлял 0,01. Наиболее слабое соотношение между этими двумя клетками было отмечено между 3-м и 14-м днем после вакцинации... А в тот период, когда соотношение Т4/Т8 падало до 1 и менее 1, отмечалось увеличение количества клеток Т8".

Сообщалось, что вакцинация проводилась взрослым лицам. Но что могло произойти, если бы вакцинации подверглись дети в раннем возрасте и с 6 лет?

В статью "Изучение злокачественных патологий у детей" в раздел "Исследование смертных случаев в 1953 — 1955 гг." был помещён доклад о здоровье нации (том 77, № 2, февраль 1962 года). В коллектив авторов входили доктор Элис Стюарт, доктор физиологии Ренат Барбер, и сотрудники Департамента социальной медицины Оксфордского университета (Великобритания) и Американской службы общественного здоровья. В этой статье сообщалось: "Детальному изучению официальной статистики смертности предшествовало изучение смертных случаев за период с 1953 по 1955 г. В соответствии со статистическими данными за последнее десятилетие риск умереть от онкологических заболеваний у лиц после 40 лет практически не изменился. Однако он заметно возрос у детей и молодых людей. Так, дети в возрасте от 2 до 4 лет больше умирали от лейкемии, чем представители других возрастных групп до 70 лет... Новый рост смертности от лейкемии отмечается в высокоразвитых странах..."

Как сказано в этой статье, определяющим жизненным фактором является все же не приобретение богатства (благополучия), а простота получения медицинского обслуживания.

Надо согласиться, что в качестве главной проблемы в этом докладе рассматривается лейкемия, а не СПИД... Но вы можете констатировать, что учёные никогда не высказываются категорически по результатам своих исследований и экспериментов, если их результаты идут вразрез с интересами и принципами аллопатической медицины... Фразы, которые они используют, являются практически одними и теми же, например: "... а это порождает новые проблемы..., ... возможно, нужно...", а вот еще лучше: "... беспокоит тот факт, что вакцинация...", "... поднятые проблемы могут привести к пересмотру вопроса о ...", "...проведенные эксперименты заставляют нас задуматься над тем, что гибридизация вирусов может ..." и т.д. и т.д.

В 1958 г. журнал "Обзор общей патологии и клинической физиологии" ("Revue de pathologie generale et de physiologie clinique") утверждал: "Больше не подлежит отрицанию тот факт, что вакцина изменяет весь организм и преобразует его в щелочно-окисную среду, благоприятную для онкологических образований".

Исследование, проведенное Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 1970—1974 гг. в восьми странах, показало, что на 360 случаев паралитического полиомиелита 144 заболевания имели место у вакцинированных и что в 1982

— 1983 г. в США все случаи заболевания полиомиелитом связывали с прививкой. В семи странах Центральной Африки, в которых наиболее распространен СПИД, вакцинация против оспы имела самый интенсивный характер. В Бразилии - единственной стране Латинской Америки, в которой кампания по ликвидации оспы охватила самые широкие слои населения, зафиксировано наибольшее число случаев СПИДа. Передача клеточных культур от одного вида другому представляется благоприятной для наступления патогенных последствий. В 1960 г. Свит и Хиллеман открыли обезьяний вирус SV40 в клеточных культурах почек обезьян подвита резус, использованных для приготовления живой полиомиелитной вакцины. Этот вирус обязательно проявлялся у всех вакцинированных.

11 мая 1987 года газета "Times" (Лондон), одна из самых уважаемых в мире, затронула в своей передовице проблему СПИДа. Было написано следующее: "Ряд экспертов опасается того, что, уничтожив одну болезнь, мы создаем предпосылки для другой болезни стать современной пандемией, тогда как она в странах третьего мира была лишь второстепенной эндемической болезнью. Хотя сегодня медики и признают, что вирус коровьей оспы может активизировать другие вирусы, но они расходятся в том, является ли этот вирус основным пусковым механизмом эпидемии СПИДа. Советник ВОЗ, который явился инициатором подобной дискуссии, заявил нашей газете: "Я полагал, что речь шла только о простом совпадении до тех пор, пока нами не были изучены все последние открытия, в основу которых легли наблюдения за реакциями на вирус коровьей оспы. Теперь я убежден, что взрыв заболевания СПИДом связан с вакцинацией против оспы".

В журнале "Science" за 4 октября 1985 г. американские профессора Эссекс и Алрой из группы профессора Галло обвинили полиомиелитную вакцину, приготовленную на основе культуры клеток почек зеленых обезьян, в распространении вируса СПИДа.

Таким образом, получили подтверждения драматические предупреждения профессора Тиссо, сделанные им ещё в 1926 г. и столь несправедливо забытые, о том, что Луи Пастер был поднят на пьедестал, которого он не заслуживал. Жорж Конан Делбос недавно написал по этому поводу: "Но как могли быть услышаны такие предупреждения, если процветающая коммерция на вакцинах обогащала не только Институт Луи Пастера, но и его конкурентов. Кроме того, позволяла их руководителям выступать в роли спасителей человечества, а также влиять на правительства для получения больших государственных субсидий за счет налогоплательщиков (напомним, что бюджет Института Луи Пастера сформирован на 47% государством). Вершиной цинизма является то, что политические деятели, почти все необразованные и невежественные, намереваются выделить дополнительные финансовые средства Институту для борьбы со СПИДом".

Недавно журнал "Ежедневная медицинская газета" привлёк внимание медицинского мира статьёй Шантала Мзика об опасности коровьей оспы и традиционной вакцинации против оспы. Автор статьи пишет: "Благодаря искусственным генетическим манипуляциям такая вакцина становится инфекционным носителем, способным получить или модифицировать вакцины против таких заболеваний, как СПИД, гепатит В и бешенство. Подобная стратегия может представлять определенный интерес, если только при этом внезапно не возникнет "препятствие" в виде живого вируса, предназначенного для прививки субъекту — носителю ВИЧ, который пока остается для всех тайной. Такая вероятность далеко не теоретическая, она может внезапно стать реальной у лиц, подвергнутых такой вакцинации, в частности, принадлежащих к группе высокого риска заболевания СПИДом, а также может привести к губительным осложнениям, потому что вирус может размножаться бесконечно". [38]

Если кто-то желает получить доказательства опасности вакцин, то я сошлюсь на исследования, проведенные в 1986 г. в Департаменте микробиологии университета Лос-Анжелеса (Калифорния). Известно, что заражение животного вирулентным вирусом способно спровоцировать типичное заболевание, однако никто не доказал *in vivo*, что введение в организм невирулентных вирусов смогло бы спровоцировать болезнь путем дополнительного или рекомбинантного феномена. Американская исследовательская группа использовала две разновидности вируса простого герпеса I типа для прививки мышам. 62 % мышей, вакцинированных смесью равных частей вирусных подвидов, погибли. При вакцинации дозой вируса одного подтипа, даже в 100 раз превышающей предыдущую дозу, выжили все мыши. При детальном анализе серии, включающей 10 мышей, которые погибли после вакцинации смесью вируса двух невирулентных штаммов, были выделены 14 типов вирусов: одиннадцать из них оказались рекомбинантные, три из этих рекомбинантных вирусов, повторно введённые мышам, проявили себя как летальные. Схожие результаты свидетельствуют о том, что два варианта невирулентных вирусов простого герпеса могут взаимодействовать *in vivo* и порождать летальные и вирулентные рекомбинации.

b) В последнее время появляется всё больше научных публикаций, показывающих связь прививок с такими болезнями как аутизм, сахарный диабет, рассеянный склероз, ревматоидный артрит, лейкопения. Известно, что заболеваемость именно этими недугами стремительно растёт в тех странах, где высок уровень вакцинированности и "лекарственной накачки" (особенно антибиотиками) населения. В тех странах Африки и Южной Америки, где многочисленные массовые прививки ещё не стали рутинной практикой, эти болезни, а также тяжёлые психические расстройства, практически не встречаются. Есть также данные в пользу того, что прививки ответственны за высокий процент внезапных смертей младенцев. Международные исследования показывают, что прививки являются одной из причин СВДС - синдрома внезапной детской смерти.

В предисловии к своей "Отравленной игле" (1959) д-р Элеанор Мак-Бин писала (<http://www.whale.to/a/mcbean.html>): "Наихудшие эпидемии сегодня — это эпидемии прививок, в которых от "прививочных болезней" погибает больше людей, чем от болезней, бороться с которыми прививки предназначены". Конец 1940-х - 1950-е гг. ознаменовались появлением новых смертоносных и калечащих (нет, не для возбудителей болезней, а для самих прививаемых!) вакцин. К этому времени кроме прививок против натуральной оспы уже имелись показавшие себя в равной степени опасными и неэффективными прививки против чумы, холеры, тифа и дифтерии. Особенно широко распространилась в конце 1950-х гг. прививка АКДС (DPT). Стоит ли удивляться, что именно в период от конца 1940-х до начала 1960-х гг. заболеваемость ювенильным сахарным диабетом в США возросла в 3 (!) раза, а в начале 1960-х в США дети-аутисты, впервые обнаруженные двадцать лет назад, стали уже вполне рядовым явлением? С этого времени с пугающей регулярностью появляются все новые прививки, немедленно становящиеся обязательными - неважно, что болезнь, от которой прививают, абсолютно безобидна или редка. Всегда можно найти казуистику осложнений в медицинской литературе и на этом основании потребовать

"защитить детей". Мы живем в алчном и аморальном мире. Деньги делаются на всем, никто и ничто не исключение. У вас есть ребенок? Дети? Превосходно, их необходимо привить. О, разумеется, исключительно для их же блага. Начать следует с самого рождения. Вакцины должны быть произведены и реализованы, прибыль должна быть получена. Между тем, население "цивилизованных" стран продолжает страдать от эпидемий. Это, в первую очередь, аутизм, скачок заболеваемости которым в западных странах и США последовал точно за введением прививки вакциной MMR (против кори, свинки и краснухи) в середине 1980-х гг. и стал особенно наглядным в США после добавления к календарю прививок в начале 1990-х гг. двух новых ртутьсодержащих вакцин, от гепатита В и гемофильной инфекции. Это демиелинизирующие болезни нервной системы (рассеянный склероз, БАС). Это детские онкологические заболевания, первое среди которых лейкоз. Это и бесчисленные аутоиммунные болезни (ювенильный ревматоидный артрит, системная красная волчанка, узелковый периартериит и пр.). А ведь это лишь самые страшные недуги. О таких "мелочах" как астма, хроническое воспаление среднего уха (отит), аллергии, диатезы, экземы и пр. я вообще не говорю. Как если бы слова "ребенок" и "больной" были бы синонимами. Нам объясняют: да это просто плата за цивилизованность. За кока-колу и гамбургеры, малоподвижность и загубленную экологию. Виновато все вокруг, кроме прививок. Последние, если верить докторам, выше всяких подозрений, как жена Цезаря. Еще 50 лет назад ребенок-аллергик или ребенок-астматик были почти в диковинку, а астма полагалась относительно доброкачественной детской болезнью, которая "перерастается" в пубертатном возрасте и на этом неприятности заканчиваются. Ныне все по-другому. Немалому количеству детей, увы, уже не удастся "перерасти" астму и они от нее погибают. Скоро мы будем удивляться, увидев ребенка, не имеющего никакой болезни. Всё это плата за разрушаемую с самого рождения прививками иммунную систему...

Профессор Ж. Александрович и профессор Б. Халилековский из Академии наук г. Кракова (Польша) пишут в статье, опубликованной в журнале "The Lancet" от 6 мая 1967 г., следующее: "Уже опубликованные отчёты, как и наши наблюдения, показывают, что вакцинация против оспы иногда провоцирует появление лейкемии. У пятерых детей и двух взрослых, которые наблюдались в клиниках г. Кракова, вакцинация против оспы сопровождалась сильными локальными и общими реакциями, а также лейкемией".

Доктор Б.Дюпперант из госпиталя Святого Луи подчеркнул следующее в статье, опубликованной 12 марта 1955 г. в журнале "Медицинская пресса", "La Presse medicale": "Кроме всего прочего, вакцинация провоцирует взрыв лейкемии".

- с) Прививки являются причиной смертей и пожизненных увечий тысяч детей во всем мире ежегодно из-за многочисленных побочных эффектов. Вот самые «безобидные» из них - продолжительный, до нескольких дней, пронзительный необычный крик (чаще всего это бывает после прививки АКДС, но может быть после любой прививки) - симптом раздражения мозговых оболочек из-за набухания и отека мозга; высокая температура, судороги, посинение, тяжёлое дыхание или эпизоды его отсутствия; может произойти эпилептический припадок. Иногда ребёнок впадает в кому (перестает реагировать на раздражители). Нередко наблюдается воспаление места укола, ребёнок начинает хромать или вообще отказывается ступать больной ногой. Достаточно типичной является утрата навыков - уже начавший сидеть, ходить или говорить ребёнок перестает это делать. Ухудшается зрение или слух, появляются параличи. Известно множество отсроченных побочных эффектов вакцин, включающих хронические иммунные и нервные расстройства, такие как аутизм, гиперактивность, проблемы концентрации внимания, дислексию, аллергии, рак и другие болезни. Многих из них практически не существовало до программы массовых прививок. "Вы что? Такого быть не может!" — вспоминает молодой папа как отреагировали педиатры участковой поликлиники на вывод врача Охматдета. — И записали в карточку: ОРВИ". Доказать прямую связь между осложнениями и прививкой почти невозможно, даже когда факты налицо. Опасность тяжёлых осложнений и наследственных заболеваний. Опасность от вакцин чаще всего больше, чем от самих заболеваний. К примеру, последствиями прививки от коклюша могут быть повреждения мозга, судороги, сильный жар. Последствия прививки АКДС — атаксия, отставание в развитии, гнойный менингит, припадочные расстройства, гемипарезы и т.д. Некоторые вакцины, введенные человеку, могут вызвать значительные изменения не только в иммунной системе, но в эндокринной, нервной, сосудистой и др. Вакцины могут вызвать функциональные изменения со стороны сердца, легких, почек. Так, реактивность АКДС-вакцины в основном обусловлена коклюшным токсином и липополисахаридом. Эти субстанции ответственны за развитие лихорадки, судорог, энцефалопатии и т.д. Поствакцинальные инфекции. Их возникновение возможно лишь при введении живых вакцин. Так, лимфаденит, остеомиелит, возникающие после инъекции БЦЖ-вакцины, - это пример подобного действия. Другой пример - вакцинассоциированный полиомиелит (живая вакцина), который развивается у вакцинированных и контактировавших с ними. Присутствие в малых концентрациях гетерологичной ДНК в препаратах вакцин (особенно генноинженерных) опасно, т.к. могут индуцировать инактивацию супрессии онкогенов или активацию протоонкогенов после интеграции в клеточный геном. Согласно требованиям ВОЗ, содержание гетерогенной ДНК в вакцинах должно быть меньше 100 пкг/доза. Большинство вакцин содержат добавки, такие как гетерологичные протеины (овальбумин, бычий сывороточный альбумин), ростовые факторы (ДНК), стабилизаторы (формальдегид, фенол), адсорбенты (гидроксид алюминия), антибиотики (канамицин, неомицин, гентамицин). Все они могут быть причиной аллергии. Некоторые вакцины стимулируют IgE-синтез, таким образом развивая немедленную аллергию. АКДС-вакцина способствует развитию IgE-зависимых аллергических реакций на пыльцу растений, домашнюю пыль и другие аллергены (возможно, ответственны *V.pertussis* и коклюшный токсин). Некоторые вирусы, например, вирус гриппа А, увеличивает выделение гистамина при попадании специфических аллергенов (пыльца растений, домашняя пыль, перхоть животных и др.) у пациентов с указанными видами аллергии. Кроме того, этот феномен может провоцировать обострение астмы. Гидроокись алюминия - это наиболее часто используемый адсорбент, тем не менее не безразличен для человека. Он может стать депо для антигенов и усилить адьювантный эффект (и послужить причиной развития рака - говоря языком "простых людей" (AM - http://forum.anastasia.ru/topic_3534_printall.html). С другой стороны, гидроокись алюминия может быть причиной развития аллергии и аутоиммунитета. Иммуномодулирующий эффект вакцин. Многие разновидности бактерий, такие как *M.tuberculosis*, *V.pertussis* и бактериальные препараты - пептидогликаны, липополисахариды, протеин А и другие обладают неспецифической иммуномодулирующей активностью. Бактерии коклюша усиливают

активность макрофагов, Т-хелперов, Т-эффекторов и снижают активность Т-супрессоров. В некоторых случаях неспецифическая модуляция играет решающую роль в формировании иммунитета, более того, возможно это основной механизм защиты при хронических инфекциях. Неспецифические клеточные реакции есть результат не только прямого эффекта микробных продуктов на клетки, но они могут быть индуцированы медиаторами, выделяемыми лимфоцитами или макрофагами под влиянием микробных продуктов. Короче говоря они не только "защищают" от туберкулеза и коклюша, но еще и разрушают иммунную систему, снижая ее "активность". Индукция аутоиммунитета. Установлено, что коклюшная вакцина вызывает поликлональный эффект и может индуцировать или стимулировать формирование аутоантител и специфических клонов лимфоцитов, направленных против структур собственного организма. Такие антитела, как антитела к ДНК, присутствуют в сыворотке некоторых индивидуумов, у которых нет клинических признаков патологии. Введение вакцин может стимулировать синтез антител и развитие патологического процесса - иными словами иммунная система человека начнет атаковать саму себя. Супрессия может быть или специфической, или неспецифической, в зависимости от типа активированных супрессорных клеток. Вакцинация может ингибировать неспецифическую резистентность к инфекциям, и в результате наслаиваются интеркуррентные инфекции, возможно обострение латентного процесса и хронических инфекций (организм теряет способность сразу и "на убой" реагировать на инфекции, способность развивать высокую температуру "теряется", в результате чего инфекция может спокойно заглянуть "на чай" и остаться в организме на пару месяцев/лет. Компоненты вакцин могут явиться причиной аллергических реакций у некоторых реципиентов. Эти реакции могут быть локальными или системными и могут включать анафилактические или анафилактоидные реакции (генерализованные уртикарии, отек слизистой полости рта и гортани, затруднение дыхания, гипотонию, шок). Уртикарии или анафилактические реакции на АКДС, АДС или АС описываются редко. В случае появления таких реакций, для решения вопроса о дальнейшем введении АС следует поставить кожные тесты для определения чувствительности к вакцине. Кроме того, надо провести серологическое исследование для выявления антительного ответа на АС перед продолжением использования АС. Содержание консерванта - тимеросала (АКДС, АДС, Акт-Хиб, гепатит В, грипп), может вести к индукции гиперчувствительности. Однако чувствительность к тимеросалу обычно проявляется локальными реакциями ГЗТ, поэтому большинство пациентов не дают реакций немедленного типа, даже если у них положительны прик-тест к нему. В литературе описаны аллергические реакции на мергиолят (тимеросал) у 5,7% иммунизированных пациентов. Реакции были в виде кожных изменений - дерматиты, обострение атопического дерматита и т.п. Исследователями в Японии показана возможная роль тимеросала, входящего в состав вакцин, в сенсibilизации вакцинированных детей. Были проведены кожные тесты с 0,05% водным раствором тимеросала у 141 пациента и с 0,05% водным раствором хлорида ртути у 222 пациентов, включая 63 ребенка. Оказалось, что частота положительных тестов на тимеросал равна 16,3%, причем это были вакцинированные дети в возрасте от 3 до 48 месяцев. В дальнейшем исследования были проведены на морских свинках, вакцинированных АКДС, и была получена сенсibilизация к тимеросалу. На основании изложенного авторы заключили, что тимеросал может сенсibilизировать детей. Описана также аллергическая реакция на желатин, входящий в вакцину MMR, в форме анафилаксии. Другие авторы описали 3 случая подкожных узелков на месте инъекций вакцин, содержащих столбнячный анатоксин. Биопсия и микроскопическое изучение во всех трех случаях показали грануломатозное воспаление, содержащее лимфоидные фолликулы в дерме и подкожной ткани, окруженные инфильтрацией, состоящей из лимфоцитов, гистиоцитов, плазматических клеток и эозинофилов. Было сделано заключение, что имеет место аллергическая реакция на введенный алюминий. Примесь чужеродного белка (яичный альбумин, бычий сывороточный альбумин и т.д.) может оказать сенсibilизирующее действие, которое впоследствии проявится при введении этого белка с пищей. Р. Я. Мешкова. Руководство по иммунопрофилактике для врачей (<http://www.iacmac.ru/books/immun/imm16.shtml>).

«У меня малыш, нам год и 3 мы перестали делать прививки в год, последние сделали манту и от полиомиелита. Я и раньше замечала ухудшение состояния ребенка после прививок, но после этого раза начались проблемы со сном, ребенок перестал спать, он хочет спать, но не может, кричит всю ночь как будто болит у него чего, стал нервным, начались какие то припадочные истерики. Да и вообще после каждой новой прививки, его здоровье не становилось лучше, а скорее наоборот, но следуя всеобщему правилу я продолжала "травить" ребенка при помощи вакцин. Пока его величество случай не познакомил меня с человеком, женщиной у которой двое детей и она первому ребенку перестала делать прививки в год 6, а второй вообще ни делала ни одной прививки, и второй ребенок ни разу не болел, даже температуры не было! Разговаривая с другими мамашками выяснилось, что многие пострадали от прививок, даже ножки парализовало, одному малышу, а разве вы хотите играть в такую лотерею со своим ребенком? Но как не странно мама Андрюшки (малыша которого парализовало ноги после прививки) все равно продолжает прививать ребенка».

Не существует исследований, доказывающих действительную безопасность вакцин, особенно относительно отсроченных последствий их введения. В случае, если прививки станут причиной смерти или увечья, медицинские власти безусловно приложат все усилия, чтобы доказать, что прививки не имели никакого отношения к произошедшему. Примеры, когда (особенно в России, но и другие страны отнюдь не исключение) осиротевшие или с ребенком-инвалидом на руках родители оставались без какой-либо денежной компенсации, обещанной им по закону, многочисленны; не одно десятилетие издается и переиздается Минздравом тысячными тиражами «Инструкция по взятию материала для патоморфологического изучения летальных случаев поствакцинальных осложнений».

В: Почему же нам приводят статистику показывающую, что прививки были чрезвычайно успешны в ликвидации болезней? О: Почему? Чтобы создать иллюзию, что прививки полезны. Если прививки подавляют видимые симптомы таких болезней, как корь, каждый может счесть, что прививка оказалась успешной. Но под этим прикрытием прививка может повредить самой иммунной системе. А если она вызывает другую болезнь - менингит, например, - этот факт не замечается, поскольку никто не верит, что это могла сделать прививка. Связь просто игнорируется. [14]

Электронный словарь лингво, в частности, выдаёт такие словосочетания:

сac:ral pa: d: f
сac:ral ma: tu: gna: t: p: all: s
сac:ral ma: tu: s
сac:ral pa: tu: s

d) Вакцины являются ядами по определению. Формальдегид - официально признанный канцероген (т.е. вещество, вызывающее рак). Токсические свойства ртути, особенно аутизм и поражение ею почек, также хорошо известны. Алюминий, являющийся неотъемлемой частью вакцин, признан веществом, вызывающим болезнь Альцгеймера. Правительства европейских стран запрещают импорт генетически изменённых продуктов сельского хозяйства, но спокойно позволяют вводить своим гражданам генетически модифицированные вакцины, хотя никто даже приблизительно не может предсказать последствия этого мероприятия. Вакцины содержат токсичные онкогенные вещества/ Вот некоторые вещества, содержащиеся в вакцинах: фенол, формальдегид, тимеросал или мертиолят (соединения ртути), квасцы, фосфат алюминия, ацетон, глицерин, компоненты свиной и лошадиной крови, гной коровьего вымени, мозговая ткань кролика, собачья почечная ткань, куриный или утиный яичный белок и др. Впрочем, чиновники от Минздрава неоднократно утверждали, что все эти вещества содержатся в количествах, неопасных для здоровья ребенка. На основании чего они так утверждали, я не знаю – ни одной ссылки на исследования этой проблемы я не обнаружила. Зато обнаружила другое исследование. Мышам и морским свинкам делали инъекцию с мертиолятом. Вот результаты: «на месте введения наблюдалось изъязвление, облысение животных, падение массы тела и гибель». Тяжелые металлы очень плохо выводятся из организма. А «допустимую концентрацию» ртути за первый год жизни вводят младенцам шесть раз – три раза в вакцине против гепатита В, три раза – с вакциной АКДС. Какое влияние оказывает на организм ртутьсодержащая соль? Она поражает центральную и периферическую нервную систему, может нарушать деятельность сердца и вызывать аллергию. По поводу алюминия. При вакцинации он проникает в мозг. Существуют исследования, которые доказывают, что длительный контакт этого вещества с тканью мозга приводит к невозможности обучения и слабоумию. Мой сын родился здесь, в Канаде. 2.5 года назад, когда ему исполнилось 2 года, ему был поставлен диагноз "регрессивный глобальный аутизм". Это страшное заболевание, не оставляющее родителям никаких надежд на выздоровление ребенка. Детей с таким диагнозом приходится потом сдавать в интернат, потому что они становятся просто опасны для окружающих. После того, как ребенку был поставлен этот диагноз, я прожила еще год с верой в здешнюю медицину и ее возможности помочь моему ребенку. Но ситуация становилась все хуже и хуже, ребенок вырос, при этом его развитие двигалось назад, а не вперед. Когда же местные специалисты попросту сказали, что помочь мне ничто не может, и я должна смириться с ситуацией, я начала изучать проблему аутизма самостоятельно. Результаты этих поисков меня просто шокировали: – аутизма не существовало вообще всего 60 лет назад! Но именно тогда в детских вакцинах начали использовать тимеросал – ртутное соединение, используемое в качестве консерванта. Существует множество исследований, показывающих четкую взаимосвязь между вакцинами, содержащими тимеросал, и уровнем аутизма в данной стране, отдельно взятом штате или просто в выбранной группе людей. Уровень аутизма падает в десятки раз в течении нескольких лет в тех странах, которые перестают использовать вакцины с тимеросалом хотя бы для детей до 3-х лет – это тот возраст, когда отравление тяжелыми металлами может привести к развитию аутизма; позднее это просто будут уже другие проблемы, но они все равно будут. Существует уже довольно большой процент успешно вылеченных (до 90%) аутистов с помощью специальной терапии, позволяющей очистить организм от тяжелых металлов (у аутистов всегда находят высокое содержание ртути в организме). Успех терапии тем выше, чем раньше начато это лечение. Все эти исследования и вся эта информация об опасности вакцин, не доходит до нас только потому, что фармацевтические компании прилагают громадные усилия к этому. Они зарабатывают огромные деньги на вакцинах с тимеросалом. Когда я столкнулась с этим потоком информации, с одной стороны, мне не верилось, что канадские врачи используют такие опасные вакцины для детей. С другой стороны, мне ничего больше не оставалось, как попробовать самой помочь своему ребенку – от него же все равно все врачи отказались, сказав, что ситуация безнадежна. Я нашла материалы о том, что "Autism Research Institute" <http://www.autismwebsite.com/ari/index.htm>, организация, которая почти 40 лет занимается проблемой аутизма, несколько лет назад начала проводить конференции для врачей и исследователей, где обсуждаются результаты исследований в этой области и результаты применения этих исследований. В результате ими был разработан DAN (Defeat Autism Now) – методика, по которой уже сегодня можно проводить лечение детей, больных аутизмом. Врачи, использующие её, есть уже во всем мире. Но не в России! (Я знаю только об одном таком враче на сегодняшний день). Принципы, положенные в основу этого лечения сводятся к следующему – убрать от ребенка все вредное, дать ему полезное, и он сам восстановится. Основная часть лечения, без которой невозможно полное восстановление ребенка – вывод ртути из организма. Той самой ртути, которая осела у него в клетках после вакцинации. Аутизм развивается не всегда, потому что часть детей может вывести ртуть из организма полностью или частично, а часть – не может. Дети из последней категории становятся аутистами, если это отравление произошло до 3-х лет. Исследования показывают, что в последние годы увеличилось число детей, которые развивались нормально до какого-то возраста, а потом теряли навыки и регрессировали. Именно это и произошло с моим ребенком, он регрессировал в возрасте 2-х лет. Сейчас ему 4.5 года, он не говорит, не имеет навыков самообслуживания, его развитие соответствует возрасту 1.5 годовалого ребенка. В течении последних полутора лет и до настоящего момента наша жизнь превратилась в постоянную борьбу за ребенка. Мы неплохо продвинулись вперед, ребенок больше не регрессирует, он развивается, но до окончательной победы нам еще очень далеко. Я до сих пор не знаю, удастся ли нам вылечить ребенка до конца и сколько времени и средств на это уйдет. Поверьте мне, намного проще не допустить эту проблему, чем ее потом решать, даже если уже известно, чем она вызвана и как с ней можно бороться. На сегодняшний день статистика по заболеваемости аутизмом уже приблизилась в Соединенных Штатах к 1 случаю на 160 детей, а в некоторых штатах это 1 случай на 130 детей! Число больных детей растет год от года, хотя еще 10 лет назад это было довольно редко встречающееся заболевание: 3-4 случая на 10000 детей. Статистика по Канаде лучше – 1 случай аутизма на 500 детей. Ситуация в Штатах намного хуже ситуации в Канаде, потому что там в первые часы жизни делается вакцинация против гепатита В. Используемая при этом вакцина содержит громадное количество ртути. Но полтора года назад эта вакцина вошла в план обязательной вакцинации и в Канаде... Мне уже страшно смотреть на местных малышей сейчас и видеть все те признаки, которые я наблюдала в этом возрасте у своего ребенка. Мы увидим, как изменятся данные по Канаде в ближайшие год-два из-за начала использования этой страшной вакцины для всех (раньше мы за нее платили дополнительно, поэтому делали ее далеко не все). Большинство родителей этих детей, как и я когда-то, верят,

что это всего лишь возрастные проблемы. Но это не так, аутизм не исчезает сам по себе. Почему я обращаюсь сейчас именно к жителям стран СНГ, в первую очередь – России? Потому что именно они оказались в самом ужасном положении, какое только можно себе представить. Эти страны совершенно не подготовлены к эпидемии аутизма. Вспомните, видели ли вы аутистов, когда вы росли? Я уверена, что почти никто из вас, как и я, даже не слышал раньше об этой проблеме. А в Канаде и Штатах о ней знает каждый. Теперь немного цифр. Чтобы вырастить аутичного ребенка, канадское правительство тратит около 3 млн. долларов; при этом все равно только 5% аутистов затем способны самостоятельно жить и работать. Все остальные до конца дней остаются в специальных интернатах, или же на попечении родителей, в случае легкой формы аутизма. Часто как минимум один из родителей такого ребенка не может работать, потому что он требует постоянного надзора. Кроме того, более 50% этих детей умственно отсталые. Обучение аутистов – это специальная терапия, проводящаяся по индивидуальным программам, которая обходится примерно в \$30 000 в год, у нас эта программа финансируется местными властями. Аутичным детям требуется помощь и других специалистов: специалиста по развитию речи, специалиста по развитию моторики и т.д. Этих специалистов нам в Канаде, как и в Штатах, тоже оплачивает правительственная программа. А в России? Теперь посмотрите, что происходит сегодня. Сейчас в США и других странах полным ходом идет кампания за полное запрещение вакцин, содержащих ртутный консервант. Статьи об этом печатают уже на первых полосах самых известных печатных изданий, многие люди требуют от своих врачей использования чистых от тимеросала вакцин. Они уже есть в Северной Америке, только нужно поставить доктора в известность о том, что вы не хотите травить вашего ребенка тимеросалом. Но фармацевтические компании не хотят сдаваться и платить бешеные штрафы, поэтому они до сих пор официально не признают свою вину в трагедии миллионов детей-аутистов. Более того, они хотят успеть продать уже выпущенный товар. Именно поэтому они не признают опасности присутствия ртути в детских вакцинах, хотя уже доказано, что тимеросал не прошел нужных испытаний, когда начиналось его использование 60 лет назад в детских вакцинах. Им все равно, сколько еще детей от него пострадает, им важно не упустить свою прибыль. Один из их последних маневров – сбывать вакцины с тимеросалом в страны, где такие вакцины пока не запрещены. Мне сейчас пишут люди с Украины и России об этом – вакцинация обязательна, но вакцин без тимеросала найти там уже невозможно! Они все с ртутью! Проверьте вакцины, которыми колот ваших детей, вы увидите, что тимеросал сейчас везде. Исследования показывают, что 3 укола с этим консервантом, сделанные до 3-х лет приводят к тому, что аутизм у таких детей развивается в 27 раз чаще, чем у других детей. Зато практически неизвестны случаи аутизма среди невакцинированных детей! Есть еще одна огромная проблема в странах СНГ - там невозможно провести терапию очистки ребенка от тяжелых металлов, т.н. терапию хелатирования. Даже если отвлечься от проблемы аутизма и от того, что эта терапия – единственный реальный шанс вылечить такого ребенка, при современной экологической ситуации, просто немыслимо, что нигде в СНГ такая терапия не проводится! Основная причина написания этого письма – развернувшаяся сейчас в России агитационная кампания за вакцинацию детей против гриппа. Оставляю на совести тех, кто лжет вам, доказывая эффективность такой вакцинации, но не полнитесь, посмотрите состав вакцины: все вакцины от гриппа содержат тимеросал! Если еще можно где-то найти в мире чистые детские вакцины, то вакцин от гриппа без тимеросала просто не существует! Когда я говорю об опасности этого яда для маленьких детей, это не означает, что для других он безопасен. Посмотрите на список проблем, которые вы или ваши дети могут получить благодаря этой очень сомнительной защите: Отравление тяжелыми металлами и проблемы, связанные с ним – сравнение симптомов аутизма и отравления ртутью; поведенческие структурные и функциональные аномалии, ассоциирующиеся с различными токсичными тяжелыми металлами – Оценочная шкала раннего детского аутизма – это основной тест, который проводят при диагностировании детей с подозрением на диагноз аутизм в Северной Америке. Для тех, кто хочет разобраться в этой проблеме досконально и родителей детей-аутистов очень рекомендую изучить документ с описанием последней инициативы от Autism Research Institute, напечатанный в 2005 году: “Виды лечения при отравлении ртутью и другими тяжелыми металлами аутизма и родственных ему расстройств: согласованная позиция”. Вот небольшие отрывки оттуда: “В течение последних нескольких лет увеличивалось число научных и клинических свидетельств того, что большая часть детей с аутизмом пострадала от отравления ртутью и другими тяжелыми металлами... Существует огромная разница в восприимчивости к ртути у разных людей - наследственность, возраст, пол и состояние здоровья - все это влияет на восприимчивость. У взрослых известно 78 вариантов, а у новорожденных этих вариантов может быть до 10,000. Метаболизм и процессы выведения также широко варьируются. В опытах с животными стало ясно, что новорожденные не выводят ртуть, пока находятся на грудном вскармливании, молочная диета повышает всасывание металлов в желудочно-кишечном тракте. Для выведения тяжелых металлов необходимо определенное количество желчи, а у новорожденных зачастую этого недостаточно. Кишечная флора также играет определенную роль в выводе ртути из организма, таким образом, использование антибиотиков снижает способность организма к выводу ртути. Стресс и болезни есть факторы, понижающие уровень глутатиона, что в свою очередь ведет к снижению способности организма выводить тяжелые металлы”. “Тимеросал – это консервант, используемый в производстве многих лекарств, включая вакцины для новорожденных и препараты иммуноглобулина, содержащие 49.6% этилена ртути (ethyl mercury). История применения тимеросала в вакцинах достаточно запутанная. Впервые его начали использовать в конце 1930-х годов, и как только количество прививок для новорожденных возросло, возросло и число детей, привитых вакциной с тимеросалом. Как часть текущего обзора биологических продуктов FDA объявила в 1999 году, что новорожденные, получившие сложную прививку с ртутисодержащим консервантом, могли получить уровень ртути в крови, превышающий нормы безопасности. В 1999 году Американская Ассоциация Педиатров (AAP) рекомендовала прекратить использование тимеросала в детских вакцинах, в 2001 FDA попросила производителей вакцин исключить тимеросал из детских вакцин. На сегодняшний день тимеросал исключен из состава большинства детских вакцин, но все-таки не из всех”. “Тимеросал как ртутный консервант (состоящий на 50% из ртути) до недавнего времени постоянно использовался в большинстве детских вакцин. Вот некоторые примеры содержания тимеросала в вакцинах - Гепатит В (12.5 mcg), DTaP (25 mcg), HiB (25 mcg), and PCV (25 mcg). Прививка Гепатит В делается при рождении, и считается, что при весе ребенка 3.4 кг. “безопасный уровень наличия ртути по нормам EPA - 0.34 мг; таким образом при введении вакцины Гепатита В

превышается рекомендованный "безопасный" уровень в 36 раз; дети с меньшим весом подвергаются большему риску, потому что вакцины - это такой редкий тип лекарств, доза которых не зависит от возраста или веса (одна и та же доза обычно дается и взрослому, и недоношенному младенцу). Если ребенок получил полный перечень прививок в 1990-х годах, значит он получил примерно 237.5 mcg ртути в первые 15 месяцев жизни". "...Исследования Бернарден и др. показывают, что симптомы, описанные в литературе об аутизме, точно такие же, как симптомы, описанные в литературе о токсичности ртути, и наоборот. Поэтому очень возможно, что дети, пострадавшие от отравления ртутью, в дальнейшем будут диагностированы как "аутисты", что зачастую является просто констатацией факта, что они имеют проблемы общения /поведения/ и социальной адаптации, причины которых неизвестны. Отравление ртутью скорее всего становится причиной многих случаев возникновения "аутизма". ...Младенцы имеют ограниченную способность выводить ртуть, а у детей с аутизмом эта способность еще ниже, в силу низкого уровня глутатиона и активного использования оральных антибиотиков. Более того, антибиотики повышают ядовитость ртути". "Многие врачи утверждают, что проведение долгосрочных мероприятий по детоксикации у детей-аутистов приводит к высокому уровню выведения токсичных металлов, содержание которых в организме заметно снижается после нескольких месяцев терапии. Из организма выводятся часто несколько видов тяжелых металлов, поэтому не надо забывать, что время выведения разных металлов не одно и то же. Долгосрочная терапия по детоксикации в результате приводит к различного рода улучшениям, а если это проводится с маленькими детьми, то самый главный результат заключается в снятии диагноза аутизм". На своем форуме я отвечаю на вопросы, связанные с биомедицинскими и учебными терапиями для аутистов. Я хочу чтобы все люди, дети которых уже пострадали от вакцинации, знали - аутизм не генетическое заболевание, ваши дети просто были отравлены, следовательно, ваших детей можно вылечить. С уважением, Элина elina5x86@mail.ru.

Постановление правительства РФ N 885 от 02.08.1999 г).
Приложение 9. Состав отечественных и зарубежных МИБП. [5]

Вакцины	Прививочная доза, способ введения	Компоненты	Другие вещества
АКДС	0,5 в/м	Дифтерийный анатоксин 30 МИЕ Столбнячный анатоксин 40 МИЕ Коклюшная цельноклеточная убитая вакцина 4 МИЕ	Гидроокись алюминия Мертиолят
Тетракок	0,5 мл в/м, п/к	Дифтерийный анатоксин 30 МЕ Столбнячный анатоксин 60 МЕ Коклюшная цельноклеточная убитая вакцина 4 МИЕ Имовакс-Полио	Гидроокись алюминия 2-фенолэтанол Формальдегид
АДС	0,5 мл в/м, п/к	Дифтерийный анатоксин 30 МИЕ Столбнячный анатоксин 40 МИЕ	Гидроокись алюминия Мертиолят
Д.Т.Вакс	0,5 мл в/м, п/к	Дифтерийный анатоксин 30 МИЕ Столбнячный анатоксин 40 МИЕ	Гидроокись алюминия Тиомерсал
АДС-М	0,5 мл в/м, п/к	Дифтерийный анатоксин 5 Lf Столбнячный анатоксин 5 ЕС	Гидроокись алюминия Мертиолят
Имовакс Д.Т. Адюльт	0,5 в/м, п/к	Дифтерийный анатоксин 2 Lf Столбнячный анатоксин 40 МЕ	Гидроокись алюминия Тиомерсал
Оральная полиомиелитная вакцина	0,2 per os	Аттенуированные вирусы полиомиелита 1 (1 млн. TCID), 2 (100 тыс. TCID), 3 (300 тыс. TCID) типов	Канамицин Фенол
Полио Сэбин Веро	0,1 per os	Аттенуированные вирусы полиомиелита 1, 2, 3 типов	Человеческий альбумин Фенол
Имовакс Полио	0,5 п/к	Инактивированные вирусы полиомиелита 1, 2, 3 типов	2-феноксизэтанол Формальдегид
Коревая	0,5 п/к	Аттенуированный вирус кори штамм JL-16 (1000 TCID)	Белок перепелиных яиц Аминогликозиды
Рувакс	0,5 п/к	Гиператтенуированный вирус кори Schwarz (1000 TCID)	Белок куриных яиц Человеческий альбумин Аминогликозиды
Паротитная	0,5 п/к	Аттенуированный вирус паротита штамм JL-3 (10 тыс. ГАДЕ50)	Белок перепелиных яиц Аминогликозиды
ММР	0,5 п/к	Гиператтенуированный вирус кори штамм Edmonston (1000 TCID) Аттенуированный вирус паротита Jeryl Lynn (5000 TCID) Аттенуированный вирус краснухи штамм Wistar RA 27/3 M (1000 TCID)	Белок куриных яиц Аминогликозиды Сорбит
Энджерикс В Эбербиовак Н-В-Вакс Эувакс	0,5 и 1,0 в/м	HBsAg	Гидроокись алюминия Тиомерсал Белок дрожжей

Клещевого энцефалита культуральная	1,0 п/к	Инактивированный вирус клещевого энцефалита	Куриный белок Гидроокись алюминия Альбумин человека Канамицин
FSME Иммуно Инжект	0,5 в/м	Инактивированный вирус клещевого энцефалита	Гидроокись алюминия Альбумин человека Тиомерсал Формальдегид
Энцекур	0,5 в/м	Инактивированный вирус клещевого энцефалита	Гидроокись алюминия Формальдегид Аминогликозиды
Ваксигрипп Флюарикс Бегривак	0,25 и 0,5 в/м, п/к	Расщепленные вирусы гриппа 3-х актуальных штаммов по 15 мкг гемагглютинина каждого	Тиомерсал Формальдегид Отоксиналол Неомицин Куриный белок
Инфлювак	0,25 и 0,5 в/м, п/к	Поверхностные антигены 3-х актуальных штаммов вируса гриппа	Тиомерсал Формальдегид Неомицин Куриный белок
Хаврикс 1440/720	0,5 и 1,0 в/м	Инактивированный вирус гепатита А	Гидроокись алюминия Неомицин
Аваксим	0,5 в/м	Инактивированный вирус гепатита А	Гидроокись алюминия Неомицин Феноксиэтанол Формальдегид Соли натрия
Акт-ХИБ	0,5 в/м, п/к	Полисахарид Haemophilus influenzae тип b	Столбнячный протеин Трометамол Сахароза
Пневмо 23	0,5 в/м, п/к	Капсульные полисахариды Str. Pneumoniae 23 серотипов	Фенол Соли натрия
Менинго А+С	0,5 в/м, п/к	Полисахариды N. Meningitidis групп А и С (по 50 мкг)	Лактоза Соли натрия

Червонская. Об опасности химических веществ входящих в состав вакцин.

Хотелось бы отметить еще одно досадное обстоятельство, которое бытует среди некоторых специалистов в оправдание побочных прививочных реакций. Считается, что при достаточной эффективности вакцин можно пренебречь их реактогенностью. Такого рода рассуждения служат лишь маскировкой плохой работы авторов вакцин и должны встречать категорические возражения. Профилактические вакцины, применяемые для детей, должны быть минимально реактогенны и высокоэффективны. Прививочные препараты такой характеристики при желании и настойчивости могут быть получены.

П. Ф. Здродовский

Увы, добрые и научно обоснованные напутствия известного отечественного эпидемиолога, микробиолога и иммунолога академика П. Ф. Здродовского, как и многих других, о которых мы обязательно будем рассказывать, остались лишь пожеланиями.

Казалось бы, само собой разумеется: во избежание дополнительной нагрузки на иммунную систему и поствакцинальных осложнений «неизвестной этиологии», вакцины должны быть высокоочищенными и состоять исключительно из биокомпонентов, относящихся к процессу иммуногенеза целенаправленного действия. Даже при строжайшем соблюдении таких условий вряд ли можно избежать поствакцинальных осложнений. Любое лекарственное средство обладает побочным действием, побочными эффектами. Наряду с этим, как известно, прямо противоположной точки зрения придерживаются контролёры ГНИИСКА и Комитета экспертов ВОЗ распространяющие РПИ, которые считают, что эффективность - достаточный критерий оценки «качества» вакцин.

Однако врач без знаний состава вакцины не может определить даже очень приблизительно первопричины неадекватных реакций на прививку, причины поствакцинальных осложнений.

В моем интервью журналисту В. Умнову речь шла, во-первых, о нецелесообразности существования ГНИИСКА, функционирующего в конце XX века на грани знаний 40-х годов, а в изучении безопасности вакцин - на уровне 150-200-летней давности - «Закрой этот контрольный институт, вакцины не будут ни лучше, ни хуже...». Во-вторых, об опасности химических веществ содержащихся в вакцинах с разрешения контролёров этого «национального контрольного органа», притом «безопасность которых не изучена ни в одной биологической модели». Информация по генетике, иммунологии, гигиеническим нормам и токсикологии однозначно подтверждала вредное влияние «допустимых» в вакцинах доз формалина (водного раствора формальдегида) и ртуторганических солей даже на взрослый организм.

Отсюда, вполне резонно, возникали вопросы: когда и кем разрешено, какими методами доказали безопасность, наконец, сколько ПДК (предельно допустимых концентраций) можно и нужно вводить парентерально грудному ребенку, чтобы избежать осложнения на формалин и ртуторганическую соль - мертиолят?

Ответов нет до сих пор, но АКДС, содержащая вполне определяемые количества формалина и ртуторганической соли (мертиолята), используется массово - «всем подряд», что «удобно с организационной точки зрения» - по мнению некоторых вакциноводов.

Не могу отвечать за «весь мир», но в отечественной профильной литературе, начиная с 1960 г., затем из десятилетия в десятилетие приводятся сведения о том, что "самого серьёзного усовершенствования требует АКДС... серии АКДС, приготовленные даже по единым техническим требованиям, как в разных производственных, так и в условиях одного и того же института, существенно отличаются друг от друга по иммуногенной активности. Это зависит от нестандартности применяемых сред, условий ведения производственных штаммов, способов обезвреживания антигенов, качества сорбента и многих других, трудно учитываемых факторов», - сообщают контролёры и «стандартизаторы» этих «биопрепаратов» в 1975 г. и раньше, и позже. Тем более что никогда и никем не определялась их «иммуногенная активность». Ничего не изменилось и теперь: «До настоящего времени нет единого мнения специалистов относительно состава и соотношения различных антигенов... разноречивы данные по эффективности АКДС... Поэтому (Почему «поэтому»? – Г. Ч.) в настоящее время необходимо направить объединенные усилия на защиту детей с помощью существующих средств - качественной АКДС...».

Цитируемое «умозаключение» контролера Чуприниной вполне соответствует и её представлениям о стандартизации коклюшного компонента, небрежно излагаемым в протоколе контрольного опыта. Из протокола ее контроля следует, что препарат признается «качественным и безопасным»... для грудных детей, если 50% мышей выживают (?!). Чудовищная методика в конце XX века для препаратов, используемых в «профилактике здоровья» детей!

В течение всех лет работы в ГНИИСКе нам так и не удалось получить из спецлаборатории, контролирующей АКДС, коклюшный антиген. Это всегда был конгломерат, содержащий и формалин, и другой пестицид - мертиолят. Так что у нас было много причин для избрания АКДС экспериментальной моделью при изучении её безопасности спустя 30 лет с начала применения в нашей стране в практике детского здравоохранения. [5]

С какой целью такое количество химических веществ - 500 мкг/мл формалина и 100 мкг/мл мертиолята - используется в АКДС? Многочисленные выписки из протоколов ученых советов ГНИИСКа подтверждают их присутствие для подстраховки стерильной работы на предприятиях, изготавливающих эти «биопрепараты». Специально обращаю ваше внимание: не для стабильности сохранения свойств вакцины, а для «гарантии стерильности». Что ж тут удивительного, когда многочисленные официальные документы свидетельствуют об отсутствии стерильных условий при изготовлении АКДС-«вакцины», например:

- "Материальная база и техническая оснащённость предприятий крайне неудовлетворительны, они не соответствуют не только международным требованиям, но и установленным в Российской Федерации нормам" (МГ, 5 ноября 1993 г.) - здесь речь идет в основном о производстве антибактериальных препаратов. С изготовлением противовирусных вакцин в этом смысле значительно лучше, хотя...

- "Исследование иммунологической безопасности вакцин является новым направлением в оценке качества вакцин и их стандартизации", - пишет в 2000 г. и четверть века тому назад один и тот же иммунолог, теперешний директор ГНИИСКа.

Иными словами, считается нормой, что в нашей стране не умеют готовить препараты в стерильном виде, что и обуславливает добавление к антибактериальным вакцинам антибактериальных химических веществ.

Во-вторых, не научились определять их основное предназначение - влияние на функциональное состояние иммунокомпетентных клеток. То есть, если провести аналогию, то представьте себе кардиотропные средства без изучения их основного показателя - влияния на сердечно-сосудистую систему. Абсурд!

Полная изоляция отечественных предприятий, производящих вакцины, а также контролирующих их организаций - ГНИИСКа и Комитета вакцин и сывороток (КВС) - от всех (!) достижений смежных дисциплин в последние полвека привели неприкасаемое "прививочное дело" к признанию того, что будто бы "вторым свойством вакцинного препарата является его побочное действие, проявляющееся в поствакцинальных осложнениях, в том числе в сенсбилизации организма, привитого к широкому спектру аллергенов" - довольно открытое и искреннее признание. "второе свойство вакцин... - поствакцинальные осложнения"?!

Прежде всего подобное заявление контролеров вакцин лишний раз подтверждает их понимание предназначения вакцин как практической "помощи детям". Они не мыслят эту помощь без обязательных поствакцинальных осложнений. Но при этом, как известно, наших граждан уверяют в том, что нет никаких осложнений после прививок...

Честно говоря, написанное контролерами ГНИИСКа, среди которых один из авторов - бывший председатель КВС, и представленное издательством "Медицина", настолько меня насторожило, что я начала сомневаться в здравомыслии этих медицинских сочинителей.

Трудно поверить в то, что нами было обнаружено в составе АКДС при исследовании более 300 серий. Очевидно, не случайно появилась-таки у нас "отказная" статья, представленная в "Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии" (ЖМЭИ). Эта работа выполнена с иммунологами и генетиками. Статья содержала очень важные сведения, однозначно подтверждающие высокую токсичность химических веществ, содержащихся в АКДС. Рукопись возвращена с резюме того же председатель КВС Сумарокова (о чем мы узнали значительно позже): "Статья содержит сведения, препятствующие публикации в открытой печати. Содержание статьи дискредитирует качество советских вакцин, и ее публикация может привести к созданию негативного отношения к проведению плановой массовой иммунопрофилактики. Статью отклонить". Без подписи, но документ сохранен со штампом редакции. Вызывает удивление, как пропустили другие наши публикации, в которых мы тоже ничего хорошего не говорили об АКДС.

Теперь сравним два нижеследующих документа. Согласно Наставлению по применению, действовавшему до конца 80-х гг.: "Адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина представляет собой взвесь коклюшных микробов, убитых формалином ИЛИ (внимание! - "ИЛИ"! - Г. Ч.) мертиолятом, и очищенных дифтерийного и столбнячного анатоксинов, адсорбированных на гидроокиси алюминия. Консервант - мертиолят в концентрации 0,01%", т.е. дополнительно в конечный продукт еще раз добавляется химическое вещество.

Для того, чтобы понять, как всем чиновникам безразлично, что и сколько вводится парентерально в организм грудного ребенка, обратимся к другому методическому документу по техническому изготовлению АКДС (МРТУ-42 №262-68), действовавшему также до конца 80-х гг. Я уходила из ГНИИСКа в 1989 г., там руководствовались тем же документом от 1968 г. Позже его переписали, превратив в требуемую фармстатью. Однако новая форма инструкции не поменяла технологию приготовления этой смеси, именуемой АКДС-"вакциной". Читаем в МРТУ в разделе III пункт 8 с. 2 вторая

строка снизу: «В 1 мл коклюшной взвеси должно содержаться не менее ...формалина 0,05% ...и (внимание - Г. Ч.) мертиолята - 0,01%», т.е. нет никакого «или», содержится и формалин, и мертиолят! - 500 мкг/мл формалина и 100 мкг/мл мертиолята - ртутьорганической соли. Два пестицида в профилактическом (не лечебном!) лекарственном средстве, используемом массово в детской практике здравоохранения. Союзы "или" и "и" - выделены мною для того, чтобы подчеркнуть несоответствие состава АКДС в Наставлении по применению и на самом деле - в процессе приготовления этого "биопрепарата". Отмеченное мною весьма существенно, поскольку детям вводят не «или», а два заведомо опасных химических вещества из-за отсутствия асептических условий на предприятиях, изготавливающих АКДС и прочие «биопрепараты». И, кроме того, чему же верить: написанному в Наставлении по применению или документам по изготовлению?!

Как показали наши исследования, коклюшный «антиген» содержит два пестицида: и формалин, и мертиолят, а также балластные биокомпоненты - микробы, убитые в процессе стерилизации мертиолятом. Кто же может предсказать последствия в результате «иммунопрофилактики» подобным коктейлем?

Инспекционный контроль предприятий, в котором принимала участие и я, показал, что производства находятся в таком антисанитарном состоянии, что говорить о принципах асептики... было не с кем. Минздрав не мог не знать существующего положения, КВС - тоже, а контролеры из десятилетия в десятилетие «контролировали» то, что не имело право на существование.

Я отказывалась понимать подобную "профилактику здоровья" наших младенцев. Объединив некоторых специалистов на основе совместной работы, направленной на получение некоторых фактических материалов, куда мы только не обращались? Во все здравоохранительные и "охраняющие здоровье детей" инстанции! Мы почти кричали о необходимости привлечения к работе над вакцинами иммунологов нового поколения, аллергологов, токсикологов и гигиенистов, генетиков и цитопатологов, патофизиологов и других специалистов. Ведь, судя по перечню поствакционных осложнений, не существует ни одной области медицины, куда бы прививки не привнесли ятрогенную патологию. При этом мне приходилось слышать неоднократно на учёных советах ГНИИСКА - «Мы и без вас знаем, что формалин и мертиолят не конфетки, но таков порядок изготовления АКДС, и этот «порядок» диктует нам ВОЗ». О ВОЗе мы обязательно расскажем дополнительно, теперь же не мешаю к «порядку», благодаря которому в препаратах появляются и совершенно ненужные дополнительные антигены - микробы, убитые мертиолятом: с рук персонала предприятий, из воздуха, наконец, из самой продукции, предназначенной для приготовления вакцин. Исходя из реальности - отсутствия стерильных условий - считается «порядком» добавление ртутьорганической соли и в так называемые «ослабленные» варианты - АДС, АДС-М и пр., а также на некоторых предприятиях и в сывороточные препараты - иммуноглобулины. [5]

На основании проведенных нами исследований был сделан вывод: АКДС, производимая в условиях отечественных предприятий, является серьезным химико-биологическим конгломератом, очень опасным для применения его в детской практике здравоохранения. Полученные нами данные, а также известная обзорная информация об опасности формалина и солей ртути неоднократно докладывались на учёных советах ГНИИСКА, на заседаниях КВС, на конференциях и симпозиумах, представлены в виде трех отчетов НИР в Минздрав СССР и докладных записок. Принимались даже положительные решения, в которых признавалась важность установленного нами, и все оставалось по-прежнему. Всё свелось, в конце концов, к тому, что нам приклеили ярлык «противники прививок». Получилось «как всегда». Очень тщательно, с приведением обзоров известной литературы, полученных нами данных, а также откликов специалистов разных областей медицины и юристов, эти материалы собраны и подробно представлены в виде Доклада-сборника РНKB РАН в 1994 г.

А спустя почти 10 лет на конгрессе «Человек и лекарство» (1999) директор ГНИИСКА Н. В. Медуницын в своем докладе сообщил о снижении содержания формалина и мертиолята в биопрепаратах в 10 раз. Далее, в его монографии, вышедшей в 1999 г., сказано: "Настало время рассмотреть вопрос об исключении мертиолята из некоторых сорбированных препаратов... тем более что такие примеры есть...". Давно пора последовать этим "примерам", особенно в части вакцин, применяющихся для детей, но пока это все еще "вероятно", т.е. может еще и не состояться. Тем временем массовая профилактика "здоровья" детей продолжается с "помощью" АКДС, содержащих оба опасных пестицида. Напомним, что вводится она трижды, массово, парентерально (чрезкожно) грудным детям. Как-то плохо это сочетается с экологией в здоровье ребенка.

Формальдегид, водный его раствор - формалин, входящий в состав многих инактивированных вакцин. Доказано, что он является одним из наиболее известных мутагенов, аллергенов, обладает эмбриотическим действием. "При обследовании беременных работниц в возрасте 18-30 лет отделочного производства текстильной промышленности, работающих в контакте с формальдегидом более 3-х лет, выявлена патология беременности. Самопроизвольные аборт-выкидыши и преждевременные роды наблюдались чаще у первородящих... Новорожденные матерей-работниц отделочного производства имели массу тела и рост меньше, чем новорожденные контрольной группы. Снижение массы тела у новорожденных находились в прямой зависимости от стажа работы", - опубликовано в 70-х гг., т. е. более 30 лет назад.

Экспериментальными исследованиями на животных и клиническими наблюдениями на людях в 90-е годы продолжают подтверждаться факты того, что после парентерального воздействия формальдегида на уровне ПДК, ПДУ (предельно допустимых концентраций или уровней), рассчитанных, однако, для воздуха рабочей зоны, увеличивается частота аномалий внутренних органов. В опытах на крысах отмечены задержка развития скелета, изменения кислотно-щелочного состояния крови у зародышей, а также снижение показателей физического развития крысят, изменение их поведенческих реакций в ювенильном и половозрелом возрасте, - как писали акушеры-гинекологи из Ленинграда.

Аналогичными серьезными данными располагают акушеры-гинекологи из других городов бывшего СССР, приславшие свои "отказные" работы, опубликованные теперь в Докладе-сборнике РНKB РАН. Особая ценность этих материалов заключается в том, что, во-первых, изначально проведены "многолетние клинические наблюдения за молодыми матерями, получившими сполна - с рождения всю "положенную сетку прививок". Во-вторых, позже эти специалисты воспроизвели свои клинические наблюдения на животных, также доказав возможности выкидышей и серьезных изменений поведенческих реакций "подростковых" животных - кроликов и крыс. В-третьих, эксперименты были проведены исключительно на беременных животных и на малышах после рождения в такой основательности введения вакцин, как предусмотрено календарем прививок: БЦЖ, АКДС (трижды) и т.д.: "О тревожных результатах наших исследований мы многократно устно и

письменно информировали сотрудников Минздрава, писали докладные на имя президента АМН СССР, директоров профильных институтов ... они излагались на заключительных отчетах НИР...". Всё как у всех, в том числе и у нас, и результат тот же: "Но все меры и стремления разбудить - передать нашу тревогу организаторам здравоохранения и кураторам иммунопрофилактики оказались безрезультатными". Результаты наблюдений цитируемых выше клиницистов особенно важны потому, что на практике, т.е. до внедрения каскада прививок: БЦЖ, АКДС и пр. не было поставлено ни одного опыта на животных "грудного возраста" в такой последовательности использования вакцин, как происходит с новорождёнными и грудными детьми в нашей стране. Не существует подобных экспериментов и по сей день, т.е. в 2002 г.! Иными словами, условия проведения прививок и контроль безопасности вакцин не равнозначны! Мы продолжаем об этом говорить и писать, но...

Кратко об аллергенных свойствах формалина: отёк Квинке, крапивница, ринопатия, астматические бронхиты, бронхиальная астма, аллергические гастриты, холецистоангиохолиты, колиты, изменение кожи в виде лихенизации, эритемы, трещин, шелушения и др. - полная аналогия с теми поствакцинальными осложнениями, которые отмечают педиатры и другие специалисты вот уже 40 лет после применения АКДС. В токсикологической литературе сказано: "Недопустимо введение под кожу, в мышечно, парентерально веществ, обладающих раздражающим действием" - хорошо известное свойство "жжения" после инъекции АКДС и др. инактивированных вакцин, содержащих формалин. Очевидно, в связи с таким свойством формалина во всех (!) публикациях ВОЗ по изготовлению и контролю вакцин рекомендовано "нейтрализовать остаточные количества этого инактиватора".

Для кого же написано такое количество статей, монографий и справочной литературы по иммунологии, если контролеры вакцин не в состоянии их анализировать и применять, среди них - "О вредном действии формальдегида в низких концентрациях, дающих отдаленные вредные эффекты"?!!

Казалось, бессмысленно и безнравственно доказывать и опасность солей ртути для грудных детей, когда широко известны последствия их воздействия на организм взрослого человека. Напомню, что соли ртути более опасны, нежели сама ртуть. Но всё оказалось не так-то просто. Оказывается, опасно из воздуха, воды, пищевых продуктов, ну, а вакцины и грудные дети - вне этого, сами по себе. Наряду с этим, давно известно, что чувствительность детского организма следует помножить на 100 - дети в 100 раз более чувствительны ко всем вредным факторам. Кроме того, чрезкожный контакт с токсичными веществами гораздо более интенсивен и опасен, чем респираторный путь поступления. Но нет никаких реакций со стороны чиновников-вакцинаторов, среди них - санврачей и гигиенистов, в отношении чрезвычайного поступления формалина в комплексе, с одной стороны, с чужеродным белком - специфическим антигеном, с другой - с ртутьорганической солью - мертиолятом - в организм грудных детей!

Мертиолят, закупленный Минздравом СССР, используемый и теперь при изготовлении вакцин в России, имеет предупреждения от фирм: "не для лекарств", "только для лабораторных исследований". Такой мертиолят более не производят в Европе из-за экологической опасности для окружающей среды. Из этого же документа следует: фирмы не принимают от нас заказ, а мы настаиваем. "Ну и что, - сказал Ф. Ф. Резепов на одном из ученых советов, - а мы будем закупать его в Африке, теперь там строят такие заводы...пятьдесят лет производили такую АКДС и еще сто лет будем готовить так же"... - тот самый Резепов, который является главным "контролером" АКДС. И ведь он оказался прав, судя по монографии Н. В. Медуницына. Мертиолят, используемый нашей страной - этилртутиглюцилатнатрия - аналог гранозана (протравителя семян). И в мертиоляте, и в гранозане действующим началом является этилртуть. "Алкилртутные соединения (метил и этил) не применяют в медицине, это высокотоксичные соединения, они в отличие от большинства других соединений липофильны, медленно выводятся из организма, поэтому могут накапливаться в нервной ткани...".

Вот что нам пишет профессор, аллерголог В.А. Стригин из Уфы: "О токсичности ртутных соединений известно давно. Когда речь идет о введении в организм в составе медицинских биологических препаратов, то надо иметь в виду следующее. Ртуть из организма выделяется очень медленно, она может обнаруживаться в моче спустя несколько месяцев после прекращения контакта. Поступает в кровь в течение длительного времени, даже спустя ряд лет после прекращения всякого контакта. Самого серьезного внимания заслуживает способность ртутных соединений вызывать сенсбилизацию организма. Повышенная чувствительность к солям ртути описана многократно. К настоящему времени накоплен значительный материал об аллергии к мертиоляту. Сообщалось, например, о высокой чувствительности пациентов к мертиоляту, используемому в виде влажной повязки. В другом случае большой лихорадочный раствор мертиолята на ноги, после чего у него развился эритематозно-везикулярный дерматит. О мертиолятных дерматитах сообщают многие практические врачи.

Наибольший интерес представляют данные о реакциях на мертиолят, вызванных предыдущим введением медбиопрепаратов, консервированных этим ртутным соединением. Так, отмечены реакции на мертиолят у людей с предшествовавшей прививкой анатоксином или введением туберкулина, консервированного мертиолятом. (На возможность таких реакций после введения туберкулина, содержащего очень незначительные дозы мертиолята, указывают и эксперты ВОЗ - Г. Ч.). Описан случай, когда пациент, сделавший себе ранее татуировку с помощью киновари, содержащей ртуть, приобрел, во-первых, локальный везикулярный стоматит (ему поставили амальгамовую пломбу); а во-вторых, спустя некоторое время после инъекции столбнячного анатоксина, у него развилась сильная местная реакция. [5]

Другими специалистами установлено, что мертиолят является причиной реакций, отмечаемых после введения иммуноглобулинов, содержащих этот консервант. В сыворотке лиц, давших подобные реакции после введения такого иммуноглобулина, были найдены антитела к мертиоляту. Авторы подчеркивают, что гиперчувствительность, индуцированная введением препарата, содержащего мертиолят (у нас это могут быть АКДС, АКДС-м, иммуноглобулины), может проявиться после введения другого препарата, консервированного аналогичным образом. (В связи с этим хотелось бы отметить довольно частые неадекватные реакции и осложнения после повторного введения ребенку АКДС и др. её модификаций. Возможно, это тоже реакции детей с повышенной чувствительностью к соединениям ртути. - Г. Ч.). Заслуживает внимания и сообщение о том, что в опытах с клетками белой крови здоровых лиц мертиолят проявляет себя как либератор гистамина. В наших опытах на мышах и морских свинках мертиолят оказался, безусловно, токсичным: наблюдалось изъязвление на месте его введения, облысение животных, падение массы тела и гибель. (Результаты, аналогичные тем, которые мы получили в ГНИИСКе и представили их комиссии, которая проверяла "достоверность"

полученных нами данных - Г. Ч.). В свете изложенного представляется, во-первых, недопустимым использование мертиолята в противоаллергических препаратах (гистаглобулинах и аллергоглобулинах). Кроме того, с учетом всех отрицательных свойств этого ртутного соединения, правомерна постановка вопроса об отказе от мертиолята для любых медицинских биологических препаратов". Письмо проф. В.А. Стригина сопровождается перечнем использованной литературы, ссылками на справочники, а также таблицами с результатами собственных экспериментальных данных, что обсуждалось на Ученом совете в том же ГНИИСКе.

В наших отчетах НИР также фигурировали параметры: облысение, парез задних конечностей у новорожденных мышшей, резкое падение массы тела и гибель новорожденных мышшей и морских свинок. Служители вивария в ГНИИСКе из-за жалости к этим несчастным экспериментальным животным - истощенным, с некрозами кожи - просили усыпить их как можно скорее, но животные погибали самостоятельно медленной смертью. Мы располагаем многочисленными подобными заключениями от самых компетентных специалистов нашей страны, что, тем не менее, до сих пор не повлияло на состав "вакцины" АКДС.

Из других источников также давно известно о том, что спектр вредного биологического действия ртутных солей довольно широк. Известно около 100 ферментов, функции которых блокируются тяжелыми металлами и их солями, в том числе и ртутными. При этом, во-первых, особенно существенно поражаются ферментные системы, осуществляющие энергетический обмен. Страдает и гормональная система. У всех "на слуху" бедствие, происшедшее в бухте Минимата в Японии, когда беременные женщины употребляли в пищу рыбу, содержащую ртуть из-за того, что один из заводов сбросил ядовитые отходы в море. Пострадали многие семьи, но прошло почти 10 (!) лет, прежде чем удалось установить связь между потреблением этой рыбы и рождением детей с тяжелыми повреждениями мозга и другими дефектами. Однако японцы тщательно и скрупулезно занимались этим вопросом, в отличие от нас. Особенно токсичными являются органические соединения тяжелых металлов, в частности, этил- и метилсоединения ртути. Выявлено избирательное влияние их на генеративную функцию.

Основные опасности от ртуторганических солей: поражение центральной и периферической нервной системы, почек, изменение ферментативной микросомальной фракции печени, нарушение деятельности сердца и аллергия. В основе патогенеза интоксикации алкилртутными соединениями лежит нарушение белкового синтеза на ранних стадиях, вплоть до генетических нарушений.

Еще одной стороной токсического действия ртути является их влияние на проницаемость мембран, что способствует возникновению "метаболического хаоса" на уровне клеток и субклеточных структур. Не менее значимым является способность солей тяжелых металлов вызывать неблагоприятные отдаленные последствия, что в самой серьезной степени определяет их большую опасность для растущего детского организма. "Метаболический хаос" может привести к необратимым процессам и появлению автономных клеток, вышедших из-под влияния регулирующих систем организма. "Удивительное участие всех клеток организма в правильном функционировании их сообщества прерывается неповиновением одной из них. Для сообщества это становится угрожающим, так как потомство клетки-"бунтаря" разделяет ее неповиновение. Более того, оно наследует это неповиновение и даже усиливает его, образуя "банды" клонов все более дикие для конкретного организма...".

Накопление во внутренней среде организма ребенка любого постороннего вещества крайне нежелательно, а подчас и просто опасно, поскольку иммунная система не всегда справляется с "пришельцем", что влечет за собой неизбежное нарушение обмена веществ. При оценке опасности для здоровья ребенка этого "чужака", следует учитывать, что для процесса канцерогенеза существует длительный латентный период, который обычно становится тем длиннее, чем слабее воздействие.

"Правильное" нормирование таких веществ как формалин и ртуторганическая соль для парентерального введения в организм грудных детей крайне затруднительно. Поэтому в свое время в материалах ФАО/ВОЗ, посвященных ПДК ртутной соли в продуктах питания (!), специально оговорено, что действующее РТW1 не распространяется на детей.

Всё известное об опасности ртуторганических веществ демонстрирует, как правило, этиологию интоксикации человека по цепочке: зерно-хлеб-человек; отравленное зерно - птица - мясо птицы - человек - промышленные отходы (стоки) - водоем - рыба - человек. И нигде, никакие санитарные "нормы" не упоминают и не учитывают "хроническую затравку" ртуторганической солью грудных детей, получающих ее парентерально трижды в первые полгода жизни. Что еще нужно доказывать?!

За 12-летний период работы в ГНИИСКе мною выполнены три темы НИР, поданы три отчета: два в Минздрав, третий - в Президиум АМН СССР по разделу "Педиатрия, задание ГКНТ". Одна из тем называлась: "Разработка новых информативных методов количественной оценки и качества ведущих свойств профилактических препаратов массового использования в детской практике здравоохранения". Конкретная тема нашей лаборатории, в частности моего исполнения: "Разработать методы выявления повреждающего действия вакцины, АКДС и иммуноглобулинов на клетки для оценки качества профилактических препаратов". "Научная ценность" моей четвертой темы НИР (на 1989-1992) была обусловлена тем, "что в СССР допустимые концентрации химических веществ, входящих в состав готовых форм МИБП, не изучались на их безопасность ни в одной биологической модели". Но и в это никто не хочет вникать!

Как же допустили наличие столь вредных и опасных химических веществ в конечных формах инактивированных вакцин? Ни единого документа на этот счет не было обнаружено. Спустя 30 лет после внедрения АКДС в практику массовых прививок в бытность П. Н. Бургасова Главным государственным санитаром страны, а чуть позже - А. И. Кондрусева, нам предложили составить "Программу по расширенному изучению токсичности мертиолята". Естественно, мы отказались от составления названной программы, ибо она предполагала проведение экспериментов на детях прививками АКДС, приготовленной с мертиолятом и без него. Дополнительным обоснованием отказа служили вышеприведенные давно и хорошо известные сведения как о вредности формалина, так и мертиолята, подтвержденные и нашими экспериментальными данными. Самое странное впечатление производили контролеры ГНИИСКа, упорно настаивавшие на том, будто бы указанные концентрации формалина и мертиолята "требует ВОЗ" и... наша страна "обязана выполнять эти требования". Подобные утверждения - откровенная ложь, поскольку во всех рекомендациях ВОЗ, изданных с 1960 г. и

проанализированных мною, сказано: "Любой доклад ВОЗ не обязательно представляет решение или официальную политику ВОЗ... использование биопрепаратов и добавок к ним - на усмотрение национального контрольного органа той страны, которая производит вакцины". И такие рекомендации вполне оправданы. В противном случае, зачем же существуют национальные контролирующие организации - ГНИИСК и КВС, если можно без дополнительного контроля ввозить все (!), веря "на слово" зарубежным фирмам, которые, вместе с тем, предупреждают что мертиолят, закупленный у них, - "только для лабораторных исследований... не для лекарств". Казалось бы, уже такое предупреждение должно насторожить и обеспечить немедленное выведение этой ртутиорганической соли из лекарственных препаратов, используемых для "профилактики здоровья" детей. Но не тут то было.

С какой целью добавляют ртутиорганическую, соль в некоторые отечественные "биопрепараты"? А.И. Кондрусев: "Применяемый в производстве АКДС - вакцины мертиолят выполняет роль стабилизатора иммуногенных свойств (Но их никто и никогда не изучал - "иммуногенные свойства" - Г. Ч.) и подавляет реактогенность коклюшного компонента" (вместе с формалином... "подавляет реактогенность"?! - Г. Ч.) - ("Комс. правда", 09.10.88.). При таком неграмотном ответе, естественно, возникают вопросы:

зачем мертиолят вводят в АДС, АД ДС-М и т. д., не содержащие "К" - коклюшного компонента?

почему мертиолят используют не на всех отечественных предприятиях, изготавливающих сывороточные препараты - иммуноглобулины, однако и без этого вредного консерванта производят качественные препараты в стерильном виде? Например, в Екатеринбурге. При инспекционном контроле с моим участием выяснилось, что на таком предприятии г. Екатеринбурга производство работает без мертиолята... с 60-х годов!

Т. А. Бектимиров (короткое время бывший директором ГНИИСКА): [5]

"1. Имеющиеся в институте материалы и требования ВОЗ к медицинским биопрепаратам не дают основания для немедленного исключения мертиолята из состава АКДС и других сорбированных препаратов.

2. Учитывая, что согласно НТД (нормативно-технической документации) на иммуноглобулины добавление мертиолята не является обязательным (А где - "обязательным"?! - Г. Ч.), возможен полный переход на выпуск иммуноглобулинов без мертиолята, одновременно улучшив производственные условия на предприятиях, выпускающих препараты с мертиолятом... (Г. Ч.: Уж сколько раз до него принимались подобные решения, например, в 1983 г.).

4. ...разрабатывать технологии, производящие и позволяющие исключить консерванты из биопрепаратов;

5. при поступлении в КВС или ГИСК новых препаратов, содержащих мертиолят, просить авторов представлять обоснования включения консерванта в биопрепарат", - из Ученого совета ГНИИСКА (ГИСКА) от 30.01.87 г.

Следовательно, по Заклчению ГНИИСКА, нельзя исключить мертиолят как "консервант" из сорбированных препаратов.

Почему? Дополнительное преступное объяснение других контролеров смотри ниже. Кроме того, не очень-то понятно: включать консерванты типа мертиолята в биопрепараты или... разрабатывать новые технологии, которые должны обеспечивать стерильность без дополнительных антибактериальных веществ - пестицидов? А. А. Сумароков (бывший председатель КВС): "... следовать рекомендациям ВОЗ, согласно которым не только допускается, но применительно к отдельным препаратам настоятельно рекомендуется использование мертиолята, что... гарантирует стерильность препаратов, как при их выпуске, так и в процессе применения", - из протокола заседания КВС от 04.02.87 г.

Выходит, в конце XX века ни производить, ни вводить стерильно вакцины не научились у нас в стране?! Еще одно подтверждение этому письмо в КВС проф. Л. А. Сумарокову (13.12.85 г.) от зав. лабораторией гриппа и ОРЗ Н. И. Лонской: "Рассмотрев изменения № 5 к ТУ 42.14. 258-81 на вакцину гриппозную химическую адсорбированную убитую жидкую, представленные Уфимским НИИВС, лаборатория гриппа и ОРЗ ГИСК им. Л. Л. Тарасовича считает представленные данные, обосновывающие исключение мертиолята, недостаточными для исключения консерванта из вакцины, так как консервант добавляется для сохранения стерильности вакцины. При этом следует иметь в виду, что наличие гидроокиси алюминия не допускает контролирования вакцины по физическим свойствам, что может привести к необнаружению макропророста и введению при вакцинации значительного количества микробных клеток". Более неграмотного представления о стерильности вакцин и проверке их на отсутствие грязи (!!!) - бактериальной контаминации - придумать невозможно.

Удивительно и другое! Предприятие гарантирует стерильность препарата без добавления пестицида, а контрольный орган страны требует присутствия в нем ртутной соли?! Другой документ из того же НИИВС, Уфа: "Директору ГИСК им. Л. А. Тарасевича т. Бектимирову Т.А., 03.07.86 г. от Магазова Р. Ш., Нейштадта Я. С., Юсупова В. Г. - Изменения к регламенту производства АКДС: Исследования показали, что опытная АКДС-вакцина по своим свойствам отвечает всем требованиям МРТУ-42, № 262-68 на АКДС-вакцину.... При проверке через 1 год и 5 месяцев иммуногенность коклюшного компонента опытных АКДС была ниже требований МРТУ, что наблюдалось вне зависимости от наличия или отсутствия мертиолята". Представленные на утверждение "Изменения к МРТУ... на АКДС-вакцину" содержат пункты, касающиеся возможности изготовления АКДС-вакцины без мертиолята".

Есть и иные документы, в которых обосновывается исключение, изъятие мертиолята с производств при соблюдении асептических условий в процессе изготовления медицинских биологических препаратов. Контролеры перепутали понятия: стабилизация свойств, консервация и стерилизация. А теперь обратимся к некоторым рекомендациям ВОЗ которая, якобы, "настоятельно рекомендует использование мертиолята": "Упоминание некоторых компаний или продукции отдельных изготовителей не означает, что ВОЗ отдает им предпочтение по сравнению с другими, не упомянутыми в тексте, или рекомендует их к использованию; как правило, патентованные наименования выделяются начальными прописными буквами...". Я не встретила ни одного упоминания ВОЗ о патентовании мертиолята, отсутствуют и "настоятельные рекомендации" по его использованию во всех сериях технических докладов ВОЗ по контролю биопрепаратов.

Мы никогда бы не узнали, какой мертиолят вводится нашим детям, если бы не оплошность Ю. Я. Якушевича, директора ЦНИИВС им. И. И. Мечникова - предприятия в Петрово-Дальнем, обратившегося в ГНИИСК (письма от 22 июня и 4 декабря 1984 г.): "В настоящее время препарат, поступающий в СССР из ФРГ, Швейцарии, США, имеет надписи - "только для лабораторных целей"... "не применять для лекарств". Требованиям приказа №31 препарат отвечает, однако, эти надписи вызывают сомнения...". Оговорюсь, что в приказе № 31 определяется его "достаточность" в вакцине - от 100 мкг до 140 мкг/мл готовой продукции и... всё! Эти надписи, говорящие о предназначении закупленного мертиолята, трагичные для

здоровья наших малышей, вызывают у изготовителя вакцин, применяемых для грудничков, всего лишь "сомнения". Мало этого, до сих пор производственники и контролеры ГНИИСКА, а также некоторые руководители здравоохранения пытаются доказать (без документов и экспериментальных исследований), "доза-то маленькая и никаких бед не приносит". Для кого же она "ничтожно мала", если отсутствуют документы от фирм, рекомендующие ее введение грудным детям, а ГНИИСК не изучал ее - "ничтожно малую", - на безопасность?! Нет никаких данных о сочетанном действии мертиолята и формалина, никогда и никто не изучал этот конгломерат на животных-малышах в плане непосредственных реакций и отдаленных последствий, скажем, для подростков. Фирмы предупреждают, следовательно, не несут никакой ответственности за действия наших вакцинаторов и контролеров страны! Совершенно необязательно брать "под козырек", увидев рекомендации ВОЗ: на то они и "рекомендации". Но без качественной характеристики опасного воздействия невозможно предсказать (!) неблагоприятные последствия, тем более неблагоприятные последствия для детей. При этом надо учесть, что формалин плюс ртутная соль - далеко не все испытания "на прочность" и выживание, выпадающие на долю наших младенцев.

Напомню, АКДС и её "ослабленные" модификации - сорбированная смесь на гидроокиси алюминия. И здесь международные требования не соблюдены ни на стадии разработки сорбированных вакцин, ни в процессе контроля - "Особые факторы, подлежащие учету при оценке пригодности и безопасности адъювантов, предложенных для применения на человеке":

- обычных тестов на острую и хроническую токсичность, применяемых для оценки безопасности лекарственных средств, здесь явно недостаточно - перед решением вопроса об использовании адъювантов;
- вещества, используемые для адъювантных целей, должны быть химически чистыми, иметь четкий химический состав, который должен быть легко воспроизводим... не должны содержаться химические вещества - канцерогены и посторонние примеси, могущие вызывать побочные реакции;
- изучить биорасщепляемость с тем, чтобы можно было избегать: дополнительного раздражения, могущего привести к повреждению тканей, чрезмерной стимуляции иммунной системы, возможной индукции рака вследствие длительного раздражающего действия;
- усиление иммунологической активности не должно быть чрезмерным, т.е. адъювант (А) должен максимально усиливать действие антигенов, но не влиять на собственные антигены хозяина;
- вакцина с "А" не должна содержать антигены, перекрестно реагирующие с антигенами человека, т.е. должна максимально уменьшить возможность аутоиммунных реакций;
- "А" не должен вызывать развития аллергической гиперчувствительности;
- должен быть химически чистым с определенной химической структурой (ввиду сложности получения алюминиевых сорбентов с одинаковыми физико-химическими свойствами возможны колебания в активности между различными сериями одних и тех же вакцин);
- "А" не должен быть канцерогеном или усиливать действие канцерогенов;
- должен усиливать действие только вакцин и не оказывать других влияний на иммунную систему, таких, как трансформация лимфоцитов, высвобождение эндогенных пирогенов, простагландинов, интерферонов и др.;
- должен легко подвергаться биодеградации и элиминироваться из организма;
- вакцины с "А" должны быть безопасными при парентеральном введении и не оказывать побочных явлений (абсцессов и т.п.); [Г. Ч. - согласно рекомендациям ВОЗ "вакцины не должны оказывать побочных явлений", а согласно заявлениям наших контролеров - "осложнение - второе основное свойство вакцин"];
- "А" не должен обладать пирогенными и тератогенными свойствами, необходимо исследовать возможное тератогенное действие "А", если его применение рассчитано на женщин детородного возраста..."

Ни одно из условий оценки безопасности гидроокиси алюминия у нас не выполнено! Еще более жестко "требования к безопасности адъювантов" сформулированы Национальным институтом аллергии и инфекционных болезней (Бетесда, США, 1978) (Экспресс-информация: Пер. с англ. М. 1980, с 16). А теперь попробуйте сосчитать, сколько ПДК, не мнимых, а реальных получает ваш в первые полгода жизни из воздуха, воды, пищевых продуктов и... после оздоровительного мероприятия- вакцинации?! Последнее - инъекционно, т. е. посредством одного из самых действенных путей поступления ядов.

Мертиолят - клеточный яд - надпись на этикетке. Мы делаем все от нас зависящее для привлечения внимания онкологов, гематологов, токсикологов, гигиенистов, педиатров-вакцинаторов к примитивным методам оценки безопасности вакцин, к существующей системе массового "оздоровления" детей подобной профилактикой. Мое знакомство с некоторыми отечественными предприятиями, изготовляющими антибактериальные вакцины, произвело на меня тяжелое, гнетущее впечатление. Полное отсутствие культуры производства лекарственных средств, за которой не надо ехать ни в США, ни в Германию, ни в Японию, а всего лишь в институт полиомелита и вирусных энцефалитов - теперь им. академика Чумакова... под Москвой. С помощью журналистов нам удалось сделать документальный фильм о работе совсем иного предприятия, производящего АКДС и расположенного тоже под Москвой: в Петрово-Дальнем. Администрация этого производства с гордостью демонстрировала свои "достижения", даже не понимая, что показывать такой уровень изготовления вакцин в наше время - позор! Никаких представлений о стерильной работе, о стандартности содержания экспериментальных животных, о гуманном обращении с ними для получения достоверных результатов... Такие предприятия надо было давно-давно закрыть! Телефильм прошёл по программе "Добрый вечер, Москва!" 5 октября 1991 г. Но, заинтересовав несколько десятков специалистов, в их числе пришедших в ужас нескольких участковых педиатров, он не вызвал соответствующей реакции у организаторов повальных прививок АКДС. Позже, в 1992 г., по просьбе российского правительства ведущие специалисты шести стран мира проводили экспертизу нашей лекарственной фармакологической промышленности. Результаты экспертизы частично изложены в газете "Куранты" (15.09.92). Приглашенные зарубежные специалисты установили, что все предприятия (!), занимающиеся в нашей стране изготовлением лекарственных средств, находятся в очень тяжелом состоянии; производственная технология фармсредств отстает на 40-50 лет от мировых требований и стандартов; полностью отсутствует адекватный контроль качества; нет биологических баз со стандартными экспериментальными животными, условия изготовления препаратов абсолютно антисанитарные. [5]

С чем же сравнивать производство АКДС, если известно, что контроль качества, изучение безопасности отечественных лекарственных лечебных препаратов и добавок к ним, судя по "руководящим методическим материалам", на несколько порядков выше, нежели "унифицированные методы контроля" профилактических средств - вакцин и, прежде всего, АКДС?! Было бы чуть проще, если бы АКДС-"вакцина" прошла первые стадии изучения безопасности, которые проходят противовирусные вакцины. Уверена, если бы такое случилось, АКДС никогда бы не была допущена в практику детского здравоохранения. За подобное состояние предприятий и национальные разработки в оценке качества вакцин должны отвечать наши здравоохранительные органы в лице (если оно есть!) ГНИИСКА и КВС а в целом Фармкомитета.

На самом деле ответственности не несет никто!

Дело в том, что мы - единственная страна в мире (!), где вакцины не считались лекарственными средствами, и были отнесены к этой категории лишь в связи с появлением в России закона "О лекарственных средствах", вступившего в силу всего лишь с 1998 г.! Должно быть, еще и поэтому "культура труда при изготовлении вакцин не соответствует международным стандартам". Сейчас хоть и изданы "новые методы" изучения безопасности вакцин, однако, написать - не значит внедрить. Между этими двумя понятиями существует пропасть, практически непреодолимая, из-за отсутствия материально-технической базы в условиях нашей долговременной и повсеместной запущенности. Таким образом, продолжается достоверно установленное "нормированное отравление людей". Добавлю от себя - нормированное отравление детей по современной расценке "допустимости", рассчитанной на взрослого человека... Тем более что, как и в случае с противопоказаниями, никто из родителей и взрослых "пациентов", направляемых на прививки и принуждаемых к ним, не ставится в известность о составе препарата. Сам подход к введению химико-биологического, многофакторного антибактериального комплекса - АКДС - является нарушением международных правил: во-первых, на этикетке должно быть предупреждение о содержании формалина и ртуторганческой соли; во-вторых, право выбора на введение такого суррогата должно быть за "пациентом" или родителями вакцинируемых детей.

В деле изучения безопасности вакцин требуется серьезная перестройка не только мышления контролеров и производителей, но и управленцев от Минздрава. Вместе с тем, моя работа ГНИИСКе показала, как нереально преодолеть консерватизм и безнадежную невежественность чиновников санэпиднадзора, которым почему-то (!) подчиняется все относящееся к производству вакцин и касающееся существующего "контроля", а также массового принуждения к вакцинации совершенно неизученными на безопасность профилактическими средствами - "вакцинами".

Генетики и иммунологи, с которыми мы проводили исследования, заключают: "Такие вакцины как АКДС не просто токсичны, но проверить их действие как лекарственного препарата современными генетическими и иммунологическими методами не удастся вследствие гибели тест-системы (культуры эмбриональных клеток человека и лимфоцитов). Исходя из общепризнанных соображений, можно сказать: поскольку человеческая популяция гетерогенна, то в ней найдутся индивидуумы, которым введение той или иной вакцины противопоказано, поскольку можно спровоцировать начало патологических процессов".

Из протокола Ученого совета ГНИИСКА, 16.04.84: Резепов Ф.Ф. (о нашей работе): "Исследования очень важны и интересны. Их следует одобрить и развивать дальше. Мертиолят применяется 30 лет и рекомендован ВОЗ, но его следует по возможности изымать, и вопрос этот ставить более остро. Его, конечно, можно убрать, но потребуются более четкая работа производителей в отношении стерильности изготовления вакцин, иммуноглобулинов и других биопрепаратов"... Квирикадзе В. В.: "Мы проводили опыты и установили, что мертиолят анафилактикогенен, усиливает аутоиммунные реакции (повреждение собственных клеток организма! - Г. Ч.). Пора поставить этот вопрос на более высоком уровне для выведения мертиолята на производствах"... Фрадкин В. А.: "Направление заслуживает самого серьезного внимания, следует отказаться от узаконенных методов определения безвредности, поскольку они мало воспроизводимы и мало способствуют выбраковке некачественных препаратов. Есть основания ставить вопрос об использовании на производствах всех условий выпуска стерильных препаратов. Нельзя ли снизить допустимые концентрации других химических веществ? Это также необходимо и пора пересмотреть. Нашему институту нужны союзники, например, Институт пестицидов в Киеве. Он изучает действие пестицидов на организм человека. Следует заслушать эти исследования как проблему на Комитете вакцин и сывороток и Комитете перспективного планирования Минздрава СССР". Быченко Б. Д.: "Дать только факты... направить в Комитет перспективного планирования Минздрава СССР". Мнения такого количества... профессоров от медицины! Были выступления и других контролеров ГНИИСКА, заслушаны заключения специалистов разных смежных дисциплин (они сохранены). Но последние никогда и нигде не были учтены, поскольку маховик производства нестерильных вакцин, набравший обороты с момента их внедрения в практику, крутится по сей день! Все рекомендации нами выполнены, материалы направлены, но затерялись где-то в "компетентных органах", очевидно, и в Комитете перспективного планирования.

Разобщенность специалистов, абсолютное нежелание объединяться, действительно во имя здоровья детей (!), например, контролёров вакцин, тем более пересмотреть и проанализировать известное из смежных областей, применительно к этим профилактическим препаратам, содержащим химические вещества, приводит к околонучным рассуждениям "о малых дозах" - "невредных и безопасных" для детей пестицидов, вводимых "всем подряд" парентерально. Вместе с тем, общеизвестно: безопасных пестицидов не существует. Приводимые здесь, а также другие источники многочисленных материалов свидетельствуют и о том, что при сочетанном действии таких веществ вредное влияние их усиливается. Опасные химические вещества, поступающие из разных источников, неминуемо снижают функции защитных сил организма, тем более детей - растущего организма. Я не могу ответить на вопрос, почему мы - нация не в состоянии понять это. При таком "здравоохранении" иммунная система отказывается быть физически полноценной и возникает "синдром иммунологического безмолвия", говоря современным языком - синдром приобретенного иммунодефицита, т. е. СПИД.

При существующем подходе к "профилактике здоровья" осложнения для ребенка неотвратимы, и в значительно большем количестве, нежели предписано Правительством России. Удаленные последствия 200-летнего применения вакцин являются по крайней мере, у пяти поколений человечества, и частота их возрастает. Характер патологических приобретений никто не может предсказать заранее. Этот раздел я написала для того, чтобы вооружить врачей и молодых родителей знаниями о возможных причинах поствакцинальных осложнений, т.е. о причинах заболеваний, которые привносятся не только

посредством чужеродного белка, но и благодаря наличию в "вакцинах" очень опасных химических веществ. Происходит массовое нарушение экологического равновесия новорожденных и грудных детей посредством инвалидизирующей "медицинской помощи".

ДОКЛАДНАЯ ЗАПИСКА

Направлена в Минздрав СССР, в АМН СССР, Комитет вакцин и сывороток, Директору НИИ стандартизации и контроля медицинских биологических препаратов им. Л. А. Тарасевича Минздрава СССР профессору Бектимирову Т. А. [5]

Обоснования к немедленному выведению мертиолята из АКДС-вакцины и других медицинских биологических препаратов (МБП), применяемых с целью профилактики (без проведения повторных исследований):

1. В АКДС-вакцине, кроме мертиолята, содержится второй бактерицид - формальдегид, что объясняется контролерами из спецлаборатории следующим: инактивация коклюшных компонентов проводится формальдегидом, а «доинактивация» - мертиолятом (Резепов и Чулринина).

2. В Наставлении по применению АКДС-вакцины сказано: «коклюшные микробы убиты формалином или мертиолятом», однако в МРТУ 42 № 262-68, раздел III, п. 8, стр. 2, вторая строка снизу - читаем: «в 1 мл взвеси должно содержаться не менее... формалина 0, 05% и мертиолята 0, 01%»...

3. Между тем известно, что условия приготовления формализированной коклюшной вакцины отличаются от мертиолятной: с добавлением формалина оставляют на сутки при температуре 17-22°C, с мертиолятом - при 35-36°C; до применения АКДС-вакцина формализированная хранится при 3-10°C не менее 1,5 месяца, мертиолятная - не менее 3-х месяцев. Смущают и давностораживают три выше обозначенных пункта, противоречащих друг другу.

4. Профессор М. С. Захарова имела в виду не совмещение двух химических веществ, а взаимозаменяемость (устная консультация).

5. Нет ни одной другой вакцины, в которой содержалось бы два бактерицида - известных пестицида.

6. Известные положения о том, что все консерванты, содержащие соли ртути, высокотоксичны и аллергогенны (фенол и мертиолят разрешается иногда применять в медицинской практике, но только на кожу, при заболеваниях); диагностические препараты, вводимые парентерально, не должны содержать ни фенола, ни мертиолята.

7. Положение о том, что препараты в малых расфасовках, используемые для инъекций, не должны содержать антибактериальные средства. АКДС, как известно, расфасована для 1-2-разового применения и вводится ребенку парентерально.

8. В ГИСКе существует образец стандарта визуального определения мутности бактериальных взвесей (следовательно, используется как «наглядное пособие»). Однако к нему сформулированы требования безопасности: «токсично, содержит мертиолят в соотношении 1: 10000», т. е. ту дозу, которая допустима в готовой продукции АКДС вместе с формальдегидом.

9. Известно, что мертиолят может снижать активность специфических белков разного происхождения.

10. Проведенными нами исследованиями установлено: мертиолят в дозе, разрешенной для одноразового введения ребенку, высокотоксичен в диплоидных клетках человека - фибробластах эмбриона; при введении его мышам массой 6-8 г и новорожденным. Из Приказа № 31 «частной фармакопейной статьей предусмотрено использование животных меньшей массы», однако в этом же разделе Приказа совершенно отсутствуют указания на какое бы то ни было количество животных, используемых в контроле; АКДС-вакцина, приготовленная без мертиолята, тоже обладает анафилактическими свойствами, но ни в одном случае при ее введении животным мы не отметили ни образования некрозов, ни гибели животных; но это установлено в случае использования АКДС с мертиолятом или одного мертиолята: некрозы можно рассматривать как сенсibilизацию замедленного типа, анафилаксию - сенсibilизацию немедленного типа (исследования проведены согласно требованиям к изучению аллергенных свойств ядохимикатов - пестицидов - бактерицидов при установлении безопасности при кожном применении). В целом же то количество животных, которое было использовано нами для постановки опытов по токсичности и анафилаксии, конечно, было несравнимо большим, чем это предусмотрено Приказом № 31, инструкциями этого приказа.

11. Речь идет в данном случае не об испытании нового вещества с неизвестными свойствами, которое предлагается для введения человеку, а об изъятии из состава МБП и, прежде всего, из АКДС, известного ядохимиката, аналога гранозана - протравителя семян, несущего потенциальную дополнительную опасность для организма ребенка. Полученные нами экспериментальные данные только частично подтвердили имеющиеся сведения о токсичности и аллергических свойствах этого ртутьсодержащего вещества... Технология приготовления препаратов без содержания в них мертиолята (АКДС, грипп-вакцина и иммуноглобулины) разработана Уфимским ИВС. Следовательно, необходимо повысить культуру изготовления медицинских препаратов и на других предприятиях и выпускать стерильные вакцины, необходимые здравоохранению, без дополнительного введения в них химических веществ «для создания стерильных условий».

Предложения, сделанные нами на заседании КВС 9 февраля 1983 г.:

1. Исключить мертиолят из АКДС-вакцины. В этом препарате содержится другой бактерицид - формальдегид во вполне определяемых количествах, способных сохранять стерильность препарата. Это два взаимозаменяющих бактерицида, использование каждого из них требует соблюдения индивидуальных условий в работе с вакцинами разного происхождения.

2. Исключить мертиолят из иммуноглобулинов (две трети предприятий нашей страны готовят сывороточные препараты без введения в них консервантов и выпускают продукцию стерильной!).

3. Рассмотреть вопрос о возможности исключения мертиолята из других МПБ и замене его другими инактивирующими химическими веществами, содержание которых в готовой форме вакцины не должно превышать ЦТД в культуре клеток 1:10.

В настоящий момент считаем нецелесообразным и неправильным:

- составление программы по изучению свойств мертиолята, допустимого для введения ребенку в концентрации 0, 01%; это вещество достаточно полно охарактеризовано в специальной литературе;

- проведение наблюдений на детях, вакцинированных АКДС-вакциной с мертиолятом и без него (предложения сделаны на

Ученом совете Резеповым, Сумароковым и Озерецковским); препараты, вводимые в организм детей, должны совершенствоваться до наблюдений на детях; кроме того, тридцатилетний опыт «наблюдений на детях» клиницистами нашей страны показал, что АКДС-вакцина и АДС-М высоко реактогенны и вызывают «обилие» поствакцинальных реакций - осложнений разного характера (данные опубликованы);

- вводить детям профилактические вакцины, ставить на них антительные пробы (туберкулиновая проба - реакция Манту - «пуговка») средствами, содержащими в своем составе химические вещества, поскольку такие препараты вызывают дополнительные неспецифические реакции организма, последствия которых непредсказуемы для каждого отдельного ребенка, а реакция Манту может давать ложноположительный ответ;

- введение (парентеральное) детям препаратов, содержащих в готовых к применению формах антибактериальные вещества, не прошедшие контроль на токсичность в культуре клеток человека (фибробласты или лимфоциты) - техника проведения экспертизы сходна с проведением работ по испытанию инактивированной полиовакцины.

Докладная была подана директору Т. А. Бектимирову 08. 04. 87 за подписью профессора А. Т. Кравченко и моей, а 15. 04. 87 мы получили от него ответ:

Глубокоуважаемый Анатолий Тимофеевич!

В связи с Вашей докладной запиской, подготовленной совместно с Г. П. Червонской, относительно исключения мертиолята из АКДС-вакцины сообщая следующее. Ученый совет ГИСК им. Л. А. Тарасевича рассматривал этот вопрос 30 января 1987 г. и рекомендовал продолжить изучение этой проблемы. Комитет вакцин и сывороток Минздрава СССР на своем заседании 4 февраля 1987 г. согласился с рекомендациями ГИСК. При отсутствии каких-либо дополнительных научных сведений не считаю целесообразным в настоящее время ревизовать решения вышеупомянутых компетентных органов. Полагаю, что принятие волонтеристских решений только на основании Вашей докладной, хотя и проникнутой заботой о здоровье людей, может лишь нанести вред. Как Вам известно, для изучения этой проблемы в ГИСК создан временный научный коллектив, на который возложена задача изыскания возможностей исключения мертиолята из биологических препаратов и, прежде всего, из АКДС-вакцины. Поскольку Вы не согласны с решениями Ученого совета ГИСК и КВС Минздрава СССР и полагаете, что проблема уже достаточно изучена, рекомендую Вам подготовить изменения к НТД и представить их в установленном порядке.

Директор Т. А. Бектимиров

Напомним, мы отказались от составления указанной программы. Во «временный коллектив» не были приглашены ни иммунологи, ни генетики, ни токсикологи, ни представители Фармкомитета, ни другие специалисты, знающие эту проблему. Рекомендация по подготовке к НТД не имела никакой смысловой нагрузки и практического осуществления. Потраченное на это время обернулось бы в «установленном порядке» отказом, подобно тому, который получил Уфимский НИИВС от контролера Лонской (см. выше). Таким образом, можно заключить, что национальный контрольный орган и «вышеупомянутые компетентные органы» одобрили и подтвердили разрешение на беспрепятственное многократное парентеральное введение грудным детям ртутьсодержащей соли в смеси с формальдегидом. И рекомендации ВОЗ здесь абсолютно ни при чем. Тем более что фирмы всегда могут отказаться, поскольку их предупреждения гласят: «не для лекарств... только для лабораторных целей». Представленные заключения «компетентных органов» вместе с их ссылками на «настоятельные рекомендации ВОЗ» выглядят тем более странными, когда известно:

- ВОЗ ввела в число контролируемых компонентов международной торговли продуктами питания восемь тяжелых металлов, среди них: ртуть, кадмий, свинец и др.; [5]

- 43-я сессия Всемирной Ассамблеи здравоохранения (WHA 43-1990 (REC)1) опубликовала свои решения, в их числе таблицу: «Перечень токсичных или опасных веществ, выбранных в качестве требующих первоочередного внимания», где «ртуть и ее соединения» занимают второе место по опасности после мышьяка;

- современные фармакопеи рассматривают экспертизу: содержание-отсутствие примесей тяжелых металлов в качестве необходимого критерия, подтверждающего доброкачественность или недоброкачественность лекарственных веществ, которые не должны быть загрязнены солями ртути и других тяжелых металлов в процессе технологических операций;

- решение Бюро отделения гигиены, микробиологии и эпидемиологии АМН СССР, протокол №15, 17. 11. 89 - «О ходе работ по усовершенствованию коклюшной вакцины»; «Рекомендовать НИИЭМ им. Н. Ф. Гамалеи АМН СССР ускорить исследования по разработке корпускулярной коклюшной вакцины, как монопрепарата, при полном исключении мертиолята».

Я была приглашена на это заседание, выступала. Позже мне стало известно, что лабораторно-производственные серии были готовы, но их проверка застряла где-то... в «компетентных органах»... А так принято еще в одной из стран «всего мира» (См.: Фармакология и фармакотерапия: В 2-х т. /Пер, с англ. Бомбей, 1983, с. 408, 410): «...предпочтительнее вакцинировать детей в возрасте до 5 лет препаратами, сорбированными не на гидроокиси алюминия, а на квасцах или фосфате алюминия... вакцины, содержащие алюминий, могут иногда провоцировать полиомиелит и аллергические реакции... ». «Цифры и факты, которые мы приводили в своих справках, были закрытыми. Видимо, от этого постоянного сдерживания наша "сабля" притупилась, кое у кого очерствела душа, ослабел голос», - отмечал бывший Главный государственный санитарный врач бывшего СССР Кондрусев. Значит, ведают, что творят...

Сравнительная характеристика чувствительности культур клеток человека: первичных лимфоцитов и ДКЧ к токсическому действию мертиолята и АКДС-вакцины:

ПРЕПАРАТ	КУЛЬТУРА КЛЕТОК:			
	ЛПКЧ			ДКЧ ^х
разведения	1-ый донор 6 10 ⁷ /мл	2-ой донор 6 10 ⁷ /мл	3-й донор 6 10 ⁷ /мл	6 10 ⁷ /мл
Первый этап - определение процента лизиса клеток через 24 часа инкубации с препаратом				
МЕРТИОЛЯТ				
1:100	47,9	45,0	64,8	35,0
1:1000	17,4	20,0	0	6,5
АКДС				
1:100	56,6	30,0	64,8	25,0
1:1000	43,5	15,0	0	0
Второй этап - определение процента мёртвых клеток из числа оставшихся после удаления лизированных				
МЕРТИОЛЯТ				
1:100	40,0	50,0	53,0	75,0
1:1000	29,6	33,3	14,2	18,0
АКДС				
1:100	41,0	36,0	53,0	35,0
1:1000	18,7	22,7	26,7	4,8
КОНТРОЛЬ	11,5	18,0	13,0	11,5
Третий этап-определение функциональной активности оставшихся живых клеток РБТЛ прирост ДКЧ через 72 часа				
МЕРТИОЛЯТ				
1:100	12,4	3,7	6,7	0
1:1000	12,7	1,6	12,8	25,0
АКДС				
1:100	88,2	1,4	10,7	20,0
1:1000	46,4	3,1	3,7	65,0
КОНТРОЛЬ	100,0	100,0	100,0	200,0

^х Одновременно установлено полное совпадение результатов в 4-х лабораториях

- II. Политика массовых прививок совершенно игнорирует индивидуальные особенности наследственности, подверженности различным болезням, состояния иммунитета, психоэмоционального статуса и пр. прививаемых Европа, наоборот, от прививок отказывается. "От рутинной иммунизации отошли многие страны. В Англии ее нет уже 100 лет. Как известно, сильно ослабленным детям прививок не делают (здесь последствия осознаются). Ребенку здоровому они едва ли нужны. Остаются лишь дети, естественный иммунитет которых находится на некоторой грани, за которой болезнь может легко развиваться. Выявить эту грань достаточно трудно. Но делать прививки всем не только нецелесообразно из-за возможных последствий, которые это может оказать на здоровье всего населения и которые мы еще не можем осознать в полной мере, но и неэтично. Таким образом поголовная иммунизация представляется предприятием, результатом которого в проекции на будущее является деиммунизация, т. е. ослабление общего иммунитета человека и его вырождение. Оказываемая «профилактика здоровья» является по своей сути тройным экспериментом на наших новорождённых: во-первых, экспериментом по выявлению неизвестных отдалённых эффектов - последствий введения генно-инженерной продукции, применяемой с этой целью впервые; во-вторых, экспериментом потому, что «проводят оценку эффективности сочетанной иммунизации новорождённых против гепатита В и против туберкулёза на фоне массовой иммунизации» - из того же приказа № 226/79 (нет такого нигде в мире, поскольку отсутствует вакцинация БЦЖ новорожденных!). Невероятно серьёзная нагрузка на организм новорождённых! В-третьих, это эксперимент как «широкомасштабная вакцинация на предмет выявления патологических синдромов» - в самом масштабном государстве, предоставлявшем для таких наблюдений неограниченное число собственных детей... не поставив в известность об этом родителей! К тому же «патологические синдромы» могут проявиться и год спустя, и пять лет и значительно позже... Принуждение, запугивания, преследования, замалчивание "отдельных фактов", ложь и прямая фальсификация статистики неизменно сопровождают прививки на протяжении всей их двухсотлетней истории. "Минздрав скрывает от украинцев побочные эффекты, противопоказания и особые предостережения относительно использования закупленной вакцины". На сайте www.privivki.ru есть такая кнопка: Рассчитайте персональный календарь прививок для Вашего ребенка!
- X. После таких страшилок следует, видимо, ужаснуться и бежать на прививку. Забывают только добавить, что все эти жуткие цифры относятся к беднейшим странам третьего мира, где дети умирают даже от элементарного голода, и ничуть не в меньших размерах. В развитых же странах цифры совсем другие. Так, например, тем же столбняком в США за восемь лет с 1992 по 2000 гг. заболело... аж целых 15 детей. Никто из них не умер, все выздоровели, в среднем каждый провёл в больнице 28 дней. Около двух заболевших в год. Страшно???
- X. Соблюдение норм и правил поддержания Холодовой цепи. В: Вы работали в лабораториях. Что Вы скажете о чистоте там?
О: Люди считают, что эти производственные лаборатории - чистейшее место в мире. Это неправда. Заражения случаются постоянно. "Строительный мусор" постоянно попадает в вакцины.
- XI. Противопоказания Компоненты вакцин, которые могут вызвать эти реакции, следующие: антигены вакцин, протеины животного происхождения, антибиотики, консерванты, стабилизаторы. Наиболее часто из протеинов животного происхождения используются белки куриных яиц. Они представлены в таких вакцинах, как противогриппозная, против желтой лихорадки. Культура клеток куриных эмбрионов может содержаться в коревой и паротитной вакцинах. В связи с этим, лицам, имеющим аллергию на яйцо кур, вводить указанные вакцины нельзя, либо с большой осторожностью. Если в анамнезе есть указания на аллергию к пенициллину, неомицину, то таким пациентам нельзя вводить вакцину MMR, так

как она содержит следы неомидина. В то же время, при указании в анамнезе на аллергию на неомидин в виде ГЗТ (контактный дерматит) - это не является противопоказанием для введения указанной вакцины.

Противопоказания к вакцинации детей БЦЖ-М.

Нозологическая форма	Допустимость прививок
1. Недоношенность - масса тела при рождении меньше 2300 гр.	При достижении массы тела 2300 гр.
2. Гнойно-септические воспаления кожных покровов	После выздоровления через 1 месяц
3. Внутриутробное инфицирование, сепсис	После выздоровления через 6 месяцев
4. Острые заболевания	После выздоровления через 1 месяц
5. Гемолитическая болезнь новорожденных	После выздоровления через 6 месяцев при отсутствии анемии
6. Перинатальные поражения мозга при выраженных клинических проявлениях	После выздоровления через 6 месяцев по заключению врача-невропатолога
7. Врожденные ферментопатии	Противопоказано
8. Иммунодефицитные состояния	Противопоказано
9. Генерализованная инфекция БЦЖ, выявленная у других детей в семье	Противопоказано

И снова целый массив информации от Червонской. [5]

Современные противопоказания к введению АКДС.

1. Острые инфекционные заболевания и неинфекционные - вакцинацию проводят не ранее 1 месяца после выздоровления;
2. Обострение хронических заболеваний - вакцинацию проводят индивидуально через 1-3 месяца от начала ремиссии;
3. Длительно текущие и тяжёлые заболевания (вирусные гепатиты, туберкулёз, менингиты, миокардиты, геморрагический васкулит и др.) - вакцинацию проводят индивидуально через 5-12 месяцев после выздоровления;
4. Необычные реакции и осложнения на предыдущее введение АКДС-вакцины:
 - тяжёлые формы аллергических реакций (шок, отёк Квинке, полиморфная экссудативная эритема);
 - судороги, эпизоды пронзительного крика, расстройство сознания;
 - тяжёлые обширные реакции (повышение температуры свыше 39,5 С, выраженные симптомы интоксикации);
5. Болезни нервной системы, судорожный синдром, общая или локальная неврологическая симптоматика;
6. Недоношенность (масса тела при рождении меньше 2500 г.) - вакцинацию проводят в возрасте 6 месяцев при условии нормального психомоторного и физического развития;
7. Тяжёлые формы аллергических заболеваний: шок, синдром сывороточной болезни, рецидивирующий отёк Квинке, генерализованная экзема, тяжёлые формы бронхиальной астмы;
8. Иммунодефицитные состояния, злокачественные заболевания крови и новообразования, назначение иммунодепрессантов.

А это - противопоказания к АКДС, существовавшие 30 лет до введения "новых"...

Клинические противопоказания к проведению прививок

Прививкам подлежат все здоровые дети, которые должны быть предварительно обследованы врачом (фельдшером на фельдшерско-акушерском пункте) с учётом данных их анамнеза (предшествующие заболевания, реакции на ранее сделанные прививки, аллергические реакции на лекарственные препараты, пищевые продукты и др.) и осмотрены с обязательной термометрией непосредственно перед прививкой. При необходимости проводят анализы мочи и крови. Детей с хроническими заболеваниями и аллергическими состояниями, проживающих в сельской местности, перед проведением прививки обязательно осматривает врач. Родители детей, посещающих детские дошкольные учреждения, должны быть заранее оповещены о дне проведения прививок. При отборе детей на прививку АКДС-вакциной, необходимо строго соблюдать противопоказания; при этом следует учитывать, что некоторые дети, имеющие противопоказания к введению АКДС-вакцины, могут быть привиты против дифтерии и столбняка АДС-анатоксинами. Ниже приводится дифференцированный перечень противопоказаний к иммунизации АКДС-вакциной и АДС-анатоксинами.

Медицинские противопоказания к проведению прививок АКДС-вакциной, АДС и АДС-М анатоксинами.

	Допустимость прививок		
	АКДС-вакцина	АДС-токсин	АДС-М анатоксин
-			
1. Острые заболевания (инфекционные и неинфекционные), включая период реконвалесценции	Не ранее месяца после выздоровления	Не ранее месяца после выздоровления	Не ранее месяца после выздоровления
Инфекционный гепатит (гепатит А)	Не ранее 6 месяцев после выздоровления	Не ранее 6 месяцев после выздоровления	Не ранее 6 месяцев после выздоровления
Сывороточный гепатит (гепатит Б)	Не ранее 12 месяцев после выздоровления	Не ранее 12 месяцев после выздоровления	Не ранее 12 месяцев после выздоровления
Менингококковая инфекция (генерализованная форма без менингита), инфекционные заболевания с затяжным и хроническим течением (сепсис, дизентерия, отит и др.)	Не ранее 6 месяцев после выздоровления	Не ранее 6 месяцев после выздоровления	Не ранее 6 месяцев после выздоровления

Хронические тонзиллит и аденоидит, требующие хирургического лечения	Не ранее 2 месяцев после операции или санации по заключению отоларинголога	Не ранее 2 месяцев после операции или санации по заключению отоларинголога	Не ранее 2 месяцев после операции или санации по заключению отоларинголога
2. Туберкулёз: лёгочные и внелёгочные формы в открытой фазе; выраженная туберкулёзная интоксикация с субфебрилитетом; вираж туберкулиновых проб	После выздоровления по заключению фтизиатра	После выздоровления по заключению фтизиатра	После выздоровления по заключению фтизиатра
3. Хроническая пневмония	Противопоказана	Не ранее 12 месяцев с момента ремиссии	Не ранее 6 месяцев с момента ремиссии
4. Аллергические заболевания Анафилактический шок, сывороточная болезнь в анамнезе, рецидивирующие отёки Квинке, распространённая крапивница, синдромы Лайела и Стивенса-Джонса	Противопоказана	Противопоказана	Противопоказана
Бронхиальная астма, астматический бронхит	Противопоказана	Противопоказана	Не ранее 2 лет от начала ремиссии (по заключению аллерголога)
Распространённая экзема, нейродермит, скрофулюс	Противопоказана	Противопоказана	Не ранее 12 месяцев от начала ремиссии
Аллергические реакции на отдельные аллергены (разнообразные сыпи и др. клинические расстройства)	Не ранее 3 месяцев после реакции	Не ранее 3 месяцев после реакции	Не ранее 3 месяцев после реакции
Реакция на АКДС-вакцину в анамнезе а. повышение температуры до 40С и выше в первые двое суток; б. тяжёлые аллергические реакции в. неврологические осложнения (судорожный синдром, пронзительный непрерывный крик в первые сутки)	Противопоказана	Противопоказана	Не ранее 12 месяцев после реакции (по заключению специалиста)
5. Болезни нервной системы: Наследственные, дегенеративные и прогрессирующие болезни нервной системы	Противопоказана	Противопоказана	Противопоказана
Эпилепсия, судорожный синдром в анамнезе	Противопоказана	Противопоказана	Не ранее 6 месяцев после припадка
Родовая травма с остаточными явлениями (детский церебральный паралич и др.)	Противопоказана	Противопоказана	При благоприятно текущих формах в возрасте старше одного года
Родовая травма, длительная асфиксия в родах без остаточных проявлений со стороны нервной системы	В возрасте после года	В возрасте после года	В возрасте после шести месяцев
Гидроцефалия де- и субкомпенсированная	Противопоказана	Противопоказана	Противопоказана
Гидроцефалия компенсированная	При стойкой компенсации в течение года	При стойкой компенсации не менее 6 месяцев	При стойкой компенсации не менее 6 месяцев
Дети из группы повышенного риска (угроза выкидыша у матери, акушерские пособия или оперативные вмешательства в родах)	В возрасте после 6 месяцев	В возрасте 3 месяцев	В возрасте 3 месяцев
Инфекционные заболевания ЦНС (менингиты, энцефалиты, энцефаломиелиты) с остаточными явлениями	Противопоказана	Противопоказана	Не ранее 2 лет после окончания острого периода
Без остаточных явлений	Через 12 месяцев после	Через 12 месяцев после	Не ранее чем через 6

	окончания острого периода	окончания острого периода	месяцев после окончания острого периода
Черепно-мозговые травмы (сотрясения мозга, ушибы, кровоизлияния в мозг и оболочки) с остаточными явлениями	Противопоказана	Противопоказана	Не ранее 2 лет после окончания острого периода
Без остаточных явлений	Через 12 месяцев после окончания острого периода	Через 12 месяцев после окончания острого периода	Не ранее 6 месяцев после окончания острого периода
6. Тяжёлые формы рахита (II-III), гипотрофии (II-III), авитаминозы	После выздоровления	После выздоровления	После выздоровления
7. Гемолитическая болезнь новорожденных. Тяжёлая недоношенность (Вес меньше 2 кг.)	В возрасте после 1 года, при нормальных показателях общего развития и крови	В возрасте после 1 года, при нормальных показателях общего развития и крови	В возрасте после 1 года, при нормальных показателях общего развития и крови
8. Болезни сердечно-сосудистой системы: декомпенсированные врождённые и приобретённые пороки сердца; подострый септический эндокардит	Противопоказана	Противопоказана	Противопоказана
Пороки сердца в состоянии компенсации	По заключению специалиста	По заключению специалиста	По заключению специалиста
Ревматизм	Противопоказана	Не ранее 3 лет с момента клинико-лабораторной ремиссии	Не ранее 3 лет с момента клинико-лабораторной ремиссии
Миокардит	Противопоказана	Не ранее 12 месяцев от выздоровления по заключению специалиста	Не ранее 12 месяцев от выздоровления по заключению специалиста
9. Болезни почек Хроническая почечная недостаточность, врождённые нефропатии	Противопоказана	Противопоказана	Противопоказана
Диффузный гломерулонефрит	Противопоказана	Противопоказана	Через 5 лет после полной клинико-лабораторной ремиссии
Пиелонефрит	Противопоказана	Противопоказана	Через 3 года после полной клинико-лабораторной ремиссии
Токсические нефропатии (транзиторные)	Не ранее 6 месяцев после выздоровления	Не ранее 6 месяцев после выздоровления	Не ранее 6 месяцев после выздоровления
Инфекции мочевыводящих путей	Противопоказана	Противопоказана	Через 12 месяцев после полной клинико-лабораторной ремиссии
10. Болезни печени и поджелудочной железы Цирроз печени, хронический гепатит и панкреатит	Противопоказана	Противопоказана	Противопоказана
Острый панкреатит	Противопоказана	Противопоказана	Не ранее 6 месяцев после выздоровления
Воспалительные заболевания желчевыводящих путей	Не ранее 6 месяцев после выздоровления (при условии санации желчи)	Не ранее 6 месяцев после выздоровления (при условии санации желчи)	Не ранее 3 месяцев после выздоровления
11. Болезни крови лейкозы, лимфогрануломатоз, апластическая анемия, гемофилия, болезнь Верльгофа, конституциональная дисгаммастобулинемия	Противопоказана	Противопоказана	Противопоказана
Геморрагический васкулит (капилляротоксикоз)	Противопоказана	Противопоказана	Не ранее 2 лет с момента полной клинико-

			лабораторной ремиссии
Анемии дефицитные	После выздоровления	После выздоровления	После выздоровления
12. Злокачественные новообразования	Противопоказана	Противопоказана	Противопоказана
13. Коллагенозы	Противопоказана	Противопоказана	Противопоказана
14. Болезни эндокринной системы сахарный диабет, тяжёлые формы тиреотоксикоза, недостаточности (или дисфункции) надпочечников, микседема, врождённые ферментопатии	Противопоказана	Противопоказана	Противопоказана
Тимомегалия	Противопоказана	Противопоказана	По наступлении возрастной инволюции
15. Неспецифический язвенный колит	Противопоказана	Противопоказана	Противопоказана
16. Оперативные вмешательства	Не ранее 2 месяцев после операции	Не ранее 2 месяцев после операции	Не ранее 2 месяцев после операции

Примечания:

К 1. При контакте с инфекционными больными в семье, детском учреждении и т.д., прививки проводятся по окончании срока карантина. В очагах дифтерии по показаниям прививают АДС-анатоксинами.

К 2. Положительная туберкулиновая реакция у клинически здоровых детей не является противопоказанием к прививке.

К 4. А. При тяжёлой аллергической реакции на АДС-анатоксины дальнейшие прививки прекращаются. Б. При всех перечисленных в данном пункте заболеваниях прививки проводятся на фоне антигистаминной терапии.

К 5. Прививки данного контингента детей проводятся после обследования и рекомендации невропатолога. В каждом отдельном случае заболевания, не содержащегося в настоящем перечне, врач-специалист решает вопрос о показании к прививками и выборе препарата. Дети, временно освобождённые от прививок, должны быть взяты под наблюдение и учёт и своевременно привиты после снятия противопоказаний. Прививки АКДС-вакциной проводят не ранее, чем через 2 месяца после прививок против других инфекций.

Условия и техника проведения прививок.

Прививки проводит специально подготовленный средний медицинский персонал под руководством и ответственностью врача. Категорически запрещается проводить прививки на дому. Прививки вакциной БЦЖ нельзя проводить в одной комнате и одновременно с другими прививками. Как исключение, разрешается проводить прививки вакциной БЦЖ в том же помещении, но в разные дни. Прививки вакциной БЦЖ нельзя проводить в одной комнате и одновременно с другими прививками. Как исключение, разрешается проводить прививки вакциной БЦЖ в том же помещении, но в разные дни.

Категорически запрещается применять для проведения других прививок шприцы, иглы и стерилизаторы, которые используют для проведения прививок вакциной БЦЖ.

Непосредственно перед проведением прививок врач (фельдшер на фельдшерско - акушерском пункте) осматривает прививаемого с обязательной термометрией и соответствующей записью в истории развития ребенка. Необходимо учитывать характер общей и местной реакции на предыдущие прививки АКДС-вакциной.

Перед вскрытием ампулу тщательно просматривают. Препарат не подлежит применению в следующих случаях:

- при отсутствии на ампуле этикетки или неполных сведений на ней;
- при наличии трещин ампулы,
- при содержании посторонних включений;
- при наличии не разбивающихся хлопьев в жидкой АКДС-вакцине или сухом препарате после растворения;
- при изменении внешнего вида сухого препарата (сморщивание таблетки, изменение цвета и т.д.);
- при истекшем сроке годности; при неправильном хранении,

Содержимое ампулы с жидкой АКДС-вакциной непосредственно перед введением тщательно встряхивают до получения гомогенной взвеси. Ампулу до и после надреза напильником протирают стерильной ватой, смоченной спиртом, стерильную ампулу покрывают стерильной салфеткой и используют немедленно.

Для каждого прививаемого должны быть использованы отдельный стерильный шприц объёмом 1 мл и игла.

Вакцину набирают в шприц из ампулы длинной иглой с широким просветом. Для инъекции используют обязательно другую иглу. Сухую АКДС-вакцину растворяют растворителем, находящимся в комплекте с препаратом. Ампулу с растворителем протирают стерильной ватой, смоченной спиртом, вскрывают, набирают стерильным шприцем с длинной иглой 1 мл растворителя и переносят его в стерильно покрытую ампулу с сухим препаратом. Ампулу накрывают стерильной салфеткой, осторожно встряхивают до получения гомогенной взвеси и используют немедленно.

Время растворения сухой АКДС-вакцины не должно превышать 3-х минут. При более длительном растворении содержимое ампулы не используют. АКДС-вакцину вводят внутримышечно в верхне-наружный квадрант ягодицы или передне-наружную область бедра в дозе 0,5 мл. Кожу в месте введения до и после инъекции протирают ватой, смоченной 70% спиртом, место инъекции слегка массируют стерильным тампоном.

Учитывая, что после введения АКДС-вакцины в редчайших случаях у особо чувствительных детей может развиваться шок, за каждым привитым необходимо обеспечить медицинское наблюдение в течение часа после прививки, а помещение, где проводятся прививки, должно быть обеспечено средствами противошоковой терапии.

Все проведенные прививки обязательно регистрируют в карте учета прививок (форма 63) и в истории развития ребенка.

При внимательном анализе нового и старого списков противопоказаний легко убедиться в уменьшении пунктов за счет объединения некоторых. Если бы так просто было с "объединённой" диагностикой! Зато доподлинно известно: не

улучшения здоровья российских детей, отсутствует более безопасная форма АКДС, технология - та же, 35-летней давности, диагностических служб как не было, так и нет. Но достаточно и восьми пунктов, чтобы убедиться в отсутствии возможностей для грамотного проведения этих прививок. Общеизвестно, что ни один отечественный педиатр (даже очень квалифицированный и думающий) не имеет практической возможности для определения хотя бы двух противопоказаний: ферментопатий (всех?) и функционального состояния иммунокомпетентных клеток.

Более того, продолжают охватывать "на глазок" всех без исключения: как восприимчивых, так и тех, кто имеет естественный иммунитет и надёжно защищен от данной инфекции (дифтерии) силами собственного организма. При этом мало кто из родителей знает о существовании "букета" серьёзных отводов от БЦЖ и АКДС. По всем логическим заключениям, педиатры должны были давным-давно отказаться от подобной практики проведения прививок: без иммунологов и генетиков, без индивидуального паспорта здоровья на каждого ребенка, без обследования на многочисленный ряд ферментопатий и иммунодефицитов, да и вообще без каких-либо представлений об иммунной системе до вмешательства в неё, при отсутствии соответствующего лабораторного оборудования и необходимых диагностических служб.

Необходимо учитывать и не менее серьёзные противопоказания к введению живых противовирусных вакцин - паротитной и коревой: аллергические реакции на куриное яйцо, на антибиотики - мономицин, группу аминогликозидов (неомицин, канамицин, гентамицин, стрептомицин и пр.) - по данным анамнеза. Кто собирает этот «анамнез» и кого из родителей ставят в известность об этих противопоказаниях?! Далее говорится, что эти вакцины противопоказаны:

- больным с обостренными хроническими заболеваниями как инфекционной, так и неинфекционной этиологии (по клинико-лабораторным изменениям) вопрос о прививке решается индивидуально;
- имеющим иммунодефицитные состояния, злокачественные болезни и новообразования;
- сильные реакции или осложнения на предыдущую дозу;
- беременность.

Опять же, если сравнивать ранее существовавшие подходы (до 1990-х гг.), то первым необходимым условием являлась «вакцинация практически здоровых детей и подростков, не болевших этой инфекцией» (из наставления по применению). Почему-то теперь указывается аллергия только на «куриное яйцо», в то время как препараты могут быть приготовлены на перепелиных... Очень серьёзными противопоказаниями являются иммунодефициты, к которым в спецлитературе относятся не только первичные, но и вторичные (приобретённые под воздействием вредных факторов, агрессивной внешней среды, в том числе и вакцинаций).

В «новых» примечаниях читаем: «при наличии антител в сыворотке крови повторную вакцинацию не проводит». Но для того, чтобы установить «наличие антител», совершенно недостаточно «осмотра и термометрии», необходимо проведение серологической диагностики! Нереально определить «осмотром» титр специфических антител - защиты против инфекционного заболевания!

Самое любопытное, что такая диагностика предусмотрена обвальным количеством приказов, относящихся к определению, в том числе и «напряжённости иммунитета против дифтерии» - поствакцинальных или постинфекционных после перенесения дифтерии в клинически выраженной либо в скрытой форме, Например, согласно приказу № 323/105 от 08, 07, 99: «Обязанность врачей ЛПУ с целью дифтерийной диагностики проводить серологические обследования на напряжённость иммунитета к дифтерии...». ЛПУ - лечебно-профилактические учреждения. Понятие «напряжённость иммунитета», присущее исключительно отечественным инструкциям и приказам, на самом деле, не существует в иммунологической литературе.

Противопоказания к вакцине полиомиелитной пероральной I, II и III типов, т. е. к живой вакцине против вирусов полиомиелита:

- острые заболевания, сопровождающиеся лихорадкой (температура 37,5° и выше) или системными расстройствами;
- иммунодефицитные состояния, злокачественные заболевания крови и новообразования, назначение иммунодепрессантов или лучевой терапии - прививку проводят через 12 мес. после окончания лечения;
- неврологические расстройства на предыдущую вакцинацию. А если есть «неврологические расстройства» не на вакцинацию? - Как быть? Или что значат «системные расстройства»?

В новой инструкции по применению полиовакцины, подготовленной к проведению в нашей стране двухтуровых прививок новой вакциной, сказано, что противопоказаниями являются «выявленные иммунодефициты» (!!!), которые, разумеется, никто и не пытался «выявить» до вакцинации, поскольку принцип един - «всех подряд».

Кроме того, даже ВОЗ в своих публикациях напоминает: «У 90-95 % заразившихся полиомиелитом людей полиовирусная инфекция протекает без клинических проявлений. У 4-8 % инфицированных отмечаются лёгкие формы болезни, характеризующиеся невысокой температурой, ангиной, рвотой, болями в животе, потерей аппетита и общей слабостью». Среди таких лиц, в том числе восприимчивых к вирусам полиомиелита, развивается пожизненный естественно приобретенный иммунитет, следовательно, вакцинация таких лиц противопоказана! Отечественные и зарубежные специалисты в своё время отмечали восприимчивость к I типу полиомиелита у одного ребёнка на тысячу детей, ко II и III типам - 1: 500 (33-35). Таким образом, использование вакцины против вирусов полиомиелита «показано» всего 0,5 - 0,001 % детей, а противопоказано всем остальным, т. е. значительному большинству.

Противопоказания к вакцине против гепатита В.

Анализ проспекта по применению рекомбинантной вакцины-ЭНДЖЕРИКС - против гепатита В приводит к достаточно серьёзным выводам. Прежде всего, судя по характеру поствакцинальных осложнений, противопоказаний должно быть немало, хотя последние практически отсутствуют. Вне всяких сомнений, основным противопоказанием должно служить нежелание здоровых родителей (не инфицированных вирусом гепатита В) вводить своему ребёнку парентерально-инъекционно этот генно-инженерный продукт - профилактическое средство - «на всякий случай». Вместе с тем, как известно, процедура прививки против гепатита В осуществляется в отечественных роддомах всем новорождённым через 3-5 часов после рождения. Как и с вакциной БЦЖ, о новой - дополнительной прививке родителей не ставят в известность заранее, и никто не спрашивает у них разрешения на это медицинское вмешательство, «оберегая здоровье» младенца в

соответствии с приказом Минздрава № 226/79 от 03. 06. 96. который, однако, нарушает положения нового закона о добровольности иммунопрофилактики.

Противопоказанием может служить и инъекционный способ применения этих двух вакцин - страх перед уколom и нежеланием чужеродного вмешательства в организм новорождённого. К тому же в проспекте ЭНДЖЕРИКС есть предупреждение (с. 47): «как и при использовании других вакцин, вводимых в виде инъекций, следует предусмотреть все необходимые меры на случай анафилактической реакции... », т. е. повышенной чувствительности ребёнка к парентеральному поступлению чужеродного белка. Как можно предусмотреть и «увидеть» проявления «анафилактической реакции» у новорождённых, если вакцину им вводят через 3-5 часов после родов ?!

Противопоказано введение ЭНДЖЕРИКС внутримышечно людям, страдающим тромбоцитопенией или заболеваниями, сопровождающимися кровотечениями, - таким пациентам рекомендуется вводить вакцину строго подкожно. Предполагается, что такой метод более безопасен.

Поскольку инкубационный период у гепатита В довольно длительный, не исключено, что человек может оказаться уже инфицированным, но не знать этого. В данном случае прививка противопоказана из-за того, что вакцина не обеспечит защиту от развития инфекционного процесса. У лиц, инфицированных вирусом гепатита В, впоследствии спонтанно освободившихся от него (!), титр защитных антител нарастает до максимума, что и называется постинфекционным, естественно приобретённым специфическим иммунитетом. Такое состояние является прямым противопоказанием к введению вакцины, поскольку человек уже защищён!

Совершенно очевидно, что в любом случае необходимо знать «серологические маркеры вирусного гепатита В». В связи с этим «целесообразно осуществлять серологический мониторинг, который позволит установить иммунологический статус и будет служить показателем необходимости проведения защитных мероприятий... ». Последнее важно для стратегии вакцинации в целом не только против гепатита В, поскольку «нуждается в учёте известных вариаций иммунных ответов различных людей», т. е. индивидуальной иммунологической реакции на желание вакцинователей «помочь»... «всем подряд» новорождённым. Таким образом, без заранее известного специфического иммунологического статуса нельзя определиться с необходимостью прививок против гепатита В, равно как и с противопоказаниями против них. К тому же дети с нарушениями функций иммунокомпетентных клеток и в данном случае требуют особую подхода, что также является одним из серьёзных противопоказаний к применению вакцины по принципу «всех подряд»...

В нашей стране не проводили мониторинга ни при двухтуровой вакцинации детей против полиомиелита (хотя по этому поводу существует четкая рекомендация ВОЗ!), ни в случае с вакциной против гепатита В (хотя и здесь немало определённых рекомендаций содержится непосредственно в проспекте по применению!). По этой причине отсутствуют данные о процентных соотношениях переболевших и выздоровевших после гепатита В, как и хронически инфицированных этим вирусом, а также тех, кто только что заболел, не зная об этом... Правда, вакцинователи и чиновники от санэпидслужбы не проявляют к подобным данным никакого интереса, внедряя вакцину, полученную с помощью генной инженерии, для прививок «прежде всего ослабленных детей» - это дополнительная трагедия для здоровья наших малышей как будущего поколения России.

«Единственно известные противопоказания к применению вакцины ЭНДЖЕРИКС - признаки аллергии на предыдущую дозу или аллергия к любому компоненту вакцины... ». Посмотрим, что же входит в состав ЭНДЖЕРИКС, какие компоненты:

1. Основа препарата - «модифицированные (курсив мой – Г. Ч.)... пекарские дрожжи, широко применяемые в производстве хлеба и пива». Но «модифицированные» не могут называться «обычными пекарскими, широко применяемыми... », они - модифицированные!
2. Гидроокись алюминия. Здесь следует подчеркнуть, что многие десятилетия не рекомендуется (!) использовать этот адьювант для вакцинации детей.
3. Тиомерсал (не расшифровывают, что это такое, и какая фирма поставляет). Вместе с тем, это - мертиолят - ртутьорганическая соль, о пагубном влиянии которой на центральную нервную систему известно давно. Мы четверть века поднимаем этот вопрос, и намечились некоторые сдвиги, поскольку, наконец-то, признано: это вещество, «от которого настало время освободиться», - пишет директор национального контрольного органа (ГНИИСКА), который и пропустил в нашу страну это химическое вещество. Тем не менее вакцина против гепатита В содержит все-таки это вредное химическое вещество и вводится новорождённым.
4. Полисорбент (не расшифровывается). Когда речь идет о детях, тем более новорожденных (!!!), вряд ли уместна любая ссылка на так называемые ПДК и ПДУ (предельнодопустимые концентрации или уровни) химических веществ, устанавливаемых, как мы подчеркивали в предыдущих разделах, в расчёте на организм взрослого человека, к тому же контактирующего с подобными ксенобиотиками вовсе не парентерально!

Далее. «Во время беременности вакцину следует применять при острой необходимости... поскольку не изучали ее влияния на развитие плода...». Какая может быть «острая необходимость», если препарат не изучали на безопасность?! Отсутствуют данные и о влиянии на грудных детей грудного молока кормящих, но вакцинированных матерей - так и сказано: «противопоказания неизвестны... не изучены». Таким образом, прямых противопоказаний к использованию ЭНДЖЕРИКС немного, но... только для тех, кто не любопытен и не будет знакомиться в проспекте с тем, что там написано на языке, вполне доступном каждому гражданину, думающему о здоровье своих детей. Здесь, например, согласно рекомендациям ВОЗ, для иммунизации новорождённых предлагается использовать одновременно с вакциной человеческий HB Ig. Однако на практике, говорится в проспекте, «из-за высокой стоимости HB Ig используется только вакцина, правда, такой подход имеет место, главным образом, в развивающихся странах». Напрашиваются логические заключения:

- а) наших детей ВОЗ и наши чиновники приравнивают к детям из стран «третьего мира» (но мы ведь соглашаемся!) - обойдутся, мол, российские дети и без дополнительной подстраховки эффективности;
- б) свершается подобная акция, кроме того, при активной поддержке не только вакцинователей, но и администраторов от здравоохранения. Один из них – А. П. Сельцовский - сообщил по телевидению, что для москвичей закуплена корейская вакцина, благодаря чему «Москва сэкономила расходы в два раза... » (29 мая 2000 г.).

Кроме того, некоторые другие рекомендательные директивы проспекта ЭНДЖЕРИКС, мягко говоря, нестандартны из-за отсутствия, очевидно, достоверных экспериментальных данных. Возможно, поэтому в одном случае титр защитных антител «сохраняется, по крайней мере, в течение пяти лет после вакцинации новорождённых, детей и подростков» (с. 23), а в другом «иммунизированные младенцы и дети сохраняют иммунитет в течение десятилетия» (с. 30). Иначе говоря, на российских детях проводится тот самый «широкомасштабный эксперимент», но, в отличие от всех прочих стран, мы у себя исследуем «число патологических синдромов» у новорожденных вкупе с вакцинацией их живыми вакцинами. Оцените разумом и сердцем все реально существующие и не установленные противопоказания к применению нового лекарственного профилактического средства, полученного методом генной инженерии, чтобы самостоятельно определиться с его введением в организм новорождённого в первые часы после его рождения...

II. Производство вакцин является прибыльным фармацевтическим бизнесом. Миллиарды долларов зарабатываются фирмами по производству вакцин; часть этих денег позднее вкладывается в финансирование "научных исследований", призванных доказать безопасность и эффективность вакцин, и на оплату карманных "экспертов по прививкам". В 2003-м, согласно отчету МОЗ, из госбюджета было выделено на иммунопрофилактику 101,5 млн. грн., а в 2006-м — уже 176, 5 млн. грн. Чиновники получают от производителей вакцин откаты, суммы которых прямо зависят от процента охваченных вакцинацией людей, а значит и количества бюджетных средств, идущих на покупку вакцин. Чем чаще детей вакцинируют (в Украине до 3 лет ребёнку делают 36 прививок. Вы можете представить эту бомбардировку иммунной системы?), тем слабее иммунитет, тем больше вероятности, что человек будет болеть регулярно, тем больше медикаментов они продадут.

Начнём с автора упомянутой книги. Когда я осенью приобрёл книгу "Беспощадная иммунизация" за 400руб, мне принесли ещё первое издание (тираж 3000 экземпляров), которое к тому моменту продавалось уже год. Даже если предположить, что я чудом взял последний экземпляр, это означает что розничные магазины (!) за весь тираж получили около 46500 долларов. Учитывая типичную торговую наценку, издательство получило 30-35 тысяч. Напомним, что авторский гонорар обычно составляет 10-15% от издательской цены, что даёт 3-5 тысяч долларов. Даже если предположить что автор написал книгу мгновенно, то это означает месячную заплату 250-400 долларов. Не слишком жирно даже для элементарного выживания, семья не умрёт конечно с голоду, но не более того. А теперь вспомним, что (по слухам) автор собирал материалы для книги в течение десяти лет (а не штамповал по десятку книжек в год, как наши популярные детективописцы). В результате доход получается совсем скромным - 23-36 долларов в месяц. Ну и где здесь сверхприбыли и стоит ли ради такой прибавки к доходу гомеопата рисковать своей репутацией, конфликтуя с "официальной" точкой зрения???

Теперь обо мне (авторе этих строк). Что реально получил я? [22]

- некоторое увеличение посещаемости сайта (примерно на 3-4 % в среднем). Ну и? Сайт - без баннеров, от посещаемости впрямую ничего не зависит. Цена нескольких "коммерческих" текстовых ссылок на главной странице давно заработана моими "воднотуристскими" отчётами (ТИЦ=1800 в Яндексе по теме "водный туризм") и не имеет никакого отношения к прививочному разделу... да и гораздо больше можно поднять посещаемость, продолжив популярные темы о фото и видео...
- благодарность от автора книги ("Еще раз большое вам спасибо - за ссылки в материалах и советы по оптимизации"). Опять же за статью "Разумно о фото" мне благодарны тысячи людей, и тысячи людей шлют мне письма, что мне на этом фоне благодарность одного незнакомого израильского гомеопата (если, конечно, говорить с Ваших меркантильных позиций)?
- публичные обвинения от врачей в невменяемости и членстве в "секте Котока"...

Что-то опять негусто, даже денег не с кого получить...

А теперь посмотрим, к примеру, на г-на Черри (эксперт, глава комитета по коклюшной вакцине в США). Вместе со статьёй "Энцефалопатия, связанная с коклюшной вакциной: пришло время признать это мифом" он подал декларацию об отсутствии "конфликта интересов" (а по-простому - подкупа фармацевтами). Однако позже выяснилось, что он получил в качестве грантов от концерна "Ледерле" более миллиона долларов, ещё полмиллиона - в качестве личных подарков, плюс выступал адвокатом в процессах по делам концернов "Виетт", "Коннот" и "Ледерле" по искам к вакцинам АКДС (общая сумма ещё полмиллиона), итого - два миллиона долларов. (Coulter, H.L. & Fisher, B.L., A Shot in the Dark, Garden City Park, NY, Avery, 1991, p 182-184; а так же Дэвид Гейер, Марк Гейер. Подлинная история вакцинации от коклюша - грязное наследие?, <http://www.homeoint.org/kotok/vaccines/geiers.htm>). Разница есть? Пара миллионов за два года - неплохой бонус. Возвращаясь к книге "Беспощадная иммунизация", я бы отметил, что это явно некоммерческий проект. Цена относительно высока исключительно из-за низкого тиража и неясных рыночных перспектив книги. Впрочем, сравнение издания в полтысячи страниц в твёрдом переплёте с небольшой (60 стр.) брошюрой в мягкой обложке даже чисто технически некорректно. Даже чисто по числу страниц (не считая авторского труда), если умножить цену прививочной брошюры пропорционально страницам, выходит около 200 рублей, так что разница уже совсем не так вопиющая, как кажется в вопросе :)...

Но откуда же взялись эти чудовищные суммы? Почему именно прививки стали источником безмерного обогащения, а не что-то другое? Не лекарства или медицинские аппараты? Ответ и здесь очень прост. Прививки ведь делают здоровым, а не больным (хотя в последнее время стараются прививать и больных: прививок не должен избежать никто!). Медсестра или парамедик? Не принимать на работу, пока не получат прививку против гепатита В. Поступил на военную службу? Обязан получить десяток-другой "жизненно необходимых" прививок. Спасатель, полицейский, пожарный? То же самое. Ребенок или подросток? Ни яслей, ни детсадов, ни школ, ни колледжей, пока не получит все необходимые прививки.

ООН распространяет буклет, озаглавленный "Инициатива детских прививок - Стратегический план, возможности и шансы. Перспективы прививок в 21-м веке" (The CVI Strategic Plan, Managing Opportunity and Chance. A Vision of Vaccination for the 21st Century). Можно получить бесплатную копию по адресу CVI Secretariat, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland. ИДП была выдвинута в 1990 г., после нью-йоркской конференции в поддержку детей. Это "глобальная коалиция организаций общественного, неправительственного и частного секторов, работающих вместе, включая производителей вакцин..." (п. 1). "ИДП, - как сообщает буклет, - коллективное, интернациональное усилие, направленное на использование

новых научных технологий для усиления защиты от инфекционных болезней и на увеличение доступности прививок на благо всех детей мира".

Цели ИДП подробно описываются в "Плане", но их можно суммировать одной фразой: "Задача 21-го века - гарантировать сохранение и расширение огромного влияния вакцин на здоровье и благосостояние населения". "Усилия исследователей, направленные сейчас на разработку новых вакцин, эффективных для предотвращения малярии, туберкулеза, шигеллёзной дизентерии, эшерихиозной диареи, инфекции, вызванной респираторно-синцитиальным вирусом, СПИДа и иных инфекций... принесут, скорее всего, свои плоды в ближайшие десять лет..." (стр. 3-4). Провозглашаемой целью ИДП является предотвращение детской смертности от инфекционных болезней посредством прививок. Настоящая же цель довольно проста и прозрачна: расширение рынка вакцин.

Потребность в новых рынках выражается в поисках новых "групп-мишеней". Они ищут "целевые группы младенцев и женщин детородного возраста" (стр. 6 и 20). Это включает "поддержку и развитие концепции прививок как профилактической меры, важной на всех этапах жизни - младенчество, детство, подростковый, взрослый и зрелый возрасты" (стр. 20). Они хотят "определить группы с низким уровнем иммунитета и сделать их целью усиленных новаторских попыток улучшить их состояние" (стр. 19). Чтобы быть уверенным, что никто не ускользнет из сетей, следует "определить и создать возможности... получения доступа к непривитым лицам" (стр. 10). Сразу после рождения, например, или перед записью в школу, или перед выбором профессии.

"Ускоренные разработка и внедрение новых и улучшенных вакцин" - одна из главных целей ИДП. С целью скрыть явный идиотизм такого умножения вакцин, сопротивление общественности может быть сломлено такими мерами, как уменьшение количества инъекций или замена уколов на вакцины, которые можно проглатывать или наносить на слизистые, что "упростит иммунизацию" (стр. 15). "Постоянно усложняющаяся технология выпуска и высокие цены на разработку обозначают, что будущие вакцины будут стоить больше" (стр. 4). Аналогично этому, "Ясно, что новые вакцины для всеобщего использования будут недешевы при внедрении" (стр. 10). Итак, "Инфраструктура финансирования вакцин должна быть расширена и усилена для поддержки внедрения новых вакцин. Правительства должны взять на себя большую ответственность за финансирование их национальных потребностей в вакцинах, а также за их иммунизационные программы в целом" (стр. 15).

Не странно ли, что среди приоритетов, сформулированных ИДП, мы читаем "поддержка уважения к интеллектуальной собственности и защита её" (стр. 5)? Какое это имеет отношение к спасению жизней детей? Никакого! Какое это имеет отношение к защите доходов научных монополий? Самое непосредственное! Одна из главных целей ИДП, таким образом, "поддержка правительств в... адекватном финансировании программ иммунизации" (стр. 5) и "создание организации доноров для поддержки национальных правительств, с тем, чтобы те взяли на себя большую финансовую ответственность за снабжение вакцинами и иммунизационную деятельность в своих странах..." (стр. 16). Чуть позднее я объясню, как мы должны понимать "поддержку". Вопрос сейчас следующий: что они считают "адекватным финансированием"? И вновь ответ очень прост. Правительства должны сделать программы прививок своим главным приоритетом в области здравоохранения, и тратить столько, сколько требуется для того, чтобы привить каждого против любой возможной болезни. Эта стратегия имеет, естественно, потрясающие преимущества. Не нужно никаких дорогих рекламных кампаний, если правительства включают прививки в свои прививочные календари.

Одной из наиболее омерзительных идей ИДП является манипуляция потребностью в прививках. "Создание и увеличение потребности в прививках" (стр. 6). Для того чтобы избавить читателей от последних иллюзий относительно спонтанности ИДП, они признаются в поддержке "социального и поведенческого исследования для лучшего понимания факторов, увеличивающих социальную приемлемость и использование вакцин" (стр. 6, 19). ИДП желает исследовать отношение публики к "готовности платить за защиту" (стр. 19). Слова, подходящие скорее для совещания верхушки мафии, а не для ВОЗовской брошюры. То же самое относится и к "усилению понимания ценности прививок для общества и для принимающих решения на национальном уровне, что ведёт к увеличению потребности в прививках во всех странах" (стр. 6), и к "информированию публики и ответственных за принятие решений о важности профилактики болезней и о роли прививок как эффективного средства здравоохранения" (стр. 16). Информировать? Читать: убедить! Обратитесь против сомневающихся всю мощь пропагандистской машины! Вот отличное предложение: "Поддерживать использование таких средств масс-медиа, как, например, Интернет, чтобы подчеркнуть значимость прививок и вакцин" (стр. 21). А чтобы вся установка выглядела лучше, неплохо добавить элемент естественности: "Гарантировать участие общественности (особенно матерей) в планировании и разработке иммунизационных программ" (стр. 22). Наконец, чтобы поставить точку, "развернуть активные информационные кампании относительно важности прививок и вакцин, и риска инфекционных болезней" (стр. 22). Для всего вышесказанного есть одно прекрасное определение: промывание мозгов. "Улучшить точность национальных и мировых прогнозов спроса..." (стр. 16).

В период работы над законом о прививках в Комитете Госдумы по здравоохранению наша экспертно-рабочая группа четко разделилась на две подгруппы. Первые вместе с представителями Госдумы отстаивали проект ныне действующего закона (Д. В. Колесов, Б. Г. Юдин, Г. П. Червонская, С. И. Умецкая, В. С. Царькова, В. Ф. Шарапов, председатель комитета Н. Ф. Герасименко и др.), вторые (В. Ф. Учайкин, В. К. Таточенко, Н. А. Озерецковский, Г. Ф. Лазикова, А. А. Монисов и пр.) настаивали на принятии в законе статей: об обязательности прививок, непринятии непривитых ни в одно организованное учреждение, а также о запрете выплаты денег по листу нетрудоспособности в случаях, когда непривитой заболел управляемой прививкой инфекционной болезнью. Были предложения и по другим карательным мерам...

Из интервью с бывшим создателем вакцин:

В: Что стоит за этими попытками доставлять неприятности? О: Прививки - последняя линия обороны современной медицины. Прививки - высшее выражение "великолепия" современной медицины.

В: Если прививки действительно приносят вред, зачем их используют? О: Прежде всего, здесь нет никакого "если". Они приносят вред. Труднее ответить, почему они приносят вред там, где, казалось бы, вреда от них быть не должно. Нужно, чтобы было проведено соответствующее исследование, но его никто не проведёт. Исследователям надо попытаться создать некую карту, схему, точно показывающую, что делают вакцины с того момента, как проникают в организм. Такого

исследования до сих пор не делалось. Что же касается того, зачем их используют, то мы можем просидеть здесь два дня в дискуссиях на эту тему. Как Вы неоднократно говорили, разные люди, на разных уровнях системы, имеют свои собственные мотивы. Деньги, страх потерять работу, престиж, награды, продвижение по службе, ложный идеализм, бездумная привычка и так далее. Но на самом высоком уровне этого медицинского картеля прививки ценятся выше всего потому, что они ослабляют иммунную систему. Я понимаю, что в это трудно поверить, но это правда. На высшем уровне медицинского картеля людям не стремятся помочь, но только повредить, ослабить. Убить их. Когда-то я имел долгую беседу с высокопоставленным лицом в одной из африканских стран. Он сказал мне, что знает об этом. Он сказал, что ВОЗ - на переднем крае борьбы за депопуляцию. Существует, назовём это так, подполье в Африке, в котором государственные чиновники искренне стараются изменить участь бедняков. Сеть этих людей знает, что происходит. Они знают, что прививки использовались и используются для разрушения их стран, готовя их к завоеванию силами глобалистов. У меня была возможность побеседовать с людьми из этой сети.

В: Тао Мбеки, президент ЮАР, знает об этом? О: Я сказал бы так: частично. Может быть, он не до конца убеждён, но он на пути к полной правде. Он уже знает, что ВИЧ - выдумка. Что средства против СПИДа - яды, разрушающие иммунную систему. Он также знает, что если он, в той или иной форме, выскажется относительно прививок, его заклеят как сумасшедшего. У него достаточно проблем и с его позицией по СПИДу.

В: А эта сеть, о которой Вы говорите? О: Накопилось огромное количество информации о прививках. Вопрос лишь в том, какая стратегия является наиболее эффективной. Это большая проблема для этих людей.

В: А в развитых странах? О: Медицинский картель держится мёртвой хваткой, но она слабеет. Главным образом, потому что у людей есть свобода выбора лекарств. Однако, если обсуждение вопроса свободы выбора (принимать или отвергать лекарства) сойдёт с повестки дня, то готовящиеся меры по обязательным прививкам против возбудителей, используемых в биологическом оружии, будут приняты. Сейчас очень важное время.

В: Да, это национальная безопасность, как только вы поняли сущность медицинского картеля. О: Это глобальная безопасность. Картель работает в каждой стране. Он ревностно охраняет святость прививок. Ставить под сомнение прививки - это примерно то же самое, что для епископа из Ватикана ставить под сомнение святость причастия в католической церкви.

В: Какие настроения в Национальном институте здоровья (NIH)? О: Конкуренция за исследовательские гранты. Последнее, о чём они думают - изменение статус-кво. Они всецело в своей внутренней войне за деньги. Им не нужно иных проблем. Это очень изолированная система. Она основана на идее, что, в общем и целом, современная медицина успешна на всех рубежах. Допустить наличие системных проблем в любой её области означает поставить под сомнение всё предприятие. Поэтому Вы понимаете, что Национальный институт здоровья - последний, кто думает о демонстрациях. Правильно обратное. Если пять тысяч человек потребуют подсчёта действительной эффективности исследовательской системы; потребуют выяснить, что в действительности получает публика от миллиардов долларов, дымом уходящих через трубу этой организации, может, что-то и начнёт меняться. Если будут демонстрации - может, что-то и начнётся. Исследователи - хотя бы некоторые - начнут изучать информацию.

В: Хорошая идея. О: Люди должны стоять так близко к зданиям, как это позволяет полиция. Люди в деловой одежде, в спортивной одежде, матери с детьми. Богатые люди. Бедные люди. Все слои населения.

В: Что должна понять публика? О: Что доказательства эффективности и безопасности прививок поручены тем самым людям, которые их производят и продают. Именно так. Поручено не мне и не вам. А для доказательств нужны хорошо организованные исследования. Дополнительные данные. Вам нужно говорить с матерями и обращать внимание на то, что они говорят о своих малышах и о том, что с ними случилось после прививки. Вам всё это нужно. Но этого не делается. Такой образ мышления предполагает, что существует только небольшое количество инфекционных болезней. Как только мы победим последний вредоносный микроб, тут наши несчастья и окончатся. Конечно же, это более чем наивно. Надо быть совершенным слепым болваном, чтобы верить в это. Природа изобретательна, и мы никогда не уничтожим все болезни в мире. Вопрос лишь в том, как жить вместе с ними так, чтобы они наносили нам наименьший вред, а не уничтожать болезни как таковые. Нет оснований бояться болезней, надо бояться их осложнений. Есть только одна альтернатива осложнениям: здоровье. Здоровье - это не отсутствие болезни; это способность наиболее эффективно бороться с болезнями. Фактически, многие из тех бактерий и вирусов, с которыми так энергично сражается современная медицина, необходимы нам для сохранения биологического баланса на поверхности кожи, а также на слизистых дыхательных путей и кишечника. Я всегда говорил, что частные интересы прячутся за официальной прививочной политикой. Я ошибался. Они не прячутся, они открыты. Силы, стоящие за этими интересами, даже не чувствуют необходимости держать это в секрете. Они чувствуют себя столь могущественными, что публикуют свои подлые намерения в "официальных" сообщениях без какого-либо сопротивления. Прививочное лобби бесстыдно использует всех детей мира в качестве заложников для утоления собственной алчности в погоне за властью и деньгами. Они безжалостно используют наши симпатии к слабым и наши заботы о здоровье для своих гигантских бизнесов. Им всё безразлично. Неважно, сколько детей умрёт или пострадает от побочных эффектов прививок. Неважно, сколько средств, необходимых на такие жизненно важные социальные нужды, как жильё и занятость, пожрёт их стратегия. Безразлично всё!

Этому преступлению нет прощения.

Просто шокирует наблюдение, что политика в области здравоохранения больше не под местным демократическим контролем. Всё устанавливается и организуется на высшем международном уровне теми, кто наживается на этом: фармацевтическая индустрия, финансовый мир, политики. Научный мир безнадежно придавлен ими. В то же самое время медикам и публике промывают мозги всеми средствами современной "индустрии сознания": прессой, телевидением, радио, Интернетом.... Это не совпадение, это часть прекрасно продуманного плана. Не надо верить мне, прочтите это! Это ведь напечатано чёрным по белому в "официальном" документе ВОЗ! Позор!

Здесь наше беспокойство идет много дальше глобальной охраны здоровья. Сама демократия превращается в виртуальную, а не реальную, когда дело доходит до важных проблем, и настоящая разница между тоталитарными режимами и "свободным миром" превращается скорее в разницу определений, чем в стратегию.

Когда речь идёт о власти и деньгах, уважение и достоинство не существуют.

В телевизионном интервью один итальянский политик сказал, что сущностью мафии является не насилие, а органически присущее ей проникновение частных интересов в процесс принятия политических решений. Это то, чего надо избегать любыми средствами.

Не будем недооценивать силы, которые поддерживают глобальную прививочную стратегию. Я не верю, что движение против прививок хоть в какой-то мере может считаться равным противником их влиянию и силе. Всё, что есть у нас - наше сочувствие, наш гнев, наша честность, наше сознание своей правоты. Какие мелочи! Нет возможности остановить прививочный поезд до тех пор, пока в дело будут замешаны огромные деньги. Единственное, что, чувствую, может быть противовесом, это убедить банкиров мира, что есть альтернатива, а именно - переход к поддержке неспецифического иммунитета. Пока что в этой области проведено мало исследований, хотя некоторые фирмы уже заинтересовались. Будем надеяться, что они увидят эту возможность и используют её с умом, не вредя нам, как они вредят уже двести лет со своими прививками.

Трудно дать всем избирателям благополучную жизнь — достойную занятость, хорошее, просторное, светлое жильё, чистую воду и богатую витаминами и микроэлементами пищу. Эти единственные известные человечеству действительные факторы предотвращения инфекционных болезней. Гораздо проще объявить прививочную кампанию, заработать общественные аплодисменты и получить при этом жирную взятку от производителей вакцин. Неважно, что каждая такая кампания неизбежно и сразу же оставляет за собой трупы и на всю жизнь искалеченных, не говоря о тех, у которых болезни появятся позднее.

- II. Вакцинация до года нарушает естественное формирование иммунитета. История из интернета. Прививка разрушает естественный иммунитет. Этим и объясняется то, что даже здоровые дети после прививок начинают чаще простужаться и болеть другими заболеваниями. У сына моих знакомых, вскоре после одной из плановых прививок начался сахарный диабет, разумеется никто справку о том, что одной из причин могла бы быть и прививка им не давал, с 3-х лет ребенок живет на игле, с 6-ти колет себе инсулин сам, папа у него врач и конечно хотели все сделать как можно лучше, а вышло по-другому. Все вакцины без исключения подавляют иммунитет, то есть они ослабляют нашу иммунную деятельность. Химические вещества, содержащиеся в вакцинах, ослабляют нашу иммунную систему; содержащиеся в вакцинах вирусы ослабляют иммунную деятельность, а чужеродные ДНК и РНК из животных тканей ослабляют иммунитет. Вакцинация ослабляет иммунную деятельность нашего организма, из-за чего мы подвергаемся опасности распространения многих других заболеваний. Месячный ребёнок, весящий 5 кг., получает ту же дозу вакцины что и пятилетний, весящий 18 кг. Новорожденные с незрелой, не развившейся ещё иммунной системой, получают в 5 раз большую дозу (относительно массы тела), чем старшие дети. Иммунитет ребенка окончательно формируется только к 6-ти годам. И любое вмешательство (особенно такое грубое как вакцинация!) в этот естественный процесс может привести к необратимым последствиям и повлиять на всю оставшуюся жизнь. Если вы все же решили прививать своего ребенка, то лучше это начать делать после 5-6 лет! Влияние вакцин на развивающийся мозг ребенка очень велико и может привести к нарушениям речи, поведения и даже к слабоумию. Значительное количество исследований убедительно показало, что практика прививания детей может привести к серьёзному повреждению мозга по многочисленным механизмам. Поскольку мозг ребёнка быстро развивается в период с третьего триместра беременности до двух лет, он подвергается серьёзному риску.
- V. Санитарные условия: "Интересно, что за период с 1860 по 1948 год в Англии произошло ошеломляющее снижение в заболеваниях корью (94,1 %), скарлатиной (99,7 %) и коклюшем (91 %) без вакцинаций. Вакцинация должна спасать и предупреждать от заболевания конкретного ребенка; не допускать эпидемий или вспышек — повседневная работа санитарно-эпидемиологических служб, чтобы знать, какой группе граждан угрожает дифтерия или туберкулез.
- V. «А я вот задумалась в вреде прививок лет десять назад благодаря своим друзьям-собачникам. Есть у меня хорошая знакомая Маринка - собаковод от бога, специализируется на крупных породах. Уж как она ими занимается - отдельная песня, ибо любит собак она больше, чем людей. И собачкам своим прививки она никогда не ставила, ибо была точно уверена, что псинка болеет, если плохой уход и кормежка. Никогда ее питомцы не болели всякими там чумками и энтеритами, хотя город большой, держала она собак не в вольерах, ходила на прогулки в места выгула собак, где вся эта компания хозяев и питомцев дружно общалась. Из любого самого хилого в помете щенка Маринка выращивала такого красавца, мощного и здорового. Была у нее парочка сенбернаров, ею выращенных, чемпионы России - мальчик метр в холке, 90 кг. весом. Один раз Марина в потрясении сообщила, что за щенками от этой пары приехали аж из Прибалтики в нашу Сибирь, с нею заранее созвонились и договорились. Приехали, отвалили большие деньги за щенков и забрали весь помёт, подчеркнув, что это именно то, что они ищут по всей стране - непривитые щенки от непривитых родителей, "голубые кровя" здесь особой роли не играют. И вот после этого я стала по другому на всю эту прививочную вакханалию смотреть. Продвинутые собаководы стремятся сохранить чистоту собачьего племени, его генофонд и уже давно поняли, какую здесь мрачную роль играет вакцинация. А что же мы, люди?»
- VI. Статистика поствакцинальных осложнений отсутствует. Из материалов книги Червонской «Прививки: мифы и реальность».
- Факт скудности официальной статистики осложнений после прививок (за 200 лет применения вакцин!) подтвержден недавней государственной программой РФ «Вакцинопрофилактика» (1997 г.). Однако тщательно-скрупулёзный, многолетний анализ специальной литературы - работ отечественных и зарубежных авторов и документов Минздрава нашей страны, коллекционируемых мною более 30 лет, выявляют ряд важных закономерностей. Остановлюсь на некоторых из них:
- 1) несть числа наблюдениям и публикациям по проблеме поствакцинальных осложнений и не только в нашей стране;
 - 2) у нас считается не только нецелесообразным, но почти преступным доводить до сведения вакцинируемых, общественности и специалистов других областей медицины о существовании «обилия осложнений»;
 - 3) значительную часть сведений о детской инвалидности - следствиях прививок - хранят на «ДСП» - для служебного пользования; в основном такая информация доступна некоторым сотрудникам Минздрава, Главному санитару страны и

другим немногим вакцинаторам, имеющим «спецдопуск»...;

4) бывший СССР не только «взял под козырёк» РПИ ВОЗ, но, как водится, перевыполнил все нормативы, введя тотальность плановых прививок, провозгласив такой подход «единственным в мире, оригинальным, присущим только СССР»;

5) несмотря на существование противопоказаний в виде вкладышей для каждой вакцины, они совершенно не учитываются перед проведением прививок;

6) иммунологи не введены ни в один из существующих прививочных кабинетов, хотя это было предписано приказом Минздрава № 260 в 1960 г.; те «иммунологи», которые начали появляться в течение последних трёх лет в таких кабинетах, определяют «иммунологическое здоровье» детей... визуально - это не иммунология!

7) под прикрытием «плановых», т.е. календарных прививок в нашей стране осуществляются ширококомасштабные эксперименты на детях по проверке безопасности новых вакцин;

8) запугивание, грубость и принуждение к прививкам со стороны медработников продолжается до сих пор.

В результате «оригинальности» - планового оказания всеобщей медицинской «помощи», а также из-за «удобства с организационной точки зрения» введена вакцинация против туберкулёза «всех детей подряд» прямо в роддомах. Наряду с этим существуют общепризнанные санитарно-эпидемиологические правила, предписывающие проведение многофакторных исследований для того, чтобы обосновать ширококомасштабное проведение живой БЦЖ-вакцинации. И только после доказательства, что ничто другое не помогает, приступают к вакцинации «того контингента лиц, который нуждается в защите». Начало всем осложнениям - массовые прививки в роддомах!

Анализ многообразия поствакцинальных осложнений показывает, как велико количество сведений, серьёзно говоря, давно требующих многотомного издания...

Мне представляется, что для молодёжи совершенно необходимы знания этого раздела ятрогении как «эндозкологии», так и «экопатологии», как трагедии, привносимой в здоровье детей.

1965, Хроника ВОЗ, № 3.- В редакционном обзоре названного журнала подняты проблемы иммунологии, среди которых «особое внимание уделено «жизненно важному вопросу» - о непосредственном или потенциальном вреде для организма человека всё более интенсивных и длительных курсов иммунизации, проводимых с раннего детства до юношеского возраста. Поставлен так вопрос в итоге всестороннего обсуждения в 1964 г. важнейших разделов общей и прикладной иммунологии ведущими специалистами пяти комитетов экспертов ВОЗ. Вопрос напрямую отождествляется с наличием осложнений на вакцины»...

Здесь можно высказать предположения: а) многолетние сведения о нарастании серьёзных осложнений повлияли на отказ ведущими государствами мира от вакцинации новорождённых и грудных детей живыми вакцинами, например, против туберкулёза и полиомиелита; б) повлияли и на то, что значительная часть стран вообще не участвует в осуществлении РПИ. Достаточно привести пример того, что две самые плотно населённые страны - США и Австралия не подают сведения в ВОЗ о вакцинации детей первого года жизни.

1966 г. - Материалы научной конференции Института педиатрии АМН СССР по проблеме «Влияние профилактических прививок на детский организм». Осложнений достаточно, но... статистика отсутствует.

1969 г. - «Вопросы профилактических прививок и роль аллергии в вакцинальном процессе у детей».- Сборник трудов Ленинградского НИИ детских инфекций. Осложнения не только в проявлениях аллергии, но статистика... отсутствует.

1975 г. - П.Ф. Здродовский - «Предохранительные прививки против инфекционных заболеваний и проблема прививочной патологии». Журнал «Педиатрия», № 1: речь идёт о «наибольшем проценте осложнений и летальных исходов на осповакцину и... АКДС» (23).

1980 г. - «Поствакцинальные осложнения у детей и их профилактика». Методические рекомендации Минздрава СССР... без статистики.

1980 г. - «Инструкция по взятию материала для патоморфологического изучения летальных случаев поствакцинальных осложнений». Минздрав СССР. Эта инструкция вначале была издана тиражом в 2 000 экземпляров, позже в 1984 и 1990 гг. переиздавалась в монографии постоянно упоминаемых мною педиатров-клиницистов, но уже более внушительным количеством - 25 000 экз. А граждан в России продолжают уверять в отсутствии осложнений на вакцины...

Тема осложнений присутствовала на всех симпозиумах, конгрессах микробиологов, эпидемиологов, паразитологов, инфекционистов и педиатров, а также на конференциях производителей и контролёров вакцин. Но только, как система, педиатры никогда не слышали о составе вакцин, а контролёры и производители не интересовались достижениями иммунологии, иммуногенетики и т.д. (1960 - 2000 гг.).

1990 г. - Брагинская В.П., Соколова А.Ф.: «За пять лет (1981-1985) госпитализировано 944 детей, но необходимо подчеркнуть, что рассматриваемые материалы недостаточно полные... это наиболее тяжёлые случаи и по данным всего лишь двух клиник Москвы и Ленинграда». Повторю: те же клиницисты отмечают, что при массовых прививках «поствакцинальные осложнения могут составить значительную цифру». А вот с «цифрами» у нас, в отличие от тиражей инструкций о летальности после прививок, ситуация крайне противоречивая и... лживая, судя хотя бы по нижепредставляемым сведениям. Но других нет.

Так, скажем, на телепередаче у В. В. Познера («МЫ», 08.06.97), в которой я тоже участвовала, присутствовавшие там чиновники и врачи-вакцинаторы, не слыша друг друга(!), приводили, что «на ум придёт» - на их «ум».

Ваганов Н. Н. (чиновник): «К сожалению, как правило, врачи своих детей не вакцинируют... осложнений всего один случай на один миллион привитых...»;

Таточенко В. К. (Институт педиатрии РАМН, один из самых активных вакцинаторов, распространителей РПИ в нашей стране): «один-два случая в год...»;

Озерецковский Н. А. - чиновник из ГНИИСКА, обязанный вести статистику поствакцинальных осложнений (за это ему государство платит деньги!): «6 на 100 000 привитых против кори и 6 на 100 000 привитых АКДС», ... но в 1991 г. он же сетовал на конференции по поствакцинальным осложнениям: «Существующая в СССР система регистрации и учёта ПВО (поствакцинальных осложнений – Г. Ч.) не даёт положительного эффекта в связи с тем, что отсутствует регистрация...»

заболеваний привитого, которые могут быть связаны с вакцинацией, и до настоящего времени остаются неизвестными... отрицательно сказывается на полноте информации тактика наказания врачей при заболевании привитого».

1996 г., Ясинский А. А. - чиновник из Минздрава («Смена», № 10): «В один год осложнений до 400 случаев от всех вакцин... мы не скрываем, что осложнения есть (думаю, «не скрываем» - большая новость для граждан России! – Г.Ч.) но... мы рискуем здоровьем лишь единиц, для специалистов это - не вопрос - один или два случая осложнений»... Так 400 или два ?! И располагает ли чиновник согласием этих «единиц» на риск их здоровьем?!

1998 г., Онищенко Г.Г. (нынешний Главный санитар России) - в обосновании финансовых затрат на осложнения после вакцинации к закону «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»: ... один-два в год».

2000 г., Монисов А.А. (чиновник) в информационном письме от 17 марта 2000 г. (№ 1100/1024-0-НЗ) - «О регистрации случаев поствакцинальных осложнений»: за 1999 г. в стране зарегистрировано 420 случаев поствакцинальных осложнений». При этом сделана существенная оговорка о том, что за указанный период в ГНИИСК им. Л. А.Тарасовича поступило всего 148 случаев осложнений из 32 субъектов РФ, т.е. - к Озерецковскому. А это значит, что граждане России не доверяют так называемому «контрольному органу», исходя из горького опыта старшего поколения, да и теперешнего окружения, зная, что не будет никакой эффективной помощи их детям, ставшим инвалидами после прививки «как всем» - «на глазок»...

Ответственность родителей, которые делают детям прививки.

1. Киевлянка Ольга сделала своей пятилетней дочери все необходимые прививки и не жалеет. Трижды сплевывая через левое плечо, Руденко отмечает, что ребенок растет здоровым, и никаких осложнений нет. "Я очень мнительная, и мне проще привить ребенка от столбняка и дифтерии, чем потом беспокоится по каждому ржавому гвоздню или боли в горле". - приводит свои аргументы молодая мама, уверенная, что определенный процент риска присутствует во всем. [1]
2. Не нужно все ужасы жизни списывать на прививки!!! Пусть каждый родитель подумает своей головой!!! Мы не живем в лесу на полянке, а вокруг полно неблагополучных нездоровых людей, которые являются переносчиками многих болезней! Я своим детям ставлю прививки! И имею результаты, которые прямо противоположны тем, о которых вы пишете! Поэтому давайте не будем всех чесать под одну гребенку! Мы тоже закаляемся и не боеем! Отказалась только от прививки против краснухи, решив - если в детстве не переболеет естественным путем, лет в 12-13 поставим! И читать нужно разные источники, а не только антипрививочников...Я прекрасно знаю, что многие родители отказываются от прививок, но пишу это для тех молодых родителей, которые могут в силу своей впечатлительности или неопытности поверить, что "...последствий и осложнений от прививок множество, начиная от нарушений поведения (агрессия, потеря интереса к обучению и познанию нового, уход "в себя" даже от самых близких и любящих)..." - неужели Вы в это верите? А чтобы на прививки не было осложнений, нужно ставить их здоровому ребенку, закалять его и поддерживать здоровый образ жизни...

Ответственность родителей, которые отказались.

1. Итак, мой всем родителям совет: Пожалуйста, постарайтесь никогда ничего такого не подписывать! (отказы – А. М.). Во-первых, тем самым вы уже начинаете играть по правилам врачей и их системы, во-вторых, берёте на себя весь тот негатив, который на вас вешают - все эти "возможные последствия" - они же там стоят на бумажке? А Вы под ними подписываетесь. Зачем? Подумайте -- что будет, если вы ничего не подпишите? Уверю Вас, что ребёнку у вас не отберут, и родительских прав не лишат. Это врачам нужна ваша подпись - чтобы всё было в порядке с отчётностью, и чтобы прикрыть свою задницу. Но почему меня должна беспокоить их отчётность? Совсем меня не беспокоит -- ни их отчётность, ни их статистика, ни их квартальные премии.
2. На самом деле рискуют не те кто не прививают, а как раз те кто прививают. В их случае они рискуют здоровьем ребенка ради "спокойствия на душе" и обещанной защиты от несуществующего заболевания (т.к. прививки делаются от названия, а не от заболевания - нет ни одного случая туберкулеза похожего на другой в точности, однако существует одна единственная вакцина от одного типа туберкулеза, созданная в лабораторных условиях, в природе не существующего + конечно все добавленные туда "прелести").
3. Мы с мужем рожали дома и в поликлинику не обращались очень долго совсем. Но все вокруг сильно давили и... мы (скорее даже я), к сожалению не выдержали. Когда дочурке исполнился годик пришли в поликлинику. Поставили манту, потом БЦЖ. Очень боялась, но внешне все было в порядке и через 3 месяца поставили мы АКДС плюс полиомиелит. И началось :(Сразу начался непреходящий диатез, затем пошла сыпь по всему телу. Мы решили к врачам не ходить (ну не хотят они признавать осложнения после прививок) и лечились у гомеопата. Вылечили (правда кожа осталась сухой и склонной к диатезу. В поликлинику я сходила, дабы написать отказ от прививок. Долго ругались (они даже не знают, что есть закон, по которому должны принимать в садик без прививок). Но поставили диагноз атопический дерматит и направили к аллергологу-иммунологу. Мы пока не ездим - боюсь, что скажет она мне тоже, что и в поликлинике: ставьте прививки на фоне антигистаминных. А мне так горько и стыдно перед ребенком - за первый год заболела она только однажды, никакого диатеза никогда и в помине не было, грудью до сих пор кормлю (ей уже 1,5 года) - а мама отвела к тете и "вкатила" всякую гадость.
4. Каждый человек принимает решение действуя из чувства страха и неуверенности или любви и доверия, я глубоко верю в совершенство человека и не верю в то, что на пример с помощью зараженного куриного белка ребенок станет еще более совершенным, разумеется вся ответственность полностью лежит на мне, хотя все это конечно не так легко дается, не все могут выдержать прессинг врачей, родственников да и просто свои собственные сомнения.
5. Решение родителей о вакцинации ребенка должно быть информированным. Если мама собиралась делать прививку, она имеет право знать *Список противопоказаний* и *Список поствакцинальных осложнений* к прививке, причем мама не обязана воспринимать информацию на слух.
6. А зачем они нужны если ребенок здоров, чего то не очень то телега едет если ей палки в колеса вставляешь. Я не ставил себе прививку от клещей и вроде живой, в лесу бываю часто. Все в норме. Ты не учитываешь, вдруг ребенку вместе с "полезной прививкой" занесут инфекцию типа СПИДа (даже при учете одноразовой аппаратуры), все спишут на халатность врачей. И уж ты наверно у нас сама врач, с большой уверенностью можешь сказать что именно за антитела твоему ребенку вкалывают. Я лично на такие действия не пойду исходя из твоих же слов, не доверять. Мне не нужны за и против, только положительный эффект.
7. Я не могу писать об этом спокойно и объективно. Интересно, а вы смогли бы, если бы узнали о существовании тщательно разработанного плана убийства вашего ребенка? Более того – увидели, что этот план уже приносит свои плоды? Этот план называется «Национальный календарь прививок». Это мой личный вывод. Я узнала, что тема безопасности прививок поднимается в прессе с конца восьмидесятых годов. Я узнала об этом поздно. Слишком поздно. Я не самый закрытый для информации человек. Когда я рассказывала о фактах, которые стали мне известны, своим знакомым (среди них немало врачей), они были потрясены – никто об этом им не говорил. Поэтому я считаю своим долгом снова писать об этом. Я постараюсь изложить как можно больше фактов, хотя от комментариев подчас удержаться невозможно. Но все равно, прошу вас, делайте выводы сами. Если кратко - то прививки бесполезны, потому что ни одна прививка не защищает ребенка от болезни. Это вам любой врач скажет. Если спросите. А некоторые болезни у нас только вакциноассоциированные. Полиомиелит, например. Все 16 случаев за 2005 год - вакциноассоциированные. По официальной статистике.
8. Помогите! Я не знаю, как бороться не с медициной, а со своей семьей. У меня замечательный 5-ти месячный ребенок, спокойный и постоянно улыбающийся, прививки в роддоме сделали, но тогда у меня еще не было точного решения

насчет них, в поликлинике сразу написала отказ, чтоб меня не дергали каждый месяц насчет прививок (по опыту со старшим, старшему 2,5 года, прививки делали, но еще не все, под наблюдением иммунолога, только тогда когда ребенок был абсолютно здоров). За это время поняла, что младшему делать прививки вообще не хочу, заикнулась об этом свекрови, что тут произошло! Она обзвонила всех родственников, настроила всех против нас и этого решения, постоянно обговаривает этот вопрос со всеми, в русле - что мы "очень умные", а врачи глупые, и что мы хотим угробить детей и все в этом духе. Муж сначала, вроде меня поддерживал, но после "обработке" тоже меня начал доставать, что нужно хоть какие-то делать, хотя бы полиомиелит перед поездкой в деревню (почему-то они на полиомиелит больше всего дают). Я сначала игнорировала, потом довели меня до истерики, не знаю уже, что говорить, как доказывать, абсолютно без поддержки, все настаивают на прививках... Так не хочется портить ребенку иммунитет... и боюсь, что меня все равно задавят :(

9. У меня была похожая ситуация, но я поняла что если хочешь что то сделать провив системы, лучше ни кому ничего не говорить, а самой всё втихомолку, а иначе просто задавят (родственники).
10. Решила подсчитать сколько же я знаю причин для отказа от прививок, думала штук 20 будет. Но получилось - 31! - это еще не все! Можно список продолжить! я решила оформить это в виде листовки и раздаю теперь своим знакомым и просто незнакомым людям. Моей целью не является призыв прививать или не прививать, но я призываю родителей думать! И хочу дать информацию, чтобы каждый родитель, взвесив все «за» и «против», принял для себя верное решение. Только мы – родители, отвечаем за своих детей, и их жизнь и здоровье в наших руках. И доверять мы можем только себе и той информации, которую сами найдем из тех источников, которым доверяем. Существуют сотни опубликованных медицинских исследований, документирующих безуспешность прививок и побочные реакции, и множество книг, написанных врачами, учёными и независимыми исследователями, в которых раскрываются серьёзные пороки теории и практики программы прививок. Но большинству педиатров и родителей ничего не известно об этом.
11. Я то изучила очень много информации, но он и не собирается (ссылается на занятость, да и вообще не такой человек чтобы вникать в глубину проблемы, да и проблемы он особо никакой не видит) его основной аргумент: всем делали раньше и нам в том числе - и ничего! или: а вдруг заболит?! на это я ему пытаюсь рассказать все что знала, молчит некоторое время, а потом опять за свое. Ещё не верит, что информация о вреде прививок достоверная... знаете что я думаю если честно - это просто боязнь взять ответственность на себя! Типа сделал прививочки и все: ничего не случится. А если случится, то виноваты будут врачи... а так придется всю ответственность брать на себя. Думаю все будет хорошо, вот уже 2 недели прошло как должны были идти в больницу на прививки, но я непреклонна.
12. Вакцинация биологическая - снятие родителями с себя ответственности за здоровье ребёнка.
13. Оставила в покое тогда, когда мы предложили ей написать расписку о том, что она гарантирует:
 - что организм ребёнка готов к бактериологической операции,
 - что вакцина сертифицирована (кстати, в Украине нет такой лаборатории),
 - что вакцина транспортировалась и хранилась в надлежащих условиях,
 - и что в случае, каких либо последствий всю ответственность она берёт на себя.
14. Я тоже считаю, что к врачу нужно идти только тогда, когда ребёнок действительно болен. Это они для нас работают, а не мы живём для того, чтобы к ним ходить и обеспечивать работой. Мне трудно понять зачем носить своего ребёнка каждый месяц по врачам, стоять в очередях, выслушивать всё, что они скажут, а потом ещё переживать по этому поводу. Мне было очень страшно отказаться от посещений поликлиники сначала. Вроде как педиатру же виднее, что с моим ребёнком, а я - глупая мама. Но потом я стала много читать по развитию детей, по уходу за ними и т.п. Если ребёнок заболел я изучала эту болезнь. И бывало, что мой диагноз был вернее, чем диагноз педиатра. Она (педиатр) меня запугивала, но я, все изучив, знала, что с ребёнком все в порядке и дочка действительно очень быстро поправлялась без всяких лекарств. Порой мне кажется теперь, что в некоторых вопросах я разбираюсь лучше чем врачи. Это конечно большой труд - взять на себя ответственность. Но это того стоит. Я себя действительно теперь ощущаю Мамой. У меня появилась уверенность в себе, я наконец-то поняла, впервые в жизни, что иду в верном направлении. И этого я желаю всем мамам и папам!!! Всё в наших руках!!!
15. Если не говорить о том, что есть случаи, что в течение 5 минут после БЦЖ ребёнок умирает. Есть уже такие случаи. Так зачем рисковать жизнь? Не хочу. Хотя будут ещё из-за этого сложности.
16. Мариуполь: еще одна семья через суд отстояла законное право своего непривитого ребенка ходить в школу (<http://www.privivok.net.ua/node/289>).
17. Да... долгое время взвешивала "за" и "против". Начала делать очищенными (дура!). Прослеживала всю реакцию-сходится. Иммунитет ослаб. Убиваем детей. Очнитесь!!! Имунизация-истребление. Пусть каждая мать сделает свой выбор, видя содержимое чаши обеих весов.
18. Суд за медкарту для сада.

"Дорогая Арина. Я отказалась от прививок своему ребенку. Сейчас ему 1,3 года. Скоро в садик и я намерена туда попасть. Заранее начала "борьбу" с произволом - обращалась за помощью к депутату, писала письмо в детскую больницу и прокуратуру. На вопрос депутата и мои претензии к больнице мне было отказано в выдаче мед. карты. Прокуратура "посоветовала" обратиться в суд. Теперь что делать дальше? Можно ли обойтись без адвоката? Я знаю, что есть образцы исковых заявлений, надо заплатить госпошлину. Может быть есть какие-то тонкости? Что именно надо писать в исковом заявлении? Как требовать компенсации морального вреда, как "посчитать" ее стоимость? а также если судебное дело затянется - в случае вынужденного прогула работы? Нужно ли прикладывать в качестве "доказательств" ксерокопии мед. карты ребенка, запись разговора с заведующей больницей? Нужно ли доказывать, что на момент отказа от прививок мой ребенок был не совсем здоров (у него была тяжелая форма дисбактериоза+гипервозбудимость+тяжелая форма аллергии, я отказалась от прививок когда ему было 2,5 мес.)".

"Думаю, надо подать в суд. Одновременно я бы написала в вышестоящую прокуратуру, так как ваша прокуратура ответила отмазкой, а обязаны хотя бы представлением отреагировать на незаконные действия госорганов. При эпид. ситуации действительно, должно существовать мотивированное постановление главного сан. врача по городу или области. Если вам

его не показали и даже не сослались на него, сами виноваты. При этом задним числом его слепить нельзя, оно должно было быть опубликовано в СМИ к моменту вашей с ними переписки. Тогда я пишу исковое заявление от вашего имени, ответчиком указываю вашу поликлинику (откуда письменный отказ), моральный ущерб предлагаю поставить 15 - 20 тысяч рублей. Больше все равно не дадут. Делаете три копии со всех документов, две в суд отдаете - для ответчика и судьи, на вашем иске вам поставят штамп о принятии. Еще экземпляр копий оставите себе. Точный перечень документов я в иске напишу. Суд по месту вашего жительства, пошлина около 100 руб, но если с иском об ущербе, вам нужно будет узнать поточнее в канцелярии или справочной суда. Вы со всем согласны? Тогда я пришлю вам исковое заявление на днях. "

Поведение в суде?...

Я могу написать, что я об этом думаю, но в любом случае, надо смотреть на судью, как выглядит, как говорит, как себя ведет... Нужно строго недорого одеться, чтобы выглядеть ответственной и серьезной (которая могла сама изучить вопросы вакцинации и принять ответственное решение об отказе) и одновременно производить впечатление заботливой и нуждающейся в деньгах мамы. Без украшений, с аккуратной прической. Стоит быть очень вежливой в адрес суда, в рамках вежливости в адрес ответчика, но говорить громко и уверенно, напирая на то, что права и здоровье вашего ребенка дороже всего и вы за них будете бороться до конца. Говорить то, что признано и уважаемо в социуме: "Я мать, я знаю, что лучше для моего ребенка... Мы с мужем посоветовались и приняли решение (т.е. привлекаете авторитет мужа)... Я подошла к вопросу ответственно и серьезно, изучила много литературы, буду бороться за право моего ребенка на образование". Можно задавать вежливо и твердо любые вопросы суду, спрашивать копии решения, протокол заседания и где и когда вы сможете обжаловать решение. Это, если оно вам не понравилось. Про денежные требования объясните, что есть (вам юрист сказал) постановление (я пришла на почту), что если гос. органы ваши права нарушили, значит это признает, что нанесли ущерб. Доказывать надо только сумму. А тут апеллируйте к тому, сколько вы могли получить, пока ребенок был бы в саду (зависит от срока, когда будет заседание суда) и сколько вы могли потратить времени на его развитие и образование и общение с ним, пока все писали и доказывали мед. работникам... И юридические консультации за деньги (получала по Интернету, платила электронными деньгами, доказательств нет, есть только телефон (можете мой дать, но вряд ли спросят) а потратили примерно...2,5 тысяч рублей точно бы ушло). А сколько еще на транспорт и на заказные письма... Не говорите про Котока и Червонскую. Лучше (все имхо) называть медицинские факты и тех, кого цитируют Коток и Червонская.

- "Стоит ли при разговоре с судьей указывать на пункты и статьи ФЗ, которые были нарушены." - Конечно - они и так видны из иска! Но вежливо, вот и все. Чтобы не давить судью своей осведомленностью, можно говорить, глядя в собственный иск или в записи и объяснять, что это вам адвокат сказал. О записи нужно заявить в суде и попросить признать ее доказательством. Тогда ее прослушают.

- "нужно ли говорить о вреде прививок, и причинах отказа" - суд это вряд ли заинтересует. Скажите кратко, если спросят. Это неважно для дела, даже если вы сектантка, право на отказ у вас есть. Важен только момент, что вы при отказе заботились о здоровье вашего ребенка. Говорить лучше о видимых нарушениях: агитация есть и грубая, а информацию о вреде не дают. Часто содержатся вредные компоненты (ртуть и др. яды), а о них не предупреждают; риск заражения несовместим с вредом от прививки, так как заражают через кровь, без естественных барьеров (носоглотка, слизистая, миндалина...), а про противопоказания не рассказывают, аннотаций к вакцинам не дают. Но советую не напирать на госсистему и всю медицину в целом. Говорите о себе и своих нарушенных правах. "

Здравствуйтесь, Арина. Сегодня было первое заседание суда. Следующее назначено на 21 июня. Все было в принципе, нормально. Я высказала свои жалобы. Противная сторона - предоставила отзыв на исковое заявление с просьбой суда истцу отказать. Отдала книгу Котока и диск "Правда о прививках" на "ознакомление" суду. Уже надоело слушать "что прививки - это хорошо". Может быть у судьи мнение поменяется в мою пользу, хотя настроение у судьи ко мне было сочувствующее. Кстати, у нас никто про Котока и Червонскую и слыхом не слыхивал. Представитель больницы упирал на "временный отказ в приеме граждан при угрозе эпидемии". Я "упирала" на: а где постановление о введении ограничительных мероприятий? (оно не было предоставлено). И вообще, они не обязаны знать, где, когда было опубликовано это постановление (ищите, мол сами). Короче, нашла коса на камень. По-моему, судья сама не поняла, в чем тут дело. Говорит: а давайте позвоним главсанврачу и спросим у него, есть ли в городе угроза возникновения эпидемии (конечно есть, он так и скажет - подумала я). Неужели не ясно, что угроза возникновения - это уже имеющиеся случаи заболевания! И как лихо "временный" отказ превращается в постоянный. В общем пока ничего не понятно. Да, вот еще что, мне предоставили инструкции по эксплуатации вакцин (Б, АКДС, полиомиелитную и еще что-то). Так там о противопоказаниях и возможных поствакцинальных осложнениях практических ничего не написано. Может быть я не поняла, но разве не должны быть отдельные документы (я не имею в виду инструкцию по эксплуатации) "Перечень противопоказаний" и "Перечень возможных поствакцинальных осложнений" или есть какие-то другие медицинские постановления, которые можно было бы показать с указанием на серьезность осложнений которые могут быть? В общем и нечего-то рассказывать. Говорила в основном я. Подождем второго "тура" - как пройдет - напишу."

На первое заседание суда были предоставлены только инструкции по применению. В присутствии судьи я обратила внимание на то, что перечень медпротивопоказаний и возможных поствакцинальных осложнений не был предоставлен и еще раз, в присутствии судьи я запросила от директора больницы эти документы. На что он мне ответил: вот инструкции - там мол, есть и противопоказания и осложнения которые могут быть. Получается, что это ложь в двойне: 1) родителям, которым не предоставляли эти документы; 2) суду, который запрашивал их у больницы. Казалось бы суть не в этом - нам ведь нужны документы в садик, но - одним из пунктов требований от больницы в иске - соблюдение требований об иммунопрофилактике инфекционных болезней. И я собираюсь доказать, что они нарушают законодательство. В суд я предоставила список подписей о нарушении законодательства (всего 6 чел). На следующее заседание вызовут свидетелей из этого списка. Хотя, на первом заседании 6 июня, их юрист (от больницы) сказала, что прокуратурой ЧР была проведена проверка соблюдения требований законодательства об иммунопрофилактике и в ответе мне там прямо сказано, что нарушений не выявлено. Но видимо, она "читала между строк". Помните ответ прокуратуры ЧР?: "В ходе проверки установлено, что больница руководствуется ФЗ "врем.отказ." и постановление МЗ ЧР "обеспечить допуск только привитых детей", причин для прокурорского реагирования не имеется." И ни слова о проверке соблюдения треб. об

иммунопрофилактике. И еще одно "несоответствие". Ответ больницы на мое заявление "невакцинированные дети в организованные коллективы (кроме школ) не допускаются". А как же угроза возникновения эпидемии? Получается, что "угроза" только в ДДУ. Сходила еще раз в суд. Получила повестку на руки и еще раз ознакомилась с документами. Больница предоставила Постановление 4 гл. госсанврача по ЧР от 28.02.2007 г. "О поддержании свободного от полиомиелита статуса ЧР" - всякая чушь, кое-какие сведения о заболевших полиомиелитом по России и вялым текущим параличам, постановления об охвате населения (не менее 95 %) вакцинацией и ни слова об угрозе возн. эпидемии. И что интересно, даже не предоставили приказ Мин. здравоохранения ЧР 430/207 от 29 окт.1997 г. "О мерах по снижению заболеваемости корью и эпидпаротитом в ЧР" где как раз и сказано в п. 1.8 "обеспечить допуск в ДДУ только привитых детей". Начинаешь сомневаться, а действует ли этот приказ в нынешнем году? Да, вот еще что, на судебное заседание пригласили представителей из органов опеки и министерства образования. Чего стоит опасаться? На что заострить внимание? Думаю, что на заседании суда 21-го нужно будет сказать в присутствии судьи, что место в детском саду уже выделено (и это правда, звонили и из РОНО и из детского сада заведующая), а то вдруг пойдут на попятную. Вот пожалуй, и всё. Посоветуйте, на что еще надо бы обратить внимание судьи? Стоит ли повторять ключевые моменты 1-го заседания?

"Чего мне ждать от органов опеки и представителей здравоохранения?" - органы опеки будут проверять и придираются, как вы обеспечиваете права ребенка, его развитие и общение... и пр., могут давить на то, что вы нарушаете его права отказом от вакцинации. Это только мое предположение, но в последнем случае следует отвечать примерно так:

- если в законе предусмотрен отказ, значит это не нарушение закона, а значит и прав ребенка. Ибо федеральный закон нашей страны не может предусматривать законное нарушение прав ребенка!

- зачитайте возможные осложнения - какая разница, что они редко бывают, но могут же быть! А это страшнее тех болезней, от которых прививки. К тому же это только те осложнения, которые признаны достаточно серьезными для ребенка (а если температура не 40, а 39, то хоть неделю она держись, это не осложнения, а так...) и основанием для выплат (вот где собака порылась...). А сколько бывает осложнений, не вошедших в этот список! Какая мать захочет, зная об этом, колоть здорового ребенка?! Пусть говорят, что редко, и пусть на своих эту редкость проверяют.

- Тут можно переходить на звания, регалии и фамилии медицинских лиц, у которых вы читали про вред от прививок. Коток и Червонская иже с ними. Прикрываться авторитетами от медицины.

- Про развитие можно сказать, что раз в сад по всему, кроме прививок, ходите, значит, развитие и здоровье нормальное.

Решила "отчитаться" о том, как прошло заседание. К сожалению, повестки в органы опеки и в мин-во образования были вручены поздно, они оказались не "подготовлены" и попросили отсрочки. Но, чтобы не гонять свидетелей - они были заслушаны. Каждая девушка подтвердила, что об осложнениях им ничего не говорили, ну, разве что о повышении температуры и покраснении на месте укола. На мой вопрос: зная, о противопоказаниях вы бы стали делать прививки? - ответ "нет". Была также заслушана в кач-ве свидетеля замдиректора по поликлинической части Макеева Маргарита Анатольевна (с которой есть запись разговора). Она принесла МУ "Мед. противопоказ. к проведению профпрививок МУ 3.3.1.1095-02" - Как раз то, что вы мне высылали и началось. Что противопоказаний очень мало, что в городе у нас вообще ничего не случалось, что больным детям особенно нужно. Что Онищенко. Пока она болтала (а это было очень долго, документ-то немаленький) - мы с мужем то смотрели в окошко, то в потолок, даже судье стало скучно. Дальше было сказано, что в "документе" осложнений-то практически нет, а я добавила, что там еще написано, что в случае смерти ребенка - это не повод отказаться от прививки второму. - Да нет там такого! - А я вам сейчас покажу. Дальше пошли вопросы с моей стороны: Вы признаете, что есть летальные исходы после прививок? Нет. Прошу засвидетельствовать в протоколе, что замдиректора не разбирается в вопросах законодательства об "иммунопрофилактике". Т.к. в статье 19 п. 2 говорится "В случае смерти от пост. вакц. осложнения - 30 тыс.рублей". Что вы, летальные исходы это не от прививок, а от осложнений после прививок. Вы говорите об угрозе возникновения инф. Заболеваний - на сколько я знаю, согласно зак-ву об Иммуно-ке об этом может заявлять только глав.санврач (постановление) - предъявите доказательства своих полномочий. Долгое молчание, а потом. А вот документы (опять МУ), а вот Онищенко. Да, таких людей еще поискать надо. Был у нас такой в университете, из пустого места-столько воды нальет всегда выкручивался... В общем было весело. Мне даже понравилось. Даже если дело будет не в нашу пользу - хоть будет какой-то позитивный опыт отстаивания своих прав.

Еще раз здравствуйте, Арина. К сожалению, мне придется вас расстроить... отказано по всем пунктам искового заявления. Знаете, я просто чувствовала перевес в свою сторону, пока не появилась представитель из органов опеки. Судья стала к ней прислушиваться, спрашивать ее мнения (она стала приводить примеры из жизни - вот у нее подруга умерла от полиомиелита, собака от энцефалита и т.д. и вообще, куда вы, девушка лезете со своим строительным образованием в медицину? Вы изучали это год, а они 6 лет в институте и еще много лет в поликлинике и вообще, вы, девушка не по адресу обратились вам надо с иском-то в министерство здравоохранения или к самому Онищенко) дошло до того, что был поставлен под сомнение мой авторитет, как матери своего ребенка. Я видите ли, лишаю его возможности поступления в детский сад, лагерь, какое-то образовательное учреждение типа военного, где без прививок не пускают, возможности выехать за границу. А не приставить ли к ее ребенку кого-нибудь из органов опеки? Например меня. И вообще, она представляет здесь интересы тех детей, с которыми мой ребенок... Мое оперирование ФЗ и Конституцией, по-моему никому не нужно было. Мои аргументы, к сожалению, тоже. "Заладила одно и то же". Суд превратился в какой-то фарс, в какой-то базар, где торговки наперебой кричат одно... да вы лишаете своего ребенка, обязанность матери - охрана здоровья, а вы. Да я как раз этим и занимаюсь. В общем суд превратился не знаю во что. Возможно моя ошибка в том, что я пошла в суд без адвоката. Я просто не ожидала, что могут быть такие нападки в мой адрес и судья даже не сделает попытки их пресечь. Ну а на мои слабые попытки даже не обратили внимания. И мужа, к сожалению, не было рядом. Он сидел с ребенком и думал, что я справлюсь. Кстати, Постановления главсан врача все-таки нет. Был сделан туда запрос. И был прислан ответ общий о ситуации в городе с такого-то года. То есть были вспышки - всех привили- снижение заболеваемости... начиная с такого-то года и заканчивая нынешним - как раз заболел корью ребенок 2006 года рождения. Вот пожалуй и все.

Александр Коток. Печально... и поучительно. Считаю, что нужно непременно подавать кассационную жалобу. Надеюсь, что Арина поможет ее составить. Александр, спасибо, что отвечаете здесь. Я была бы счастлива составить эту жалобу... Но

истец - Наталья дальше судиться не хочет. А я слишком далеко, чтобы сделать это самой. Хотя масса нарушений закона налицо и обжалование так и просится.

Конечно, напишу. Самого решения суда я еще не видела, пишу со слов:

- во-первых, судом получено подтверждение того, что постановления об эпидемической ситуации в республике нет и, соответственно, нет никаких узаконенных мер борьбы с эпидемией или конкретным заболеванием. Поэтому, прививки никто детям делать не обязан, и в сад ребенка обязаны были допустить.

- во-вторых, налицо нарушение законодательства об иммунизации - свидетели и истец показали, что их не предупредили о возможных осложнениях перед постановкой прививок в больнице. Представители больницы эти факты не опротестовали. А больницу не оштрафовали, не вынесли предупреждение, не заставили извиниться и впредь соблюдать закон.

- в третьих, то, что наговорила представитель опеки, подлежит жесткому опротестованию по всем пунктам. Однако, неизвестно, внесено ли это в протокол судебного заседания, или так - на эмоции судьи повлияло...

Александр Коток. Вот где проблема. Провинциальный судья, судя по всему, малокомпетентна и как юрист, и как человек, разбирающийся в медицине хотя бы на уровне обывательского здравого смысла. И вместо того, чтобы жалобой показать ее некомпетентность и добиться своего, Наталья пасует. Вот это будет настоящий подарок вакциниаторам. Тогда они будут знать, что можно не подавать в суд требуемые документы, вешать лапшу на уши, вызывать ради давления на истца людей, вообще не имеющих никакого отношения к делу (те же органы социальной опеки - известные прихвостни вакциниаторские) - все с рук сойдет. Арина, может быть Вы попробуете убедить Наталью все же подать жалобу? Если я могу чем-то помочь - готов!

РЕШЕНИЕ Именем Российской Федерации 26 октября 2007 года г. Новочебоксарск Новочебоксарский городской суд Чувашской Республики под председательством судьи Нестеровой А. А. при секретаре Жуковой С. Г. рассмотрев в открытом судебном заседании гражданское дело по исковому заявлению Енцовой Натальи Валерьевны к МУЗ «Новочебоксарская городская детская больница» о признании действий и бездействий медицинских работников незаконными, об обязанности оформить медицинскую карту в детский сад, о взыскании компенсации морального вреда, об обязанности соблюдать требования законодательства, об обязанности поместить в газете «Грани» официальные извинения за причиненный моральный и материальный вред, о взыскании неполученного дохода, установил:

Енцова Н. В. обратилась в суд с иском к МУЗ «Новочебоксарская городская детская больница» о признании действий и бездействий медицинских работников незаконными, об обязанности оформить медицинскую карту в детский сад, о взыскании компенсации морального вреда, об обязанности соблюдать требования законодательства. Исковые требования мотивированы тем, что у ее сына Енцова Н. С., 19 декабря 2005 года рождения, по прошествии двух месяцев со дня рождения постоянно возникали вспышки аллергии, был выявлен дисбактериоз кишечника, симптомы гипервозбудимости. В отношении вакцинации никакой объективной информации о поствакцинальных осложнениях и противопоказаниях ей не представлялось. Тщательно изучив вопросы, связанные с вакцинацией, их семья приняла решение отказаться от профилактических прививок ребенку, учитывая его состояние здоровья. 29.05.2006 г. она оформила официальный письменный отказ от проведения профилактических прививок своему ребенку. 27.01.2007 г. МУЗ «Новочебоксарская городская детская больница» на запрос Комитета по социальной политике, здравоохранению, физической культуре и спорту ответило отказом в выдаче ее ребенку медицинской карты для поступления в детский сад. Аналогичный ответ был получен ею на собственный запрос. Ею были представлены в поликлинику по месту жительства полные сведения о состоянии здоровья своего ребенка, по исполнению ребенку одного года он был осмотрен положенными специалистами. Ребенок признан абсолютно здоровым. Считает неправомерными бездействие главврача МУЗ «Новочебоксарская городская детская больница» Зайцева В. А. в части его ответственности как руководителя за безграмотность сотрудников больницы в вопросах законодательства РФ, защищающего права пациента; действия заместителя главврача Макеевой М. А., отказавшей в выдаче ее сыну медкарты для посещения детского сада; действия заведующей первым педиатрическим отделением Бессоновой Л. С. как исполнителя официального ответа МУЗ «Новочебоксарская городская детская больница» об отказе в выдаче медкарты ее сыну. Действия вышеуказанных лиц нарушают ее права и права ее сына, гарантированные Конституцией РФ, законами РФ, Всеобщей декларацией прав человека, Конвенцией о правах ребенка. Кроме того, незаконными действиями медицинских работников ей нанесен моральный и материальный ущерб, так как она вынуждена тратить свое время и денежные средства на рассылку заявлений в официальные органы, обращение к депутату, в прокуратуру, и пользоваться услугами юристов для юридической поддержки. Просила признать действия медицинских работников МУЗ «Новочебоксарская городская детская больница» Макеевой М. А. и Бессоновой Л. С. незаконными; признать бездействие руководителя МУЗ «Новочебоксарская городская детская больница» главврача Зайцева В.А. незаконным; обязать ответчика оформить медицинскую карту ее сына Енцова Н. С. для его поступления в детский сад в соответствии с законодательством РФ; взыскать с ответчика компенсацию морального вреда в сумме 1000 руб.; обязать МУЗ «Новочебоксарская городская детская больница» соблюдать требования законодательства РФ об иммунопрофилактике инфекционных болезней и Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан с целью защиты прав несовершеннолетних граждан и их родителей, а именно: обязать уполномоченных медицинских работников вежливо предоставлять полную и объективную информацию о возможных поствакцинальных осложнениях; предъявлять перечень медицинских противопоказаний к проведению профилактических прививок согласно ст. 11 (профилактические прививки проводятся гражданам, не имеющим медицинских противопоказаний), и ст. 5 (граждане при осуществлении иммунопрофилактики имеют право на получение от медицинских работников полной и объективной информации о необходимости профилактических прививок, последствиях отказа от них, возможных поствакцинальных осложнениях) Закона об иммунопрофилактике инфекционных болезней от 17.09.1998г. № 157-ФЗ. Позднее истец дополнила иск требованиями об обязанности руководителя МУЗ Новочебоксарская городская детская больница» главврача Зайцева В. А. поместить в газете «Грани» официальные извинения за причиненный ей и ее семье моральный и материальный ущерб вследствие незаконных действий сотрудников вверенного ему учреждения и его незаконного бездействия в части его ответственности как руководителя за безграмотность и некомпетентность лично его и его сотрудников в вопросах федерального законодательства России, защищающего права пациента, следствием чего явилось длительное нарушение прав ее сына; о взыскании в ее пользу с ответчика суммы неполученного вследствие его действий дохода в размере 36922 руб.;

расходов по оплате госпошлины в размере 1658 руб. В судебном заседании истец Енцова Н. В. и ее представитель Покровская А. И. исковые требования поддержали в полном объеме по доводам, изложенным в исковом заявлении. Представитель ответчика МУЗ «Новочебоксарская городская детская больница» Макеева М. А. исковые требования не признала, ссылаясь на их необоснованность. Просила отказать в их удовлетворении. Представитель третьего лица Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Чувашской Республике - Чувашии Смирнов М. М. пояснил суду, что в течение 2007 года в г. Новочебоксарск по абсолютному большинству инфекционных заболеваний отмечалась стабильная эпидемиологическая ситуация. В настоящее время в городе отсутствует какая-либо угроза возникновения эпидемий, кроме ожидаемого сезонного подъема заболеваемости гриппом и острыми респираторными вирусными инфекциями. Выслушав явившихся лиц, исследовав материалы дела, суд приходит к следующему. Из материалов дела следует, что 29.09.2006 г. истец Енцова Н. В. оформила отказ по религиозным мотивам от прививок своему ребенку Енцову Н. С., 19.12.2005 г.р., реакции Манту, БСЖ, полиомиелита, дифтерии, столбняка, коклюша, кори, эпидпаротита, гепатита, где указала, что о возможном развитии тяжелых осложнений вплоть до смертельного исхода в результате заболевания непривитого ребенка туберкулезом, полиомиелитом, дифтерией, столбняком, коклюшем, корью, эпидпаротитом, гепатитом она предупреждена. 12 января 2007 года истец Енцова Н. В. обратилась с заявлением к главврачу МУЗ «Новочебоксарская городская детская больница» Зайцеву В. И., в котором просила обеспечить оформление медицинской карты для ее сына Енцова Н. С., необходимой при поступлении его в детский сад. Письмом № 56 от 14 февраля 2007 г. МУЗ «Новочебоксарская городская детская больница» сообщило Енцовой Н. В., что в соответствии с п.2 ст. 5 ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний» от 04.09.1998 г. отсутствие профилактических прививок влечет за собой временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий. Поскольку в настоящее время Чувашская Республика является зоной свободной только по полиомиелиту и имеется риск возникновения массовых заболеваний дифтерией, коклюшем, корью, эпидпаротитом, краснухой, вирусным гепатитом, то не вакцинированные дети в организованные коллективы (кроме школ) не допускаются. Аналогичный ответ ответчик дал 27.12.2006 г. на запрос Комитета по социальной политике, здравоохранению, физической культуре и спорту. Пунктом 1.8. приказа № 430/207 от 29.10.1997 г. МЗ ЧР «О мерах по снижению заболеваемости корью и эпидпаротитом в Чувашской Республике» предусмотрено обеспечить допуск в детские дошкольные учреждения только привитых детей и переболевших корью и эпидемическим паротитом. О последствиях, влекущих за собой отказ от проведения профилактических прививок, мама была предупреждена. В обоснование искового требования об обязанности ответчика оформить медицинскую карту для поступления ее сына Енцова Н. С. в детский сад истец Енцова Н. В. ссылается на нарушение медицинскими работниками ее права как законного представителя своего сына на отказ от проведения ему профилактических прививок. В соответствии со ст. 5 Федерального закона «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» от 17 сентября 1998 года № 157-ФЗ отсутствие профилактических прививок влечет за собой временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых медицинских заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий. В силу данной нормы закона отказ в приеме граждан в образовательные учреждения ввиду отсутствия профилактических прививок возможен при возникновении массовых медицинских заболеваний, а не при угрозе их возникновения. В соответствии с ч. 6 ст. 51 Федерального закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30 марта 1999 года № 52-ФЗ главные государственные санитарные врачи и их заместители наделяются полномочиями: при угрозе возникновения и распространения инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих, выносить мотивированные постановления о введении (отмене) ограничительных мероприятий (карантина) в организациях и на объектах. Согласно письму Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Чувашской Республике - Чувашии от 24.10.2007г. В настоящее время в г. Новочебоксарск отсутствует какая-либо угроза (предпосылка) возникновения эпидемий, кроме ожидаемого сезонного подъема заболеваемости гриппом и острыми респираторными вирусными инфекциями. Представитель Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Чувашской Республике — Чувашии Смирнов М. М. в судебном заседании пояснил, что в 2007 году в детских дошкольных учреждениях г. Новочебоксарск ограничительные мероприятия (карантин) не вводились, соответственно, постановления о введении таких мероприятий главным государственным врачом не выносились. Таким образом, судом установлено, что на момент обращения Енцовой Н. В. к ответчику о выдаче ее ребенку медицинской карты в г. Новочебоксарск отмечалась стабильная эпидемиологическая ситуация и отсутствовала какая-либо угроза возникновения эпидемий. Следовательно, отказ МУЗ «Новочебоксарская городская детская больница» от оформления медицинской карты малолетнего Енцова Н. С., необходимой для поступления в детский сад, не соответствует требованиям действующего законодательства, в силу чего исковые требования Енцовой Н. В. в этой части подлежат удовлетворению. Енцова Н.В. просит суд взыскать с МУЗ «Новочебоксарская городская детская больница» в ее пользу компенсацию морального вреда в сумме 10000 руб., ссылаясь на нарушение прав ее сына на свободное посещение детского сада. В соответствии со ст. 151 ГК РФ если гражданину причинен моральный вред (физические или нравственные страдания) действиями, нарушающими его личные неимущественные права либо посягающими на принадлежащие гражданину другие нематериальные блага, а также в других случаях, предусмотренных законом, суд может возложить на нарушителя обязанность денежной компенсации указанного вреда. Согласно п. 2 ст. 43 Конституции РФ гарантируются общедоступность и бесплатность дошкольного, основного общего и среднего профессионального образования в государственных или муниципальных образовательных учреждениях и на предприятиях. Учитывая, что истец Енцова Н. В. обратилась в суд в интересах своего несовершеннолетнего сына Енцова Н. С., права которого нарушены неправомерным отказом ответчика в оформлении медицинской карты для его свободного поступления в дошкольное образовательное учреждение, ее требования о взыскании с ответчика компенсации морального вреда обоснованы, законны и подлежат удовлетворению. При определении размера компенсации морального вреда суд учитывает характер и степень, причиненных истцу нравственных страданий, обстоятельства причинения вреда. При определении размера компенсации морального вреда также учитываются требования разумности и справедливости. С учетом указанных обстоятельств, суд определяет денежную компенсацию морального вреда, подлежащего взысканию в пользу Енцовой Н. В. в сумме 1000 рублей. Требование истца о

взыскании с ответчика неполученного дохода в сумме 36922 руб. не может быть удовлетворено по следующим основаниям. В соответствии со ст. 1064 ГК РФ вред, причиненный личности или имуществу гражданина, а также вред, причиненный имуществу юридического лица, подлежит возмещению в полном объеме лицом, причинившим вред. Согласно ст. 15 ГК РФ лицо, право которого нарушено, может требовать полного возмещения причиненных ему убытков, если законом или договором не предусмотрено возмещение убытков в меньшем размере. Под убытками понимаются расходы, которые лицо, чье право нарушено, произвело или должно будет произвести для восстановления нарушенного права, утрата или повреждение его имущества (реальный ущерб), а также неполученные доходы, которые это лицо получило бы при обычных условиях гражданского оборота, если бы его право не было нарушено (упущенная выгода). Возмещение убытков является мерой гражданско-правовой ответственности, поэтому лицо, требующее возмещения убытков, должно доказать, во-первых, факт нарушения права, во-вторых, наличие и размер понесенных убытков, в-третьих, причинную связь между нарушением права и возникшими убытками. Указанные обстоятельства в совокупности образуют состав правонарушения, являющийся основанием для применения ответственности в виде взыскания убытков. Отсутствие хотя бы одного из названных условий исключает ответственность лица по требованию о возмещении убытков. Обосновывая свое требование о взыскании МУЗ «Новочебоксарская городская детская больница» в ее пользу материального ущерба в виде упущенной выгоды, Енцова Н. В. указывает, что размер неполученного дохода складывается из ежемесячной заработной платы по постоянному месту работы, период с 19 июня по 01 октября 2007 года, которую она не получила в этот период в связи с отсутствием возможности работать из-за nepocтyплeния ребенка в детский сад. Однако истец документально не доказала наличие причинно-следственной связи между незаконными действиями ответчика и возникшими убытками. Представленная в материалах дела справка с места работы истца от 06.08.2007 г. свидетельствует лишь о нахождении Енцовой Н. В. в указанный период в отпуске по уходу за ребенком. Принимая во внимание указанные обстоятельства и исходя из основных начал гражданского законодательства, основанного на признании равенства участников регулируемых отношений, суд приходит к выводу об отсутствии совокупности элементов гражданского правонарушения, являющегося основанием для применения к ответчику ответственности в виде взыскания убытков. В ст. 12 ГК РФ определена система гражданско-правовых способов защиты субъектами своих прав. Требования истца о признании действий медицинских работников МУЗ «Новочебоксарская городская детская больница» Макиевой М. А. и Бессоновой Л. С. незаконными; признании бездействия руководителя МУЗ «Новочебоксарская городская детская больница» главврача Зайцева В. А. незаконным; обязанности МУЗ «Новочебоксарская городская детская больница» соблюдать требования законодательства РФ об иммунопрофилактике инфекционных болезней и Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан с целью защиты прав несовершеннолетних граждан и их родителей, а именно: обязать уполномоченных медицинских работников вежливо предоставлять полную и объективную информацию о возможных поствакцинальных осложнениях; предъявлять перечень медицинских противопоказаний к проведению профилактических прививок согласно ст. 11 (профилактические прививки проводятся гражданам, не имеющим медицинских противопоказаний), и ст. 5 (граждане при осуществлении иммунопрофилактики имеют право на получение от медицинских работников полной и объективной информации о необходимости профилактических прививок, последствиях отказа от них, возможных поствакцинальных осложнениях) Закона об иммунопрофилактике инфекционных болезней от 17.09.1998 г. № 157-ФЗ; об обязанности руководителя МУЗ Новочебоксарская городская детская больница» главврача Зайцева В. А. поместить в газете «Грани» официальные извинения за причиненный ей и ее семье моральный и материальный ущерб вследствие незаконных действий сотрудников вверенного ему учреждения и его незаконного бездействия в части его ответственности как руководителя за безграмотность и некомпетентность лично его и его сотрудников в вопросах федерального законодательства России, защищающего права пациента, следствием чего явилось длительное нарушение прав ее сына - не являются способами защиты прав, нарушенных отказом ответчика в оформлении медицинской карты, и по ним не выносятся решения по существу. Кроме того, требование Енцовой Н. В. об обязанности руководителя МУЗ Новочебоксарская городская детская больница» главврача Зайцева В. А. поместить в газете «Грани» официальные извинения за причиненный моральный и материальный вред не может быть отнесено к иным способам, предусмотренным законом, так как такой способ защиты в случае нарушения прав отказом в выдаче документа законом не предусмотрен.

С учетом изложенного, руководствуясь ст. 194-199 ГПК РФ, суд решил:
Обязать МУЗ Новочебоксарская городская детская больница» оформить медицинскую карту Енцова Николая Сергеевича, 19 декабря 2005 года рождения, для его поступления в детский сад.
Взыскать с МУЗ Новочебоксарская городская детская больница» в пользу Енцовой Натальи Валерьевны, действующей в интересах несовершеннолетнего Енцова Н. С., компенсацию морального вреда в сумме 1000 руб. (одна тысяча руб.), расходы по оплате госпошлины в сумме 200 руб.

В удовлетворении искового требования Енцовой Н.В. к МУЗ Новочебоксарская городская детская больница» о взыскании неполученного дохода в размере 36922 руб. - отказать.

Решение может быть обжаловано в Верховный суд Чувашской Республики в течение десяти дней со дня принятия судом решения в окончательной форме, через Новочебоксарский городской суд ЧР.

Судья А. А. Нестерова. <http://forum.anastasia.ru>

Ответственность врачей.

Представляется важным отметить, что во все времена - вакцины существуют чуть более 200 лет - были, есть и будут специалисты: одни - категорические противники вакцинаций, другие - выступающие против массовости этого медицинского вмешательства, третьи - против использования живых вакцин в "профилактике здоровья" детей. В бывшем СССР были и четвертые - педиатры и фтизиатры, а также некоторые эпидемиологи-иммунологи, пытавшиеся ограничить вседозволенность в "совершенствовании" природы человека, начиная с новорожденности, доказывая опасность БЦЖ, т. е. выступавшие против вакцинации новорождённых!

1. Большинство педиатров, опасаясь потерять работу, избегают диагностировать осложнения после прививок. Коломиец еще недавно вела прием в детской поликлинике №2 Днепровского района Киева. Недавнее увольнение оттуда она косвенно связывает со своей антипрививочной позицией, которая не понравилась руководству.
2. Нетрудно догадаться, что если все (или почти все) дети на участке получили свою порцию АКДС, план выполнен и премия за "массовый охват" получена, у педиатра не будет большого желания ставить диагноз коклюша или, тем более, отправлять мокроту кашляющих детей на посев, чтобы, не приведи Господь, было доказано, что прививка бесполезна, а на "привитом" и премированном участке вспышка болезни. Дети получают такие диагнозы, как ОРЗ, бронхит, ларингит и пр. Но если вдруг кашлять начнет ребенок, родители которого отказались сделать "нужную" прививку, то, как нетрудно догадаться, диагнозом будет именно коклюш — по одному волшебному докторскому наитию, безо всяких лабораторных доказательств. Не сделает свою работу педиатр — его "неправильную" статистику поправят коллеги на более высоких уровнях. Так или иначе, но в итоге мы получим сведения, согласно которым инфекционные болезни поражают почти исключительно непривитых, а значит, без прививок нам - никуда. Это ничто иное, как следствие порочной системы, при которой врачи получают деньги не за здоровье вверенного им населения, а за выполнение неких запланированных процедур, за "охват", который может не только не быть в интересах пациентов, но и прямо противоречить им. Получай рядовые педиатры деньги за здоровье ими врачуемых детей, они бы быстро, быстрее всяких исследователей, обнаружили ту самую связь между прививками и многочисленными болезнями, которую они нынче яростно отрицают, и все, наконец, встало бы на свои места...
3. Когда его дочь заболела после прививок он задал доктору вопрос прямо: нужна ли вакцинация вообще? "Как врач скажу, что, безусловно, нужна, а как отец — я своим детям не делаю", — ответил тот.
4. Медсестра мне сказала, раз отказываетесь от прививок, в 1 год ребенку вместо пробы Манту сделаете рентген/младшей сейчас 8 мес. Как влияет рентген на детей? Рентген влияет крайне отрицательно. «Нормативная и правовая защита пациента при назначении и проведении рентгенодиагностических исследований»: ...не допускается также проведение профилактических рентгенологических исследований беременным и детям до 14 лет. Рентгенологические исследования детей до 14 лет должны проводиться с использованием методов диагностики с минимальными лучевыми нагрузками по строгим клиническим показателям, профилактические исследования детей не проводятся. Исключаются методы исследований, во время которых ребенок может получить большую эффективную дозу облучения (рентгеноскопия и др.). У детей ранних возрастов обязательно проводится экранирование всего тела за пределами исследуемой области.
5. В: Когда-либо Вы обсуждали то, о чём мы сейчас говорим, с Вашими коллегами, с которыми Вы вместе работали в прививочном истеблишменте? О: Да. В: И что? О: Несколько раз мне велели придержать язык за зубами. Мне разъяснили, что мне надо вернуться к работе и забыть о своих опасениях. Несколько раз я сказал о своих недобрых предчувствиях относительно прививок. Коллеги начали стараться избегать меня. Они чувствовали, что могут быть обвинены в соучастии. В конце концов, я стал вести себя хорошо. И убедился, что больше не создаю сам себе проблем. В: Когда-то Вы были уверены, что прививки - символ прогрессивной медицины. О: Да. Я помогал в разработке нескольких вакцин. Я не скажу, каких именно. В: Почему? О: Я хочу остаться инкогнито. В: Значит, Вы считаете, что у Вас могут быть проблемы, если Вы откроетесь? О: Полагаю, что я потеряю свою пенсию. В: На каком основании? О: Это не имеет значения. У этих людей есть возможность доставить вам неприятности, если вы когда-то были членом клуба. Я знаю несколько человек, за которыми следили и которых беспокоили. В: Не слишком ли много за простую свободу слова? О: Я был частью "внутреннего круга". Если я сейчас начну называть имена и обвинять отдельных исследователей, у меня будет немало проблем.
6. В: Что стало поворотным пунктом для Вас? О: У меня был друг, чей ребёнок умер после прививки DPT. В: Вы исследовали этот случай? О: Да, неформально. Я обнаружил, что до прививки ребёнок был совершенно здоров. Никакой другой причины смерти, кроме прививки, не было. Так начались мои сомнения. Конечно, мне хотелось верить, что ребёнок просто получил неудачную прививку из неудачной серии. Но когда я продолжил изучение этого случая, я понял, что ничего подобного в данном случае не было. Я был вовлечён в круговорот сомнений, которых со временем становилось всё больше. Мои исследования продолжались. В противоположность тому, что я ранее думал, я обнаружил, что прививки научно не изучаются. [14]
7. В: Эндрю Вейкфилд, английский врач, обнаруживший связь между прививкой MMR и аутизмом, был недавно уволен из лондонского госпиталя, в котором работал. О: Да. Вейкфилд оказал огромную услугу. Его данные просто ошеломляющие. Наверное, Вы знаете, что жена Тони Блейра увлекается нетрадиционной медициной. Вероятно, это и есть причина того, что их ребёнок не получил прививку MMR. Блейр недавно обошёл этот вопрос в интервью в прессе, на основании, якобы, желания оградиться от вмешательства в его "личную и семейную жизнь". Так или иначе, но я полагаю, что его жену заставили замолчать. Я думаю, что, если бы ей дали шанс, то она бы высказалась, по меньшей мере, в поддержку тех семей, которые заявили, что их детям был нанесён тяжёлый ущерб прививкой MMR.
8. В 1989 г. моему внуку в роддоме поставили диагноз "нарушение мозгового кровообращения" - НМК. Я подумала о страшных последствиях, но главный врач роддома, строго по секрету, с учётом того, что я не только врач, но и работник Минздрава, успокоила меня: "Мы многим детям ставим такой диагноз, чтобы не делать вакцинацию против туберкулёза. Не волнуйтесь, ребёнок нормальный".
9. Многое станет откровением не только для специалистов разных дисциплин, кому действительно небезразлично здоровье российских детей, но и для трёх-четырёх поколений педиатров-вакцинаторов, которые обязаны не только подчиняться приказам Минздрава, но, прежде всего, читать, думать и анализировать.

Специфический и неспецифический иммунитет.

Неспецифический (врожденный) иммунитет обуславливает однотипные реакции на любые чужеродные антигены. Главным клеточным компонентом системы неспецифического иммунитета служат фагоциты, основная функция которых - захватывать и переваривать проникающие извне агенты. Для возникновения подобной реакции чужеродный агент должен иметь поверхность, т.е. быть частицей (например, заноза).

Если же вещество молекулярно-дисперсное (например: белок, полисахарид, вирус), и при этом не токсичное и не обладает физиологической активностью - оно не может быть нейтрализовано и выведено организмом по вышеописанной схеме. В этом случае реакцию обеспечивает специфический иммунитет. Он приобретается в результате контакта организма с антигеном; имеет приспособительное значение и характеризуется формированием иммунологической памяти. Его клеточными носителями служат лимфоциты, а растворимыми - иммуноглобулины (антитела).

Первичный и вторичный иммунный ответ.

Специфические антитела продуцируются специальными клетками - лимфоцитами. Причем для каждого вида антител существует свой тип лимфоцитов (клон).

Первое взаимодействие антигена (бактерии или вируса) с лимфоцитом вызывает реакцию, названную первичным иммунным ответом, в ходе которого лимфоциты начинают развиваться (пролиферировать) в виде клонов, претерпевая затем дифференцировку: некоторые из них становятся клетками памяти, другие превращаются в зрелые клетки, продуцирующие антитела. Главные особенности первичного иммунного ответа - существование латентного периода до появления антител, затем выработка их лишь в небольшом количестве.

Вторичный иммунный ответ развивается при последующем контакте с тем же самым антигеном. Основная особенность - быстрая пролиферация лимфоцитов с дифференцировкой их в зрелые клетки и быстрая выработка большого количества антител, которые высвобождаются в кровь и тканевую жидкость, где могут встретиться с антигеном и эффективно побороть болезнь.

Естественный и искусственный иммунитет.

К факторам естественного иммунитета относят иммунные и неиммунные механизмы. К первым относятся гуморальные (система комплемента, лизоцим и др. белки). Ко вторым относятся барьеры (кожа, слизистая), секрет потовых, сальных, слюнных желез (содержит разнообразные бактерицидные вещества), желез желудка (соляная кислота и протеолитические ферменты), нормальная микрофлора (антагонисты патогенных микроорганизмов).

Искусственный иммунитет вырабатывается при введении в организм вакцины или иммуноглобулина.

Активный и пассивный иммунитет.

Активная иммунизация стимулирует собственный иммунитет человека, вызывая выработку собственных антител. Вырабатывается у человека в ответ на возбудитель. Образуются специализированные клетки (лимфоциты), которые продуцируют антитела к конкретному возбудителю. После инфекции в организме остаются "клетки памяти", и в случае последующих столкновений с возбудителем начинают снова (уже быстрее) продуцировать антитела.

Активный иммунитет может быть естественным и искусственным. Естественный приобретает в результате перенесенного заболевания. Искусственный вырабатывается при введении вакцин.

Пассивный иммунитет: в организм вводятся уже готовые антитела (гамма-глобулин). Введенные антитела в случае столкновения с возбудителем "расходятся" (связываются с возбудителем в комплекс "антиген-антитело"), если встречи с возбудителем не произошло, они имеют некий период полужизни, после чего распадаются. Пассивная иммунизация показана в тех случаях, когда необходимо в короткие сроки создать иммунитет на непродолжительное время (например, после контакта с больным).

Когда ребенок появляется на свет, он обычно имеет иммунитет (невосприимчивость) к некоторым инфекциям. Это заслуга борющихся с болезнями антител, которые передаются через плаценту от матери к будущему новорожденному. Передаются антитела против возбудителей тех болезней, которыми мать переболела или против которых была иммунизирована. Впоследствии, вскармливаемый грудью младенец постоянно получает дополнительную порцию антител с молоком матери. Это естественный пассивный иммунитет. Он также носит временный характер, угасая к концу первого года жизни.

Стерильный и нестерильный иммунитет.

После заболевания в некоторых случаях иммунитет сохраняется пожизненно. Например корь, ветряная оспа. Это стерильный иммунитет. А в некоторых случаях иммунитет сохраняется только до тех пор, пока в организме есть возбудитель (туберкулез, сифилис) - нестерильный иммунитет. Еще в 1998 году английский журнал New Scientist объяснил, почему в Англии 30% населения астматики и около 80 - аллергики. Причина проста: иммунная система складывается и настраивается в первые три года, и ребенок должен получать условно патогенные бактерии, чтобы его система настоилась и потренировалась. Эти бактерии в основном содержатся в почве. Если их нет, то организм просто не знает, на кого и как реагировать, отсюда аутоиммунные заболевания, в том числе такие страшные (пока не столь частые), когда иммунная система вдруг набрасывается на какой-то орган как на большую бактерию и убивает человека за пару месяцев. На Западе народ помешан на чистоте и стерильности, поэтому дети растут в стерильной среде и доступа к естественным бактериям для формирования иммунной системы не имеют. Вот вам и результат. Кстати, они же приводят данные о том, что в чистеньких городах южной Швеции астматиков намного больше, чем в загрязненных городах Польши, а выросшие в бедных сельских районах итальянские военнослужащие намного реже страдают аллергией.

Резюме.

Наряду с врожденным и приобретенным иммунитетом для борьбы организма с возбудителями инфекций существуют также и механизмы естественной профилактики инфекционных заболеваний. Специфический профилактический иммунитет может сформироваться как путём переболевания в ходе острого инфекционного процесса, так и в результате латентного, скрытого (бессимптомного) течения. И, кроме того, когда риск невелик, в организме запускаются механизмы, провоцирующие и активизирующие потенциально опасные микроорганизмы, чтобы в перспективе получить против них специфический иммунитет.

Эффект простуды наглядно демонстрирует работу провоцирующих механизмов. Резкое охлаждение разогретого тела, например, на сквозняке или питье холодной воды, приводит к ослаблению факторов местного иммунитета, что вызывает рефлекс чихания. В результате, различные, в том числе и патогенные микроорганизмы (бактерии, вирусы, грибы, простейшие) попадают в околоносовые пазухи, где происходит презентация микробного антигена, индукция иммунного ответа и, возможно, передача антигенной информации напрямую в костный мозг. Чихание и кашель способствуют формированию индивидуального и коллективного иммунитета против ОРЗ, гриппа, менингита, энцефалита и других инфекций.

Важными рефлекторными зонами, которые могут вызывать и простудные эффекты, служат ступни ног, поверхность спины у мужчин и ягодиц у женщин. Связано это, видимо, с различиями в распределении массы тела, диафрагмальным дыханием у мужчин и грудным дыханием у женщин. Всё перечисленное относительно женщин безусловно связано с деторождением. В состоянии бодрствования и в условиях, близких к естественным, нормой является прохладная спина у мужчин и прохладные ягодицы у женщин.

Механизмы терморегуляции и другие регуляторные системы могут работать как на профилактику инфекций, так и на их неадекватное обострение. Это не сбой в системах регулирования. Это несоответствие современных условий жизни тем условиям, при которых эти механизмы и системы эволюционировали. Так, длительная холодовая тренировка и закаливание не исключают совсем простудные заболевания, а, как правило, отодвигают их на летний период, когда они протекают в более благоприятных для организма условиях. Просто организм современного человека пребывание зимой в тёплых помещениях воспринимает, как продолжение лета, и переболевает преимущественно в этот период, когда усиливаются контрасты температур.

Большое значение имеет механизм внутриклеточной консервации потенциально опасных микроорганизмов и другие способы консервации (например, в миндалинах, аппендиксе) с последующей возможностью использовать их для наращивания специфического иммунитета. Однако, эти же механизмы могут способствовать возникновению некоторых острых или хронических заболеваний (грипп, герпес, ангина, аппендицит и др.). По той же причине органы и ткани, которые лежат на пути естественной профилактической иммунизации (кожа, околоносовые пазухи, многорядный эпителий дыхательных путей, цилиндрический эпителий кишечника, шейки матки, железистых протоков, надкостница) тоже могут подвергаться повышенному риску специфических заболеваний или являться входными воротами некоторых заболеваний (дерматиты, угри, синуситы, менингиты, энцефалиты, гонококковая инфекция, хламидиоз, периостит, остеомиелит и др.).

Получается, что повышенному риску заболеваний подвергаются именно те органы и ткани, которые наиболее защищены от инфекций (либо лимфоидной тканью, либо анатомически). Если не брать во внимание существование профилактической стратегии и провоцирующих механизмов, то такое положение вещей можно было бы считать абсурдным. Однако, риск провокации именно наиболее защищённых структур будет минимальным. Потому данная стратегия и реализуется, и преимущественно тогда, когда организм находится в состоянии относительной физиологической нормы.

Иммунная система. Традиционно к иммунной системе относят органы, в которых есть заметные скопления лимфоидной ткани. К центральным органам относят костный мозг, тимус (вилочковая железа), сумку Фабрициуса (у птиц). К периферическим - селезёнку, лимфатические узлы, миндалины, аппендикс, кожу, скопления лимфоидной ткани (Пейеровы бляшки) в других органах.

Система терморегуляции и механизмы провокации. В борьбе с инфекциями эволюционировали не только иммунные органы, но и другие органы и системы. Так, гормоны стресса, главным образом кортикостероиды (десенсибилизирующая способность), обеспечивают невосприимчивость организма к инфекции в неблагоприятных для него условиях, скажем, в период длительных похолоданий. И наоборот, продолжительное пребывание в комфортных условиях, избегание закаливающих факторов, детренирует, создаётся гормональный фон, делающий организм чувствительным к инфекции даже при незначительных температурных воздействиях.

Последний механизм кажется нецелесообразным, не способствующим выживанию. Однако, длительное пребывание в комфортных условиях в дикой природе невозможно или маловероятно. И, естественно, не могут выработаться механизмы, защищающие организм во всех искусственно создаваемых условиях. Механизм простуды и аналогичные реакции на инфекцию у незакалённого современного человека могут привести к довольно тяжёлым болезням. Но этот же механизм в естественных, диких условиях работает как защитный для профилактики тяжёлых инфекционных заболеваний путём переболевания в лёгкой форме.

По сути, речь идёт о механизмах провокации. Здоровый организм в благоприятных климатических условиях и при достатке пищи и жизненного пространства переболеет, как правило, в лёгкой форме или скрыто, латентно (атипично), повышая тем самым напряжённость специфического иммунитета против конкретного патогена. Этот механизм помогает выжить и защититься от опасных инфекций в неблагоприятных условиях, когда организм ослаблен длительной засухой, жарой или холодом, бескормицей, травмами и болезнями. [33]

Стратегия женского организма в части детородной функции такая же, как и у организма в целом. Это переболеть потенциально опасными инфекциями, имеющими отношение к репродуктивной сфере, заранее, до беременности. С тем, чтобы во время беременности, родов и грудного вскармливания иметь достаточно сильный специфический иммунитет против мочеполовых инфекций. Так, переохлаждение чувствительных зон у женщины (ноги, ягодицы, тазовая область в целом), особенно когда организм разогрет, является основным фактором, провоцирующим эффект простуды.

Следует заметить, что данная стратегия была целесообразна в диких условиях существования, когда организм хорошо тренирован воздействиями внешней среды. В современных условиях, эта стратегия может спровоцировать не только лёгкие, бессимптомные инфекции, но и более тяжёлые острые или даже хронические заболевания (генитальный герпес, гонорея, микоплазмоз, хламидиоз и другие). Следовательно, не допустить заражение - основной способ предупреждения половых инфекций.

Вообще, предрасположенность организма к провокации и высокая чувствительность к окружающим его инфицирующим микроорганизмам возникает только в активном, деятельном состоянии организма и в относительно комфортных условиях

окружающей среды. Факторами, провоцирующими простудные и другие инфекции во время деятельности, являются неизбежные при этом физические воздействия окружающей среды:

- Охлаждение разогретого и вспотевшего тела при ветре (на сквозняке).
- Охлаждение ног при ходьбе по холодной земле или мокрой траве.
- Охлаждение носоглотки при вдыхании холодного воздуха или питье холодной воды.

Но цивилизация вносит свои коррективы. Заболевший или ослабленный человек, проявляя двигательную активность, может разогреться, вспотеть и тоже простудиться. И, наоборот, имея хорошие показатели здоровья, современный человек может и не реагировать на слабые провоцирующие факторы внешней среды (находясь в комфортных условиях) и в конечном итоге заболеть тяжёлым инфекционным заболеванием, не имея соответствующего специфического иммунитета. Видимо, такая ситуация сложилась во время пандемии гриппа "Испанки" в 1918-1920 гг. Заражались и чаще всего умирали молодые и среднего возраста люди, имеющие нормальные условия жизни, хорошее питание, высокие показатели здоровья.

В дикой природе провоцирующие факторы всегда сильные. А вероятность того, что ослабленное животное будет проявлять активность - невелика. При заболевании животное, как правило, отлёживается в укромном месте.

Не реагирование на провокации и нечувствительность к инфекции при заражении в условиях длительного стресса тоже имеет свои пределы. Продолжающиеся стрессовые воздействия могут привести к дистрессу и активизации инфекции. Последнее справедливо, как для условий цивилизации, так и для диких условий.

В широком смысле, провоцирующими факторами многих инфекций могут быть различные виды деятельности (или её символы): переутомление, психическое напряжение, тяжёлая физическая нагрузка, пребывание на солнце, активный секс, острая, обильная пища, алкоголь, сильные отрицательные или положительные эмоции.

Рефлексы: зевания, чихания, кашля.

Нервная система также обеспечивает работу механизмов, провоцирующих инфекции, действуя через системы терморегуляции, дыхательную, пищеварительную, выделительную, половую и другие органы и системы. Сюда же относятся безусловные рефлексы чихания, кашля, зевания, другие более сложные рефлексы.

Например, зевание помимо других возможных функций способствует более глубокому проникновению в лёгкие микробных частиц с вдыхаемым воздухом. Что, видимо, повышает вероятность иммунизирующего эффекта малочисленных, но потенциально опасных микроорганизмов, содержащихся в воздухе. Кроме того, зевание способствует оседанию микробов и в ротовой полости, которые затем со слюной попадают в пищеварительный канал. Таким способом, видимо, профилактируются кишечные формы респираторных инфекций. Или инфекции, имеющие дополнительную кишечную симптоматику к основному, респираторному и (или) менинго-энцефальному проявлению заболевания (например, обычный и птичий грипп, различные энтеровирусные инфекции, включая серозно-вирусный менингит, и другие).

Кашель, как правило, возникает при нетяжёлых формах респираторных инфекций при раздражении слизистой трахеи и бронхов. Часто кашель свидетельствует о начале выздоровления. То есть, когда организм воспринимает данный вид микроорганизма уже не опасным. В противном случае он представлял бы серьёзную угрозу и для окружающих людей, так как при кашле (и чихании) микробосодержащие частицы разлетаются на значительные расстояния (воздушно-капельный путь заражения). Следовательно, кашлевой рефлекс способствует поддержанию коллективного иммунитета для защиты популяции от опасных инфекций, являясь механизмом распространения ещё, или уже неопасных, слабо вирулентных штаммов данной инфекции. Рефлекс чихания может возникнуть и без заметных признаков инфекции, при раздражении слизистой оболочки носа, и имеет явную связь с механизмами терморегуляции.

Значение закаливания.

Есть такая закономерность: у любителей холодных закаливающих процедур, при длительном пребывании в холодных помещениях или хождении зимой в лёгкой одежде простудные заболевания и грипп тоже случаются, но они отодвигаются на летний, жаркий период, что являлось нормой для диких условий жизни. В условиях же современной цивилизации большая часть людей переболевает в неблагоприятные для здоровья осенне-зимний и весенний периоды. То есть организм современного человека воспринимает зимний период, как продолжение лета, когда тепло (в данном случае в помещениях) и достаточно пищи, как время, "безопасное" для лёгких инфекций. Это не является сбоем механизмов адаптации, а свидетельствует лишь о несоответствии современных условий жизни условиям дикой природы.

Степень закалённости и состояние здоровья у современного человека влияет лишь на характер протекания инфекции. В благоприятной ситуации (при отсутствии сильных провоцирующих факторов) инфекции могут протекать и бессимптомно. Однако, хорошее состояние здоровья и сильный иммунитет не гарантируют бессимптомное течение инфекции. Бывает и наоборот, обострение с высокой температурой или подострое течение. Здесь нет прямой зависимости, так как оказывает влияние закономерность: "здоровье - деятельность - провокация". В дикой природе действующие природные факторы и степень закалённости всегда максимальны, и инфекции протекают преимущественно в лёгкой или бессимптомной форме.

Система естественной профилактики инфекций.

Эта система объединяет некоторые механизмы ослабления иммунитета (главным образом неспецифического), механизмы, провоцирующие потенциально опасные инфекции на активность, иммуногенность, и способствующие этому анатомические особенности организма. В эту систему закономерно будет включить и механизмы сдерживания инфекционного процесса в допустимых рамках и анатомические особенности не позволяющие инфекции распространиться по всему организму.

Слизистая оболочка дыхательных путей - устроена так, что с помощью ресничек мерцательного эпителия с обеих сторон гонятся попавшие в дыхательные пути частички пыли и микроорганизмы в сторону носоглотки, проглатываются со слюной и уже в кишечнике оказывают иммуногенное действие. В слюну микроорганизмы могут попасть и во время зевания.

Миндалины - концентрируют и консервируют микроорганизмы, попавшие с воздухом в органы дыхания. Здесь происходит провокация респираторных и некоторых других инфекций при вдыхании холодного воздуха и питье холодной воды, когда организм находится в разогретом, деятельном состоянии. [33]

Пищевод - лимфа частично имеет прямой (минуя лимфоузлы) выход в кровяное русло, что является одним из механизмов профилактической иммунизации.

Аппендикс - концентрирует и консервирует микроорганизмы, попавшие в кишечник.

Кожа - концентрирует и консервирует микроорганизмы, попавшие через микротравмы и железистые протоки.

Шейка матки - концентрирует и консервирует микроорганизмы, попавшие в половые пути женщины, в клетках цилиндрического эпителия и вне клеток.

Выводы.

1. Вероятно, существует прямой путь поступления микробных антигенов в костный мозг: через сосуды надкостницы при её травматическом повреждении в уязвимых местах (голова, локтевая кость, большеберцовая кость и др.); через слизистую оболочку и надкостницу околоносовых синусов, попавших туда при дыхании и чихании.
2. Этот путь, вероятно, вносит свой вклад в репертуар специфичностей, образуемый клональной селекцией, и служит для постепенного, бессимптомного наращивания специфического иммунитета.
4. Наряду с механизмами, повышающими резистентность к инфекции в неблагоприятных, стрессовых условиях жизни, существуют механизмы провокации законсервированных или вновь поступивших возбудителей инфекции, способствующие проявлению их иммуногенной активности в благоприятный период жизни макроорганизма. Приобретённый малой ценой и с меньшим риском специфический иммунитет повышает устойчивость организма к инфекции и является существенным фактором выживания в неблагоприятный период жизни.
6. Закалённый человек переболевает ОРЗ и гриппом в летний период, а незакалённый - в осенне-зимний. Вероятно, зимний период с преимущественным пребыванием в тёплых помещениях воспринимается организмом современного человека, как продолжение лета, как период, когда допустимы провокации инфекций.
7. Механизмы провокации особенно активны в околоносовых пазухах, средней части пищевода, миндалинах, аппендиксе, канале шейки матки, железистых протоках кожи и слизистых оболочек. Если сдерживающие инфекцию факторы иммунной защиты оказываются неэффективными, то могут развиваться специфические заболевания, связанные с действием этих механизмов провокации (синуситы, ангина, аппендицит, некоторые венерические заболевания, цервицит, уретрит, дерматиты и другие)
8. Ряд органов, систем и отдельных рефлекторных механизмов взаимосвязаны и фактически являются "Системой естественной профилактики инфекций", ядром которой является "Иммунная система".

Об иммунитете, вакцинации и индивидуальном подходе.

Для того чтобы «спровоцировать» иммунный ответ, антиген должен обладать свойствами чужеродное, иметь достаточный молекулярный вес, отвечать определённым особенностям структуры. Вакцина - чужеродна, об этом надо помнить всегда при введении её в организм ребёнка, поскольку, как чужеродное, обязательно нарушает иммунологический баланс, присущий в индивидуальном «количестве и качестве» каждому малышу. Кроме того, при наличии всех «достоинств» антиген - вакцина не всегда может быть гарантом развития полноценного желаемого иммунного ответа. Конечный результат - формирование защиты — зависит, прежде всего, от организма прививаемого ребёнка, от исходного состояния его иммунной системы, её иммуногенетической характеристики - генотипа. Поэтому привить - не значит - защитить! Очень важно знать результат подобного нарушения саморегуляции внутренней среды организма ребёнка: циркулируют ли специфические антитела? Идеально, конечно, иметь ответ на этот вопрос ещё до вмешательства... [5]

Можно привести бесчисленное множество примеров, когда в отдельных закрытых учреждениях (детских или военных) вовсе не все заболевают даже гриппом, а тем более - свинкой, дифтерией, крайне редко полиомиелитом и другими «массовыми инфекционными заболеваниями», хотя имели между собой непосредственный контакт. Кроме того, возможностей для передачи инфекционного агента у нас предостаточно, ибо санитарно-эпидемиологическая служба забыла о своих функциях, работая вне связи с иммунологией, основами эпидемиологии и учения об инфекционных болезнях. Таким образом, наиболее характерными признаками иммунной системы, отличающими её от других систем организма человека, являются следующие: первое — способность дифференцировать все «свое» от всего «чужого»; второе - создание памяти о первичном контакте с чужеродным антигенным материалом; третье - клональная организация иммунокомпетентных клеток, проявляющаяся в способности отдельного клеточного клона реагировать только на одну из множества антигенных детерминант. Применяя сказанное к системе «всех подряд» по одной и той же схеме, следует обратить внимание, во-первых, на постоянную нагрузку «чужим» путём парентерального искусственного «спасения» от того, чего на самом деле нет (!). Это систематически дезорганизует данное природой, и великий зодчий - природные защитные силы организма отвлекаются на сверхработу против того, с чем ребёнок в наше время вряд ли встретится, пропуская более важные и опасные приоритеты в борьбе с чужеродным - с агрессивным окружением среды обитания. Во-вторых, «создание памяти о первичном контакте» может исходить от разного проявления такого контакта с возбудителями инфекционных болезней, например, от перенесённого ребёнком в «стертой» (скрытой форме) - без проявления типичной клинической картины - полиомиелита, дифтерии, туберкулёза, коклюша и даже паротита. Ставят диагноз бронхит, ОРЗ и пр., но возбудитель даже не пытались выделить и идентифицировать, что является прямой обязанностью санэпидслужбы. В-третьих, «клональная организация» иммунокомпетентных клеток, как и другая «организация» любой системы организма - не вечный двигатель (!), чтобы спасти ребёнка от активной, искусственно навязываемой сверхнагрузки с рождения до юношеского возраста, когда природные защитные силы вынуждены пребывать в состоянии «напряжённости» согласно приказам Минздрава и невежеству вакцинователей. Какой уж тут «иммунологический надзор», когда чужеродное поступает лавиной в не оформившийся детский организм...

Следовательно, только диагностическое обследование как до, так и после вакцинации определяет степень защиты от инфекционной болезни, а также... компетентность врача. «Плановый осмотр» и «плановая вакцинация всех подряд» дискредитирует эту «медицинскую помощь», создавая иллюзию незаменимости прививок в «ликвидации» всех или почти «всех» инфекционных болезней, активно пропагандируемую комитетами ВОЗ по РПИ.

«Часто слышимые утверждения, в том числе от имени ВОЗ, что только вакцинопрофилактика является идеальным и наиболее рентабельным инструментом ликвидации инфекции, как это бывает со всеми чрезмерно категорическими утверждениями, не соответствует действительности. Более того, гигантомания в безудержном расширении вакцинопрофилактики и существенном увеличении числа вакцин в календаре прививок до нескольких десятков, вероятно, к

счастью для человечества никогда не будет реализована. При подобном развитии событий ущерб от массовой вакцинопрофилактики, связанной с неизбежным повреждающим действием вакцин, многократно перекроет потенциальные выгоды, получаемые от защиты от инфекций», - пишут отечественные специалисты в 2000 г., и с этим нельзя не согласиться.

«Улучшение» природы человека, начиная с новорожденности, без учета индивидуальных особенностей организма конкретного ребёнка приводит к полному краху здоровья.

Конечно, идеально иметь, как это рекомендуется последние 30 лет, во-первых, «генетический паспорт здоровья» - «с диагностикой новорождённых на наследственные заболевания и болезней с наследственным предрасположением», во-вторых, «иммунологический паспорт», причем заводить его «целесообразно сразу после рождения ребёнка, производя исследования пуповинной крови на наличие иммунодефицитов, антител к различным инфекционным болезням, определяя содержание иммуноглобулинов, наличие стимулированных лимфоцитов и т. д.». Добавлю - и обязательно наличие-отсутствие ферментопатий. [5]

Для лечения и предупреждения натуральной оспы гомеопаты разработали нозоды вакцинин, вариолин и маландрин, а также с успехом использовали тую. В веке двадцатом ни малейшего интереса медицинского истеблишмента не вызвало предложение лечить инфекционные болезни мегадозами витамина С.

Гомеопатическое лекарство несет в себе информацию о всех симптомах болезни. Так, "латиризм" или спастическая параплегия (полиомиелит) известен с древних времен. Симптомы этой болезни связывают с отравлением Чинной посевной из семейства Бобовых, которое чаще встречалось во время голода, в связи с употреблением в пищу хлеба, приготовленного из пшеничной муки и семян Чины посевной. Заболевание проявляется внезапно, часто после влажной, холодной ночи, параличами и потерей чувствительности нижних конечностей. Ребенок, получив гомеопатическую горошину, приготовленную из этого растения, запомнит, усвоит, отложит в клеточках памяти информацию о симптомах болезни, будет готов к контакту с микроорганизмом. В случае контакта в быту с больным, ребенок может отреагировать на инфекцию в форме легких катаральных явлений, поноса, а также выработкой специфических антител, т.к. он уже "познакомился" с этим заболеванием ранее и знает, что делать, какие механизмы саморегуляции включать для её излечения.

Существуют и другие лекарства для профилактики таких инфекционных заболеваний, как дифтерия, столбняк, коклюш, корь и пр.

Конечно, проводить профилактику желательнее тогда, когда организм крепкий и здоровый. Это может быть летний период для детей, посещающих детские заведения, а также наиболее благоприятное время года для любого ребенка, не посещающего ясли и д/сад (каждая мать знает, когда её ребенок чаще болеет).

Таким образом, гомеопатическая прививка является реальной альтернативой вакцино-профилактики:

- исключает осложнения,
- позволяет приобрести иммунитет и уберечь малыша от инфекции,
- облегчить течение болезни.

Есть целый список препаратов вакцинального ряда, устраняющих поствакцинальные проблемы как острые, так и отдаленные, среди которых прямым антитодом вакцинального яда является препарат, приготовленный из растения семейства Кипарисовых.

1. Эксперты считают, что Украине следует равняться на ведущие страны Европы, где принято разрабатывать индивидуальные календари прививок для каждого человека. Чтобы не навредить природному иммунитету, проводят исследования крови и составляют иммунную карту пациента. Это куда безопаснее, чем делать прививки всем поголовно. [1]
2. Если вы все же решили прививать своего ребенка, то лучше это начать делать после 5-6 лет!
3. Весь период грудного вскармливания ребенка защищают антитела, передающиеся ему с молоком матери. И только через полгода после последнего прикладывания к груди эта защита исчезает! Тогда нужно сдать иммунологический анализ крови на наличие тех или иных антител, и только после этого можно поставить прививки (если, конечно, вы не решили отказаться от вакцинации совсем) от тех болезней, антител к которым в крови не обнаружено.
4. Согласно рекомендациям ВОЗ, для иммунизации новорождённых предлагается использовать одновременно с вакциной человеческий НВ Ig. Однако на практике, говорится в проспекте, «из-за высокой стоимости НВ Ig используется только вакцина, правда, такой подход имеет место, главным образом, в развивающихся странах».
5. Вообще, если честно, я бы посоветовала всем родителям вместо вакцинации естественное поднятие иммунитета ребенка через природные источники - закаливание, экологически-чистое натуральное питание, естественный режим дня, пребывание на природе, хорошее настроение, внимание и забота со стороны родителей.
6. Ну, девочки, ну нельзя же жить в постоянном страхе заболеть какой-нибудь гадостью. От всего все равно не привьешься. И я думаю - риск осложнений - это в любом случае риск. Я бы не стала намеренно подвергать свой организм риску - пусть самому маленькому в период, когда планируется зачатие ребенка. То есть по сути вакцинация - это профилактика, но у меня в голове не укладывается как профилактика может сделать из человека инвалида. Пусть даже и одного на миллион. Но ведь никто не даст гарантии, что этим одним миллионным не окажусь я. Это все мои личные соображения и заморочки. Ради Бога, не воспринимайте то, о чем я пишу как требование всем и каждому отказываться от прививок. Бывает в жизни всякое. У меня нет панического страха перед болезнями. А у другой женщины может быть истерия на этой почве. И для нее лучше сделать эту противокраснушную прививку, и она успокоится, придет в себя, и не будет дергаться по этому поводу и за версту обходить детские заведения... И не будет у нее никаких осложнений, и ребеночка родит здорового. Думаю, что здесь каждый решает для себя сам - нужны ему риски, на какие риски он готов пойти, верит ли он в пользу вакцинации и так далее...
7. **В:** Вы считаете, что людям должно быть предоставлено право выбора, прививаться или нет? **О:** На политическом уровне - да. На научном уровне - людям нужно предоставлять информацию, чтобы они могли сделать правильный выбор. Легко сказать: "Выбор - это хорошо". Но если вся атмосфера пропитана ложью, как вы можете выбирать? Если бы во главе Управления контроля пищевых продуктов и лекарств (FDA) стояли порядочные люди, прививки не были бы разрешены. Их бы исследовали в деталях. **В:** Оглядываясь назад - Вы можете привести хоть один довод в пользу прививок? **О:** Нет, не могу назвать ни одного. Если бы у меня сейчас был ребёнок, последнее, что я бы позволил - сделать ему прививку. Если нужно - я бы переехал в другой штат. Я изменил бы фамилию. Я бы исчез вместе со своей семьёй. Но вряд ли до этого бы дошло. Есть пути, как изящно обойти систему, надо их только знать. Вы можете заявить о своих религиозных или философских взглядах и на этом основании получить освобождение от прививок. Это позволяет во всех штатах.
8. Обнаружено, что некоторые вакцины обеспечивают более длительный иммунитет, чем предполагалось ранее. Известно, что вакцина против оспы защищает человека на протяжении всей его жизни. Согласно новому лонгитюдному исследованию, такую же длительную устойчивость дают вакцины против кори и свинки. Вакцина против столбняка, по нормам Министерства здравоохранения США, действует в течение 10 лет. Однако недавнее исследование команды из Орегонского университета науки и здоровья обнаружило, что половина антител против бактерии столбняка присутствует в крови и спустя 10 лет после прививки, сообщает агентство Reuters. Поэтому, например, в Швеции прививка против столбняка считается эффективной в течение 30 лет. В действительности результаты статистического прогнозирования не всегда строго применимы ко всем людям без исключения. Например, вспышки свинки и коклюша, как известно, иногда случаются среди не привитых в детстве взрослых людей. Исследователи считают, что инфицирование взрослых непривитых добровольцев корью, свинкой, краснухой и ветрянкой не дает полной гарантии приобретения защиты от этих заболеваний. Найденные командой Слайфка "периоды полураспада антител" оказались таковы: 11 лет для столбняка, 19 лет для дифтерии, 50 лет для ветрянки, пожизненно для краснухи, кори, свинки и вируса Эпштейна-Барра. "Корь, свинка и краснуха всегда считались детскими болезнями, и теперь мы знаем причину этого, – говорит д-р Слайфка. – Наша иммунная система помнит их в течение всей жизни. Мы хотим подчеркнуть, что надлежащая прививка жизненно важна для того, чтобы защитить людей от болезней. Но мы также должны сказать, что слишком частое и избыточное прививание населения не имеют никакой пользы для здоровья. Возможно, они даже вредны".
9. Главным мифом, с которым приходится бороться сейчас, беседуя с родителями, которые уже знакомы с темой, является миф о "хороших" и "плохих" прививках. "Хорошие", якобы, прививки — против дифтерии (но только без коклюшного компонента!) и столбняка. Иногда к их числу еще относят прививки против полиомиелита. "Плохие" — все остальные. На деле же абсолютно все, без каких-либо исключений, прививки — это губители природного иммунитета и семена непредсказуемых "всходов" — будущих опасных болезней, которые врачи наотрез отказываются считать связанными с прививками. Не предлагая, впрочем, никаких иных объяснений.
10. После излечения болезней, возникших в связи с вакцинацией, у родителей встает вопрос: "Как же защитить ребенка от детских инфекционных заболеваний? В каких случаях следует это делать?". Если ребенок восприимчив к этим болезням, важно переболеть ими, что послужит исправлению наследственной недостаточности, а ребенок приобретет больший иммунитет, чем до болезни!!! Это подтверждается сотнями примеров. Некоторые родители специально приводят крепких и здоровых детей в детское учреждение, где выявлено инфекционное заболевание, чтобы ребенок перенес его в детском возрасте. После этих заболеваний существовавшая до болезни предрасположенность и симптомы, улучшаются. Детское инфекционное заболевание - своего рода обучение в детском возрасте последующей жизни во взрослом состоянии. "Неправильно оберегать детей от этих детских инфекционных болезней, т.к. перенесение их запрограммировано в жизненном цикле", пишет немецкий педиатр врач - гомеопат Адольф Фегель.

11. Педиатры и эпидемиологи должны постоянно использовать лабораторное диагностическое обследование на дифтерию, её носительство, на выявление других инфекций, вести тщательный эпидемиологический надзор за очагами инфекций; совершенствовать методы поиска источников инфекций и их санации; следить и контролировать проведение общепринятых противозидемических мероприятий; проводить систематическое обучение молодых врачей клинике, лечению и эпидемиологии инфекционных заболеваний. Ведь этого фактически сейчас нет. Именно по этим причинам болеют и умирают люди. Легче всего в приказном порядке привить поголовно население против инфекций и надеяться на то, что прививки спасут человечество от инфекционных заболеваний. Это - ложное благополучие. Практика в нашей стране показывает, что, несмотря на поголовные прививки против туберкулёза, заболеваемость растёт. Все внутренние ресурсы организма ребенка и взрослого человека, в том числе идущие на формирование иммунных систем, тратятся на борьбу с загрязнением, поступающим извне. Требуется глубокое изучение процессов выработки иммунитета в современных условиях, и, если таковой не формируется в должной степени, необходимо искать другие способы защиты человека от инфекций.

12. Я, Червонская Галина Петровна, как правило, не даю никаких рекомендаций и советов, поскольку все зависит от индивидуальности каждого ребенка, но категорически возражаю против прививки БЦЖ а также постановки реакции Манту в условиях нашего российского неграмотного, невежественного подхода к иммунопрофилактике, к состоянию иммунной системы конкретного ребенка и многих других факторов, которые описаны во всех учебных пособиях по иммунологии. " Вакцина вместе с тем эффективна как защитное средство от инфекционных болезней при рациональном ее использовании, т. е. при добровольном оказании помощи нуждающимся в ней, к тому же находящимся в полном здоровье. Больной, ослабленный организм не в состоянии реагировать адекватно ни на возбудителей инфекционных болезней, ни на их ослабленные или убитые варианты - вакцины. Чтобы вакцинация осуществлялась грамотно (как при оказании любой другой медицинской помощи), ею должны заниматься иммунологи, владеющие основами вирусологии, бактериологии и иммунологией инфекционных болезней. Успех рационального применения вакцин - в психологической переориентации медицинских работников. Достаточно невыполнения и двух из них - отсутствия сведений об иммунодефицитах и ферментопатиях(!), чтобы утверждать о преступном вмешательстве в природу человека. Но для того, чтобы их обнаружить, требуется диагностика - диагностическое обследование! В результате обследования составляются два паспорта - генетический и иммунологический, реально подтверждающие здоровье-нездоровье родившегося ребёнка. [5]

Из рекомендаций отечественных специалистов - примерная схема собираания анамнеза перед проведением прививок:

- возраст родителей, состояние их здоровья, профессия; в современных условиях генетики рекомендуют иметь подробный анамнез до зачатия;
- состояние здоровья ближайших родственников с обращением специального внимания на аллергические, нервно-психические, наследственные, эндокринные заболевания;
- исход предыдущих беременностей, их протекание;
- возраст и здоровье других детей в семье;
- роды: асфиксия, щипцы, родовая травма, энцефалопатия, недоношенность, групповая и резуснесовместимость, гипербилирубинемия, масса тела при рождении;
- врождённые пороки и аномалии развития;
- развитие ребёнка (психофизическое) до 1 года. Правда, у профессора И. А. Аршавского, а до него отечественного педиатра Н. П. Гундобина и др. были несколько иные ориентиры в отношении наблюдений за развитием - до 3-5 лет; современные рекомендации и того лучше: «Не спешите сделать малыша членом детского коллектива, пока ему не исполнилось 6 лет - к этому времени иммунная система становится достаточно крепкой, чтобы защищать организм от простуд и детских инфекций» (приложение к журналу «Здоровье», 2000, № 1. с. 43),
- перенесённые заболевания, их тяжесть, дата последнего (а как же быть с соблюдением этого пункта перед вакциной бцж?!);
- наличие и характер проявления экссудативно-катарального диатеза, в каком возрасте начал проявляться, лечение - при таких рекомендациях ребёнка следует прививать с 3-5-летнего возраста (!);
- аллергические заболевания и реакции: характер, тяжесть, частота, сезонность, длительность обострения, дата последнего, лечение;
- непереносимость лекарственных препаратов, пищевых продуктов и прочих возможных аллергенов;
- реакция на предыдущую прививку, дата;
- наличие судорожных припадков у ребёнка, их характер и даты, эффективность лечения;
- жилищно-бытовые условия;
- посещал или посещает ребёнок детское учреждение;
- эпидемиологическая ситуация в семье, квартире (если не отдельная), в детском учреждении, которое посещает ребёнок; в регионе, области, в городе; наличие контакта с больными инфекционными болезнями;

«Решающая роль в предупреждении поствакцинальных осложнений принадлежит общим профилактическим мероприятиям и прежде всего правильному отбору детей для иммунизации". Далее педиатры подчёркивают: существенным моментом в профилактике осложнений является проведение перед вакцинацией оздоровительных мероприятий, включающих санацию очагов хронической инфекции, лечение анемии, гельминтозов, рахита, гипотрофии и др., а также проявлений аллергических заболеваний.

Не менее важными факторами является уход и постоянное медицинское наблюдение за вакцинированным, оберегание его от физических и психических травм. Следует обратить особое внимание на питание ребёнка в поствакцинальном периоде, что очень важно для детей, страдающих пищевой аллергией. Следует оградить ребенка от тех продуктов, на которые он даёт аллергические реакции (яйцо, шоколад, куриный бульон, рыбу, цитрусовые и пр.), или ограничить их употребление.

Не следует ставить вопрос перед родителями о немедленном проведении вакцинации перед поступлением в детский сад или школу если ранее дети были не привиты. «Бесспорно, прививки несовместимы с переменной привычного режима ребёнка, не говоря об эмоциональном стрессе в детском учреждении... проведение прививок на дому запрещается». До 90-х годов ушедшего столетия в нашей стране предупреждение, запрещающее прививки на дому, находилось в каждой

инструкции (наставлении) по применению вакцины. Это сильно отличается от современного беспредела, когда против полиомиелита предлагали вакцинироваться... в метро?!

Наряду с проводимой в нашей стране огульной пропагандой: «Все вакцины полезно-спасительные, не надо никакой диагностики, ибо это - дорого», эксперты комитета по иммунологии и гематологии ВОЗ почти полвека назад рекомендовали введение «серологической эпидемиологии». Рекомендовано создать коллекции сывороток, наличие которых обеспечит знание антител к различным инфекционным болезням, антител на химические вещества, позволяющие обнаружить хронические заболевания и те из них, которые связаны с обменом веществ, такие как диабет, заболевания коронарных артерий, антитела на витамины и белки, отражающие состояние питания. Используя эритроциты, лейкоциты, лимфоциты, необходимо проверять не только иммунологические, но также гематологические и генетические показатели. Предполагаю также, что в каждой стране с помощью иммуно-серологических методов диагностики будет получена картина состояния иммунитета у населения разных географических районов, будут даны описательные эпидемиологические данные многих болезней не только инфекционного происхождения. - Трудная, большая работа, но безысходность наша в том, что к ней не приступали... несмотря даже на приказ № 260, возникший следом за этими рекомендациями в 1960 г. (11 апреля) - приказ Минздрава СССР! Приказ гласил о создании сети прививочных кабинетов, возглавляемых врачами-иммунологами. Причём, «имеется ввиду - не иммунологами-теоретиками, а врачами, работающими в области прикладной иммунологии, т. е. занимающимися иммунопрофилактикой инфекций в условиях поликлиники». Сеть прививочных кабинетов создали, как известно, но... возглавляют их педиатры, никогда не изучавшие иммунологию, не читавшие учебники по иммунологии и не знающие «иммунологические аспекты инфекционных болезней», со страхом и непереносимостью относящиеся ко всем иммунологическим терминам. Здесь абсолютно прав профессор В. И. Говалло, подметивший: «...практические врачи избегают читать иммунологические работы... не задумываясь над важностью решаемых задач». Наряду с этим, на всех международных совещаниях, симпозиумах, конференциях по иммунологии подчёркивается жизненная необходимость в современных знаниях для более глубокого понимания механизмов иммунитета, лежащих в основе естественного и приобретённого иммунитета в результате вакцинации. [5]

Иммунодиагностика необходима не только для определения специфических противоиных антител, но и других классов иммуноглобулинов. Практические разработки тем более важны потому, что наличие специфических антител не всегда коррелирует с вирусной нейтрализацией — нейтрализующей активностью или специфическим иммунитетом, как, впрочем, и в случае с туберкулёзом - бактериальной инфекцией. Кроме того, в некоторых случаях, как известно, антитела могут приносить массу бед - вред, вызывая аутоиммунные процессы.

Улучшение ситуации в диагностической службе является одной из самых важных задач, неотложных мероприятий, т. к. обеспечивает удовлетворительное медико-санитарное обслуживание и эпидемиологический надзор за инфекционными болезнями. Без наличия эффективной лабораторной базы невозможна противэпидемическая служба, а вакцинация и её «успехи» относятся к категории профанации. Диагностика важна до проведения прививок против краснухи, дифтерии, паротита и всех остальных «календарных» прививок. Например, указывается, что «в группах риска или с повышенным риском следует проводить оценку титров антител после вакцинации против гепатита В... стратегия вакцинации против гепатита В нуждается в учёте известных вариаций иммунных ответов различных людей». В России не реализуются полноценно старые диагностические методы, не разрабатываются новые... В результате вся система прививок находится в абсолютном противоречии с научно-практическими достижениями и интересами современной неинфекционной эпидемиологии, с общей биологией, а также с катастрофическим нарастанием количества иммуноослабленных детей. Таким образом, об иммунологическом обследовании существуют не только рекомендации Комитета по иммунологии ВОЗ, но и многочисленные приказы Минздрава нашего Отечества, например, ещё такие, как № 450 от 1986 г. и совсем недавний - № 323/105 от 08.07.99 г.: «...проводить серологическую диагностику с целью исследований напряжённости иммунитета к...». Приказы есть, результаты диагностики отсутствуют! Малочисленные диагностические службы функционируют разрозненно, дублируя друг друга и... далеко не всегда качественно. Учитывая вышесказанное, никогда не следует забывать, что все «вакцины неизбежно небезопасны», «обуславливают цепь патофизиологических процессов», следовательно, обязательно нарушают общий гомеостаз и неспецифические барьеры защиты организма.

1. Прекратить поголовное проведение профилактических прививок в роддомах против туберкулёза; проводить введение этой вакцины только по показаниям и в эндемичных районах. По такой же системе необходимо проводить прививки против коклюша, дифтерии и столбняка, а также введение других профилактических средств против инфекционных заболеваний. Эпидпоказания должны быть серьёзно и чётко обоснованы.

2. Считать приоритетными неспецифические меры противэпидемических мероприятий: выявление источников инфекции, прерывание путей распространения инфекционного агента, санацию, своевременную диагностику и карантин и т.д. Для этого необходимо создавать широкую сеть диагностических служб.

3. Организовать научные исследования по изучению состояния и формирования иммунитета в условиях загрязнения окружающей среды с привлечением к этой работе иммунологов и других специалистов для последующего составления «паспорта здоровья» для каждого гражданина России с рождения.

4. Постоянно публиковать точные сведения о количествах осложнений и инвалидизации детей от прививок, о результатах обследования детей с рождения: медико-генетического скрининга и показателей иммунологического статуса.

5. Принять немедленные меры по совершенствованию технологии производства вакцин с предельным освобождением их от химических веществ, что обязывает включить изучение вакцин (прежде всего убитых) во все инструкции, существующие в нашей стране для испытания лекарственных средств.

6. Потребовать ответственности лиц, виновных в экоциде населения, совершаемом через систему прививок в нашей стране.

7. Возложить ответственность на местах за профилактику и лечение инфекционных заболеваний на местные органы здравоохранения.

Надо сделать так, чтобы врач, вмешивающийся в иммунную систему, был аттестован по иммунологии! Уверена: ни один из педиатров и санврачей не прошли бы такой аттестации...

В США существует несколько проектов, которые отслеживают побочные эффекты вакцин (VSD, VAERS). Такие организации, как FDA, CDC, NIH отвечают за лицензирование вакцин, календари прививок и т. д. Проводятся исследования на предмет подтверждения или отклонения связи вакцин и серьёзных заболеваний. Ниже приводятся выдержки из официальных отчётов о таких исследованиях с целью осветить актуальные, но не признанные системой здравоохранения, проблемы. Ведь, как гласит пословица, дыма без огня не бывает. И раз исследования именно на такие темы проводятся, значит есть за ними некоторая фактическая база. И если исследователи отклоняют связь между определёнными событиями (прививка и болезнь), а затем появляются новые исследования на эти же темы с такими же выводами, напрашивается ряд вопросов. Можно не говорить о том, что в научном мире принято перепроверять данные исследований и сразу никто не спешит заявлять некие сенсационные выводы. Ведь в одних случаях данный академический принцип просто не используется или создаётся видимость такого (никак по-настоящему научно не обоснованное применение тимеросала в начале его использования или истории подобные SV-40), тогда как в других случаях (отрицание связи между уж очень навязчивыми фактами) остаётся впечатление, что кому-то выгодно данное статус-кво. Хотя в некоторых отчётах и были признаны определённые связи (связь между токсидом дифтерии в цельноклеточной вакцине против коклюша и смертью из-за анафилаксии у младенцев), всё же далее можно прочесть примерно такое «комитет не рекомендует пересмотр политики рекомендуемого списка прививок для детей любым из национальных или федеральных консультативных органов на основе проблем о внезапной неожиданной смерти в младенчестве». Комментарии излишни.

Далее следуют: история безопасности вакцин (подчас очень красноречивая).

Типичные ответы на вопросы родителей.

Возможные побочные эффекты от вакцин.

Тимеросал в вакцинах.

На этом заканчивается данный обзор в части мнений медиков, чиновников и учёных. Но есть ещё многочисленные данные со стороны юристов:

Примеры петиций. Национальная Программа Компенсации Вреда от Вакцины (VICP). Здесь как раз и можно оценить реальную ситуацию касательно связей между прививками и последующими заболеваниями или смертью. То, что не в состоянии признать организации здравоохранения, всплывает в виде многомиллионных компенсаций пострадавшим от прививок благодаря развитой в США судебной системы.



Отклонение связи между вакциной MMR и аутизмом. Любое предположение, связывающее вакцины и аутизм означает, что это - существенная проблема. Комитет не рекомендует пересмотр политики выдачи разрешений на вакцину MMR. Комитет не рекомендует пересмотр политики текущего списка и рекомендаций для детских вакцин, основанный на гипотезах относительно тимеросал и аутизма. Все хорошо разработанные эпидемиологические исследования свидетельствуют об отсутствии связи между тимеросал и аутизмом, комитет рекомендует, чтобы оценки затрат - выгод относительно использования тимеросал-содержащих или тимеросал-свободных вакцин и других биологических или фармацевтических продуктов, как в Соединенных Штатах так и в других странах, не включали аутизм как потенциальный риск.

Immunization Safety Review: Vaccines and Autism. ISBN: 978-0-309-53275-4, 214 pages, 6 x 9, (2004),

<http://books.nap.edu/catalog/10997.html>:

Комитет рассмотрел данные о взаимосвязях между SIDS (внезапная неожиданная смерть в младенчестве) и (DTwP), DTaP, HepB, Hib, вакцинами полиомиелита, и определенными комбинациями вакцин или любой комбинацией вакцин. И в 1991 и в 1994 гг. комитеты по безопасности вакцины отклонили связь между вакциной DTwP и SIDS. Учитывая, что никакие

дополнительные аналитические исследования не доступны, комитет не находит основания для изменений в предшествующем заключении. Эпидемиологическое доказательство относительно связи между SIDS и вакциной DTaP состоит из одного исследования... доказательство неадекватно, чтобы принять или отклонить связь между вакциной DTaP и SIDS. Доказательство неадекватно, чтобы принять или отклонить связь между SIDS и отдельными вакцинами Hib, HepB, OPV, и IPV; комитет одобряет отклонение связи между многократной вакцинацией и SIDS.

Это единственное найденное место, где признаётся причинная связь между прививкой и смертью. Оригинальный текст: «The present committee concludes that the evidence favors acceptance of a causal relationship between diphtheria toxoid-and whole cell pertussis vaccine and death due to anaphylaxis in infants». Есть связь между токсиндом дифтерии в цельноклеточной вакцине против коклюша и смертью из-за анафилаксии у младенцев.

Доказательство неадекватно, чтобы принять или отклонить связь между вакциной от гепатита В и смертью новорожденных. «...only theoretical». Комитет не рекомендует пересмотр политики рекомендуемого списка прививок для детей любым из национальных или федеральных консультативных органов на основе проблем о внезапной неожиданной смерти в младенчестве.

Immunization Safety Review: Vaccinations and Sudden Unexpected Death in Infancy (Free Executive Summary).

ISBN: 978-0-309-08886-2, 104 pages, 6 x 9, paperback (2003), <http://www.nap.edu/catalog/10649.html>:

The committee concludes that the biological evidence is strong that SV40 is a transforming virus. Доказательство неадекватно, чтобы принять или отклонить связь между вакциной от полиомиелита, содержащей SV40 и раком;

биологическое доказательство сильно, что SV40 - вирус преобразования;

биологическое доказательство умеренно, что воздействие SV40 могло привести к раку у людей при естественных условиях;

биологическое доказательство умеренно, что воздействие SV40 от вакцины полиомиелита связано с инфекцией SV40 у людей; проблемы воздействия SV40 из-за загрязнения полиовакцин являются существенными, из-за серьезности раковых образований как возможных неблагоприятных результатов здоровья и из-за продолжающейся потребности гарантировать и защитить общественное доверие к национальной программе иммунизации.

Комитет не рекомендует пересмотр политики вакцины полиомиелита любым из национальных или федеральных консультативных органов вакцины на основе проблем о рисках рака, которые могли бы быть связаны с воздействием SV40, потому что вакцина в текущем использовании свободна от SV40. Комитет рекомендует дальнейшее исследование заразности SV40 в людях. Пока некоторые из технических проблем не решены, комитет не рекомендует дополнительные эпидемиологические исследования людей, потенциально уязвимых загрязненной вакциной полиомиелита.

Immunization Safety Review: SV40 Contamination of Polio Vaccine and Cancer (Free Executive Summary).

ISBN: 978-0-309-08610-3, 102 pages, 6x9, paperback (2002), <http://www.nap.edu/catalog/10534.html>:

Отклонение связей между вакциной от гепатита В для взрослых и рассеянным склерозом. Отклонение связей между вакциной от гепатита В для взрослых и повторением рассеянного склероза. Доказательство неадекватно, чтобы принять или отклонить связь между вакциной от гепатита В и первым эпизодом демиелинизирующего расстройства центральной нервной системы.

Доказательство неадекватно, чтобы принять или отклонить связь между вакциной от гепатита В и невритом зрительного нерва.

Есть слабое доказательство для биологических механизмов, которыми вакцина от гепатита В могла возможно влиять на риск расстройств центральной или периферической нервной системы, первого эпизода CDD, ADEM, неврита зрительного нерва, поперечного миелита, GBS, или невралгии плечевого сплетения. Комитет не рекомендует пересмотр политики для вакцины от гепатита В любым из национальных и федеральных консультативных органов вакцины на основе проблем о демиелинизирующих неврологических расстройствах.

Immunization Safety Review: Hepatitis B Vaccine and Demyelinating Neurological Disorders (Free Executive Summary).

ISBN: 978-0-309-08469-7, 120 pages, 6x9, paperback (2002), <http://www.nap.edu/catalog/10393.html>:

Отклонение связей между многократными иммунизациями и увеличенным риском диабета 1 типа. Эпидемиологическое и клиническое доказательство неадекватно, чтобы принять или отклонить связь между многократными иммунизациями и увеличенным риском аллергической болезни, особенно астмы. Поэтому, в отсутствие доказательств создания молекулярной мимикрией или вызванной ртутью модификации любого компонента вакцины антигенной детерминанты, способной к перекрёстной реакции со своими антигенными детерминантами, как механизма с помощью которого, многократные иммунизации согласно американскому календарю прививок могли возможно влиять на риск аутоиммунитета, эти механизмы являются только теоретическими. Есть убедительные доказательства для существования биологических механизмов, которыми многократные иммунизации согласно американскому календарю прививок могли возможно влиять на риск гетерологичных инфекций. Комитет рекомендует, чтобы государственные и федеральные высшие чиновники вакцины рассмотрели более широкую и более явную стратегию для того, чтобы развить рекомендации для использования вакцин.

Комитет не рекомендует пересмотр политики — Совещательным комитетом CDC по вопросам Методов Иммунизации (ACIP), Комитетом по Инфекционным Болезням Американской Академии Педиатрии, и Американской Академией Семейных Врачей — текущего календаря прививок на основе проблем о дисфункции иммунной системы. Комитет не рекомендует пересмотр политики Консультативным Комитетом Вакцин и Связанных Биологических Продуктов FDA любых в настоящее время имеющих лицензию вакцин на основе проблем о дисфункции иммунной системы. Комитет рекомендует изучить вопросы о безопасности, связанные с астмой и другими важными аллергическими расстройствами, так же, как изучить диабет 1 типа и другие важные аутоиммунные болезни. Комитет подтверждает текущие усилия по исследованию, нацеленные на идентификацию генетической изменчивости в человеческом развитии иммунной системы и живом отклике иммунной системы как способ получить лучшее понимание генетической восприимчивости к основанным на вакцине

неблагоприятным событиям. Комитет рекомендует, чтобы соответствующая группа мультидисциплинарных экспертов была создана Министерством здравоохранения.

Immunization Safety Review: Multiple Immunizations and Immune Dysfunction (Free Executive Summary).

ISBN: 978-0-309-08328-7, 152 pages, 6 x 9, paperback (2002), <http://www.nap.edu/catalog/10306.html>:

Хотя гипотеза, что воздействие тимеросал-содержащих вакцин могло быть связано с расстройствами развития нервной системы не установлена и опирается на косвенную и неполную информацию, прежде всего от аналогий с «methylmercury» и уровнями максимального ртутного воздействия от вакцин, введенных детям, гипотеза биологически вероятна. Таким образом доказательство неадекватно, чтобы принять или отклонить связь между воздействием тимеросал в вакцинах и расстройствами развития нервной системы при аутизме, ADHD, и задержками развития речи. Комитет рекомендует использование свободных от тимеросал вакцины DTaP, Hib, и от гепатита В в Соединенных Штатах, несмотря на то, что могут оставаться запасы тимеросал-содержащих вакцин. Поэтому, комитет рекомендует, чтобы полное рассмотрение вопроса удаления тимеросал из вакцин, вводимых младенцам, детям, или беременным женщинам в Соединенных Штатах было дано соответствующими профессиональными обществами и правительственными учреждениями. Поэтому, комитет рекомендует, чтобы соответствующие профессиональные общества и правительственные учреждения рассмотрели свою политику по биологическим и фармацевтическим продуктам (не вакцинам), которые содержат тимеросал и употребляются младенцами, детьми, и беременными женщинами в Соединенных Штатах. Комитет рекомендует провести эпидемиологические исследования, которые сравнивают уровень и распространенность расстройств развития нервной системы до и после удаления тимеросал от вакцин.

Immunization Safety Review: Тимеросал - Containing Vaccines and Neurodevelopmental Disorders (Free Executive Summary).

ISBN: , 136 pages, 6 x 9, (2001), <http://www.nap.edu/catalog/10208.html>:

Недостаточность ассоциации между иммунизацией при рождении от гепатита В и неонатальной смертью. Как часть проекта VSD, исследователи определили родовую когорту в Southern and Northern California Kaiser Permanente Health Plans больше чем 350 000 живых рождений с 1993 до 1998, затем установили все смертельные случаи, встречающиеся в возрасте менее чем 29 дней. Исследователи сравнили пропорции смертельных случаев среди HBV-привитых и непривитых новорожденных и рассмотрели причины и обстоятельства их смертельных случаев. Детальные клинические обзоры были выполнены на всех HBV-привитых новорожденных, которые умерли и кто был отнесен к привитым смертельным случаям по признакам дней жизни, пола, года рождения... Чтобы избежать путаницы, исследователи категоризировали причины смерти или как "ожидаемые" или как "неожиданные" и выполнили многослойный анализ, чтобы сравнить статус иммунизации и смертность. Во время периода исследования было 1 363 относящихся к новорожденному смертельных случая. Из 67 % всей родовой когорты, которые получили HBV при рождении, только 72 (5 %) новорожденных, которые умерли, были HBV-привиты при рождении (P < 0.01). Никаких существенных различий не было найдено в пропорции HBV-привитых (31 %) и непривитых (35 %) новорожденных, умерших от неожиданных причин (P=0.6). Кроме того, исследователи не могли идентифицировать вероятные причинные или временные отношения между введением HBV и смертью для 22 привитых новорожденных, которые умерли неожиданно. В заключение это исследование не нашло отношений между HBV и относящейся к новорожденному смертью.

THE VACCINE SAFETY DATALINK (VSD) PROJECT. Annual Report 2004–2005. Lack of Association Between Hepatitis B Birth Immunization and Neonatal Death: A Population-Based Study from the Vaccine Safety Datalink Project.

Приоритетные исследования VSD.

Потеря волос. Недавние исследования предполагают, что облысение (потеря волос) может редко происходить у людей, которые получили вакцину от гепатита В.

Вакцина от гриппа и паралич Белла. Хотя этиология паралича Белла не ясна, одна из выдвинутых теорий вовлекает аутоиммунную этиологию. После введения недавно лицензированной внутриносовой вакцины против гриппа в Швейцарии в октябре 2000, 46 случаев паралича Белла были отмечены среди людей, которые получили вакцину. Рукопись этого исследования в настоящее время находится в работе.

MMR и идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (ИТП).

ИТП являются приобретенной болезнью, которая вызвана разрушением или ослаблением производства тромбоцитов. За прошлые несколько лет было возрастающее беспокойство, что живой вирус прививки MMR связан с увеличенным уровнем ИТП. Предыдущие исследования продемонстрировали существенный риск ИТП после прививки MMR, однако, они были основаны на маленьких популяциях. Чтобы лучше определить связь между прививкой MMR и ИТП, исследователи VSD в настоящее время исследуют ассоциацию в большой когорте детей. Окончательные анализы в настоящее время проводятся для этого исследования.

Тимеросал и аутизм.

В ответ на общественные проблемы, исследователи VSD начали исследование типа "случай-контроль", чтобы строго исследовать ассоциацию между тимеросалом и аутизмом. Исследование стремится определить, связано ли воздействие тимеросала в младенчестве или в утробе с развитием аутизма. Исследование также оценит, связано ли воздействие тимеросала в младенчестве с развитием подкласса аутизма, преобладающе связанного с регрессом. Данные этого исследования VSD должны предоставить лучшую доступную научную информацию о том, возможна ли причинная ассоциация между воздействием тимеросала и развитием аутизма. Это исследование находится в фазе сбора данных.

Управление по контролю за продуктами и лекарствами (FDA) и Центры по контролю и профилактике заболеваний (CDC) обновляют информацию относительно менингококковой вакцины Menactra и Guillain Barre Syndrome. 20 октября 2006. В октябре 2005, FDA и CDC сообщили о 5 случаях GBS после прививки Menactra (<http://www.fda.gov/bbs/topics/news/2005/new01238.html>). GBS – серьезное, редкое неврологическое расстройство, которое

может произойти часто у здоровых людей спонтанно или после определенных инфекций. GBS типично вызывает увеличивающуюся слабость в ноге, руке и других мускулах, которая может быть серьезной и потребовать госпитализации. До настоящего времени в общей сложности о 15 подтвержденных случаях GBS среди людей 11-19 лет, происходящего в течение шести недель после прививки Menactra, сообщили VAERS. Все люди, как сообщают, выздоравливают или выздоровели. В настоящее время CDC и FDA не могут определить с уверенностью, увеличивает ли Menactra действительно риск GBS у людей, которые получают вакцину и, если так, до какой степени (текущие данные предполагают возможное увеличение приблизительно 1.25 случаев GBS на миллион доз, но у этой оценки есть много неуверенности). Menactra предотвращает менингококковую болезнь, которая является главной причиной бактериального менингита и инфекции кровотока. Менингококковая болезнь затрагивает приблизительно каждого 100000-ного в возрасте 11-19 лет ежегодно. Инфекция может быть опасной для жизни: 10-14 процентов случаев являются фатальными, и у 11-19 процентов оставшихся в живых может быть постоянная недееспособность. В настоящее время, нет никаких изменений в рекомендациях для прививки, и люди должны продолжать следовать за рекомендациями своих докторов. Советательный комитет CDC по вопросам методов иммунизации будет рассматривать эту информацию на своей следующей встрече, 25-26 октября 2006. FDA и CDC продолжают контролировать ситуацию и просят, чтобы люди со знанием любых возможных случаев GBS, происходящего после получения Menactra сообщали об этом – так они помогают агентствам далее оценивать вопрос. На 20 сентября 2006 в общей сложности 126 506 доз были поставлены и никакие случаи GBS не наблюдались среди получателей вакцины в возрасте 11-19 лет в течение шести недель после прививки. Дополнительные большие исследования планируются, чтобы обеспечить более категорическую оценку.

Vaccine Adverse Events Reporting System (VAERS). Вакцина от гепатита В не вызывает рассеянный склероз.

Нехватка ассоциации между вирусной вакциной кори и аутизмом с энтеропатией: исследование типа "случай-контроль". О присутствии РНК вируса кори (MV) в ткани кишки детей с расстройствами аутизма (ASD) и желудочнокишечными расстройствами (GI) было сообщено в 1998. Последующие исследования не нашли ассоциаций между воздействием MV и ASD, но не проверяли на присутствие РНК MV в кишке или сосредотачивались на детях с ASD и расстройствами GI. Отказ копировать оригинальный проект исследования может поспособствовать длительному общественному беспокойству относительно безопасности вакцины от кори, свинки, и краснухи (MMR). Сорок семь детей были привлечены. Шесть новичков не прошли до конца исследование. Заключительное количество детей исследования состояло из 25 случаев (группа AUT/GI) и 13 контрольных (контрольная группа GI), которые получили по крайней мере одну дозу MMR и закончили все процедуры исследования. PLoS ONE | www.plosone.org. September 2008 | Volume 3 | Issue 9 | e3140.

История безопасности вакцин. <http://www.cdc.gov/>

Возможно самая большая история успеха в общественном здоровье - сокращение инфекционных болезней, следующих из использования вакцин. Рутинная иммунизация уничтожила оспу на земном шаре и привела к скорому устранению дикого вируса полиомиелита. Вакцины уменьшили уровень некоторых инфекционных болезней до небывало низкого, и теперь немного людей испытывают разрушительные эффекты кори, коклюша, и других болезней. До одобрения Управления по контролю за продуктами и лекарствами (FDA) вакцины проверены экстенсивно учеными, чтобы гарантировать, что они эффективны и безопасны. Вакцины - лучшая защита, которую мы имеем против инфекционных болезней; однако, никакая вакцина на 100 % безопасна или эффективна. Различия в способе, которым иммунная система людей реагирует на вакцину определяют редкие случаи, когда люди не защищены после иммунизации или когда они испытывают побочные эффекты. Поскольку уровень инфекционных болезней продолжает уменьшаться, некоторые люди стали менее заинтересованными последствиями предотвратимых болезней таких, как дифтерия и столбняк. Вместо этого они стали все более и более озабоченными рисками, связанными с вакцинами. В конце концов, вакцины предназначены здоровым людям, многие из которых являются детьми, и поэтому требуется высокий стандарт безопасности. Так как прививка такое общее и незабываемое событие, любая болезнь после иммунизации может быть приписана вакцине. В то время как некоторые из этих реакций могут быть вызваны вакциной, многие из них - несвязанные события, которые происходят после прививки по совпадению. Поэтому, научное исследование, которое пытается отличить истинные побочные эффекты вакцины от несвязанных, случайных возникновений, крайне важно. Это знание необходимо, чтобы поддержать общественное доверие к программам иммунизации. Поскольку наука продолжает продвигаться, мы стремимся развить более безопасные вакцины и улучшить поставку, чтобы защитить нас против болезни более эффективно. Этот краткий обзор сосредотачивается на исследовании вакцины, как вакцины лицензируются, как безопасность проверена, и как риски сообщены общественности.

Национальный закон о Травме от Вакцинации в Детстве. Тема безопасности вакцины стала заметной в течение середины 1970-ых с увеличениями судебных процессов, поданных от имени по-видимому травмированных вакциной против дифтерии, коклюша, столбняк (DPT). Юридические решения были приняты, и убытки возмещены несмотря на нехватку научных доказательств касательно вреда вакцины. В результате этих решений, обязательства и цены взлетели, и несколько изготовителей остановили производство. В результате появилась нехватка вакцин, и чиновники здравоохранения стали озабоченными возвращением эпидемической болезни. Чтобы уменьшить обязательства и ответить на проблемы здравоохранения, Конгресс принял Национальный закон о Травме от Вакцинации в Детстве (NCVIA) в 1986. Этот акт влиял разными способами.

NCVIA учредил комитет от Института Медицины (ИОМ), чтобы рассмотреть литературу по побочным эффектам вакцины. Эта группа заключила, что есть ограничения в нашем знании рисков, связанных с вакцинами. ИОМ идентифицировал следующие проблемы:

1. Ограниченное понимание биологических процессов, которые лежат в основе неблагоприятных событий.
2. Неполная и непоследовательная информация из отдельных сообщений.
3. Плохо организованные исследования (недостаточное количество людей).
4. Неадекватные системы, чтобы отследить побочные эффекты вакцины.

5. Немного экспериментальных исследований, изданных в медицинской литературе.

Контроль Безопасности Вакцин: Предварительное лицензирование. До того, как вакцины лицензируются FDA, они проверяются в лаборатории на людях, чтобы гарантировать их безопасность. Во-первых, компьютеры используются, чтобы предсказать, как вакцина будет взаимодействовать с иммунной системой. Тогда исследователи проверяют вакцину на животных включая мышей, морских свинок, кроликов, и обезьян. После успешного окончания этих лабораторных испытаний, FDA одобряет использование в клинических исследованиях на людях. Участие в этих исследованиях полностью добровольно. Много людей хотят трать свое время и энергию для продвижения науки. Согласие на основе полной информации получено от всех участников прежде, чем они станут вовлеченными в исследование. Это гарантирует, что они понимают цель исследования и его потенциальные риски, и желают участвовать. Добровольцы соглашаются получить вакцину и подвергнуться любому медицинскому тестированию, необходимому, чтобы оценить её безопасность, эффективность.

Лицензирование, является длинным процессом, который может занять 10 лет или дольше. FDA требует, чтобы вакцины подверглись трем фазам клинических испытаний на людях прежде, чем их можно будет лицензировать для использования в широких масштабах. Фаза испытания является не большой, вовлекая только 20 - 100 добровольцев, и длится только несколько месяцев. Цель фазы испытания состоит в том, чтобы оценить основную безопасность и идентифицировать очень общие побочные эффекты. Вторая фаза испытания больше и вовлекает несколько сотен участников. Эти исследования длятся от нескольких месяцев до двух лет и собирают дополнительную информацию относительно безопасности и эффективности. Данные полученные от второй фазы могут использоваться, чтобы определить состав вакцины, сколько доз необходимо, и профиль общих побочных эффектов. Если вакцина не полностью эффективна или вызывает серьезные побочные эффекты, испытания расширяют, до третьей фазы, которая вовлекает от нескольких сотен до нескольких тысяч добровольцев. Типично эти испытания длятся несколько лет. Поскольку привитая группа может сравниться с теми, кто не получил вакцину, исследователи в состоянии идентифицировать истинные побочные эффекты. Если клинические испытания демонстрируют, что вакцина безопасна и эффективна, изготовитель обращается к FDA за двумя лицензиями: одна для вакцины (лицензия продукта), и одна для завода (лицензия учреждения). Во время этого процесса FDA рассматривает данные клинических испытаний и предложенную маркировку продукта. Кроме того, FDA осматривает завод и просматривает производственные протоколы, чтобы гарантировать, что вакцины произведены в безопасно и последовательно. Только после того, как FDA посчитает, что вакцина безопасна, она лицензируется для использования в широком масштабе.

Контроль Безопасности Вакцины: Постлицензирование После лицензирования вакцины для общественного использования, её безопасность проверяется непрерывно. FDA требует, чтобы все изготовители представили образцы от каждой партии вакцины до ее выпуска. Кроме того, изготовители должны предоставить FDA свои результаты испытаний о безопасности вакцины, потенции, и чистоты. Каждая партия должна быть проверена, потому что вакцины чувствительны к экологическим факторам таким, как температура, и могут быть загрязнены во время производства. В течение прошлых 10 лет FDA отозвала только три партии вакцины: одна была неправильно маркирована, другая была загрязнена во время производства, и третья была отозвана после того, как FDA обнаружила потенциальные производственные проблемы на заводе.

Национальный закон о Травме от Вакцинации в Детстве 1986 года требует, чтобы поставщики сообщили об определенных неблагоприятных событиях, которые происходят после прививки. В результате Система Сообщения о Побочных Эффектах Вакцин была учреждена CDC и FDA в 1990. VAERS обеспечивает механизм для сбора и анализа неблагоприятных событий (побочные эффекты), связанных с вакцинами, в настоящее время лицензируемыми в Соединенных Штатах.

Неблагоприятные события определены как эффекты здоровья, которые происходят после иммунизации, которая может или не может быть связана с вакциной. Данные VAERS проверяются непрерывно, чтобы обнаружить неизвестные неблагоприятные события или увеличение известных побочных эффектов. В 2008 VAERS получил больше чем 25 000 сообщений о неблагоприятных событиях в Соединенных Штатах. Из них 9.5 % - серьезные события (нетрудоспособность, госпитализация, опасная для жизни болезнь, или смерть). Чтобы уменьшить ответственность изготовителей и поставщиков вакцин, Национальный закон о Травме от Вакцинации в Детстве 1986 года учредил Национальную Программу Компенсации Вреда от Вакцины. Эта программа дает компенсацию людям, которые были травмированы вакцинами на основе "безошибочности". Без ошибок означает, что люди, подающие претензии, не обязаны доказывать небрежность со стороны поставщика или со стороны изготовителя, чтобы получить компенсацию. Программа касается всех обычно рекомендуемых прививок. Урегулирования основаны на Таблице Травм от Вакцины, которая суммирует неблагоприятные события, вызванные вакцинами. Эта таблица была развита группой специалистов, которая рассмотрела медицинскую литературу и идентифицировала серьезные неблагоприятные события, которые бесспорно вызваны вакцинами. Примеры таблицы включают анафилаксию (серьезная аллергическая реакция), паралитический полиомиелит, и энцефалопатия (общее расстройство мозга). Таблица Травм от Вакцины была составлена, чтобы дать компенсацию пострадавшим от вакцин справедливо, отделяя несвязанные претензии. Поскольку больше информации становится доступной из исследований относительно побочных эффектов вакцины, таблица обновлена.

В прошлое десятилетие, многочисленные изменения в администрировании и производстве вакцин сократили количество побочных эффектов и привели к более безопасным вакцинам. Более очищенная бесклеточная вакцина от коклюша (aP) лицензировалась для использования и заменила цельноклеточную вакцину от коклюша, используемую в DTP (вакцина от дифтерии, столбняка, коклюша). Несколько исследований оценили безопасность и эффективность DTaP по сравнению с DTP и заключили, что DTaP эффективна при предотвращении болезни, и умеренные и серьезные побочные эффекты происходили менее часто, когда использовалась DTaP. Недавние изменения в календаре прививок от полиомиелита также привели к меньшему количеству сообщений о серьезных неблагоприятных событиях. В 1997 Советательный комитет по вопросам Методов Иммунизации рекомендовал изменить календарь прививок и включить последовательное применение инактивированной вакцины от полиомиелита (IPV) и оральной вакцины от полиомиелита (OPV). Эти последовательные вакцинации, как ожидали, дадут высокий уровень индивидуальной защиты против болезни, вызванной диким вирусом полиомиелита, уменьшая с 50 % до 70 % вакцино-ассоциированный паралитический полиомиелит (VAPP), который

происходит у 8–10 человек в год, которые получают OPV. Сегодня, только IPV находится в рекомендуемом календаре прививок.

Должен ли мой ребенок быть привит вакциной MMR?

И CDC и AAP рекомендуют, чтобы дети получили две дозы вакцины MMR, пока у них нет никаких известных проблем со здоровьем, которые препятствуют тому, чтобы вакцина была эффективна. Календари прививок CDC и AAP рекомендуют, чтобы первая доза была дана в возрасте 12-15 месяцев, а вторая доза должна быть дана или в возрасте 4-6 лет или в 11-12 лет. Аллергии, болезни иммунной системы такие, как ВИЧ, или другие болезни могут взаимодействовать с вакциной, чтобы сделать её менее эффективным. Эти взаимодействия могут иногда вызывать другие проблемы со здоровьем. Если Ваш ребенок болен, Ваш доктор может отложить прививку до тех пор, когда Ваш ребенок будет здоров. Удостоверьтесь, что Вы даете полное описание текущего здоровья своего ребенка и истории здоровья доктору Вашего ребенка при каждом посещении, таким образом он или она может помочь Вам сделать информированный выбор о выборе времени прививок Вашего ребенка.

Не легче ли болезни от которых защищает вакцина MMR по сравнению с пожизненными симптомами аутизма?

Болезни, которые предотвращает вакцина MMR (корь, свинка, и краснуха), фактически очень серьезны. Много раз симптомы и эффекты этих болезней были столь же серьезны и пожизненны как симптомы аутизма. В некоторых случаях, эти болезни приводят к смерти. Если люди прекратят получать вакцины, то число случаев этих болезней увеличится, и с этим, число смертельных случаев и серьезных проблем со здоровьем. Корь - опасная для жизни болезнь, которая распространяется быстро и легко. Прежде, чем вакцина стала доступна в США, почти все, кто был восприимчив к кори, заболел корью, это было около три четыре миллиона случаев каждый год. Симптомы кори включают высокую температуру, кашель, насморк, и водянистые глаза. Но, если лечение не проводить, эти умеренные симптомы могут привести к пневмонии, приступам, и т. д. От 1/500 до 1/1000 случаев корь вызывает смерть. Высокие уровни иммунизации в США привели к 99-процентному уменьшению в случаев кори, с тех пор как доктора впервые начали использовать вакцину. Но в более бедных странах мира, где вакцины не столь всеобщие, почти 900 000 человек умерли от причин, связанных с корью в 1998. Свинка, против которой также защищает вакцина MMR, была главной причиной глухоты у детей прежде, чем доктора начали использовать вакцины, чтобы предотвратить это. Даже при том, что это имеет тенденцию быть умеренным у детей, свинка опасна для взрослых, с побочными эффектами, которые могут включать паралич, приступы и жидкость в мозге. Прежде, чем вакцина для свинки стала доступна, было приблизительно 212 000 случаев свинки каждый год в США. В 1998, было только 606 случаев свинки в США. Последняя болезнь, предотвращенная вакциной MMR, краснуха вредна для беременных женщин и их растущих младенцев. Если беременная женщина заболевает краснухой, у её ребенка могут развиваться пожизненные сердечные дефекты, задержке умственного развития, и глухота. В некоторых случаях ребенок умирает. В 1964-65, прежде, чем вакцина для краснухи стала доступна, 20 000 младенцев родились у матерей, у которых была краснуха. Из тех родившихся 20 000, 11 600 были глухими, 3 580 были слепыми, и 1 800 были умственно отсталыми.

Продолжается ли какое-нибудь исследование для выяснения связана ли вакцина MMR с аутизмом?

Исследование в настоящее время находится в разработке. Все Институты НИИ, которые основали исследование аутизма сотрудничают, чтобы учредить "Центры Качества", чтобы сосредоточиться на исследовании аутизма. Кроме того, НИИ сформирует комитет с представителями от групп родителей и других федеральных агентств, чтобы скоординировать научно-исследовательскую деятельность и увеличить усилия по информированию об аутизме докторов, других профессионалов здравоохранения, и родителей, и других специалистов по работе с детьми.

Почему люди думают, что вакцины могут вызвать аутизм?

Некоторые родители и семьи детей с аутизмом полагают, что MMR-вакцина вызвала аутизм у их детей. Эти родители сообщают, что их дети были "нормальными", пока они не получили вакцину MMR. После получения вакцины, их дети начали проявлять симптомы аутизма. Поскольку симптомы аутизма начинают возникать в то же самое время, что и прививка MMR, родители и семьи видят вакцину как причину аутизма. Однако, то, что события случаются в то же самое время, не означает, что одно вызвало другое. Хотя дети получают много других вакцин в дополнение к вакцине MMR, эти другие вакцины не были идентифицированы как возможные причины аутизма. До настоящего времени нет никакого определенного, научного доказательства, что любая вакцина или комбинация вакцин могут вызвать аутизм.

Возможные побочные эффекты от вакцин.

Любая вакцина может вызвать побочные эффекты. По большей части они незначительны (например, воспаление на руке или низкотемпературная лихорадка) и проходят в течение нескольких дней. Эта информация скопирована непосредственно из Информационного Бюллетеня CDC, который в свою очередь получен из рекомендаций для каждой вакцины Совещательного комитета по вопросам Методов Иммунизации (ACIP).

Побочные эффекты вакцины сибирской язвы. Заболеть сибирской язвой намного более опасно, чем любой риск от вакцины. Как любой медикамент, вакцина способна к порождению серьезных проблем, таких как серьезные аллергические реакции. Риск вакцины против сибирской язвы, наносящей серьезный ущерб, или смерть, является чрезвычайно маленьким.

Побочные эффекты вакцины DTap (дифтерия, столбняк, и бесклеточный коклюш). Риск вакцины DTap, наносящей серьезный ущерб, или смерть, является чрезвычайно маленьким.

Умеренные проблемы (необычные):

- приступ (приблизительно 1 ребенок из 14 000);
- непрерывный крик в течение 3 часов или больше (приблизительно до 1 ребенка из 1 000);
- высокая температура, 40,5 °C или выше (приблизительно 1 ребенок из 16 000).

Серьезные проблемы (очень редко). О серьезной аллергической реакции (меньше чем 1 из миллиона доз) Несколько других серьезных проблем сообщили после вакцины DTap. Они включают:

- долгосрочные приступы, кома или пониженное сознание;
- постоянное повреждение головного мозга.

Они настолько редки, трудно сказать, вызваны ли они вакциной. Вы можете уменьшить лихорадку и боль, давая Вашему ребенку обезболивающее без аспирина, когда была сделана прививка, и в течение следующих 24 часов.

Побочные эффекты вакцины против гриппа (инактивированная) В 1976 вакцина против определенного типа гриппа была связана с Синдромом Guillain-Barré (GBS). С тех пор, вакцины против гриппа не были ясно связаны с G.B.S. Однако, если есть риск G.B.S. от текущих вакцин против гриппа это были бы не больше, чем 1 или 2 случая на миллион привитых людей. Это намного ниже, чем риск серьезного гриппа, который может быть предотвращен прививкой.

Побочные эффекты вакцины MMR. Риск вакцины MMR, наносящей серьезный ущерб, или смерть, является чрезвычайно маленьким. Получение вакцины MMR намного более безопасно, чем получение любой из этих трех болезней. У большинства людей, которые получают вакцину MMR, нет никаких проблем с нею. Серьезная аллергическая реакция (меньше чем 1 из миллиона доз). Несколько других серьезных проблем, как было известно, произошли после того, как ребенок получил вакцину MMR. Но это случается так редко, эксперты не могут убедиться, вызваны ли они вакциной или нет. Они включают: глухота, долгосрочные приступы, кома, постоянное повреждение головного мозга, смерть.

Побочные эффекты менингококковой вакцины. Серьезные аллергические реакции очень редки. О GBS сообщили некоторые люди, которые получили MCV4. Это случается настолько редко, что в настоящее время не возможно сказать, могла ли бы вакцина быть фактором. Даже если это так, риск является очень маленьким.

Побочные эффекты вакцины против полиомиелита. Вакцина, используемая сегодня, не вызвала серьезных проблем, и у большинства людей нет никаких проблем вообще с ней. Однако, вакцина, как любой медикамент, могла вызвать серьезные проблемы, такие как серьезная аллергическая реакция. Сообщения о реакциях помогают экспертам узнать о возможных проблемах с вакцинами.

Побочные эффекты вакцины против оспы. Серьезная глазная инфекция, или потеря зрения. Сыпь на всем теле (1 на 4 000). Энцефалит, который может привести к постоянному повреждению головного мозга (1 на 83 000). Серьезная инфекция, начинающаяся на участке прививки (1 на 667 000, главным образом у людей с ослабленным иммунитетом). Смерть (1-2 на миллион, главным образом у людей с ослабленными иммунитетом).

Побочные эффекты вакцины Td. Серьезные проблемы. Эти проблемы случаются очень редко. Что делать, если есть серьезная реакция. Вызовите врача, запишите то, что случилось и дату, и время. Попросите, чтобы Ваш доктор, медсестра, или отдел здравоохранения подали сообщение о неблагоприятном случае после вакцины или звоните: (800) 822-7967 (бесплатно).

Побочные эффекты вакцины Tdap. Умеренные проблемы (не мешали деятельности):

- боль (приблизительно у 3-4 подростков и у 2-3 взрослых)
- краснота или вздутие (приблизительно у 1-5)
- умеренная лихорадка по крайней мере 38 °C (до приблизительно каждого 25-ого подростка и каждого 100-ого взрослого)
- головная боль (приблизительно у 4-10 подростков и у 3-10 взрослых)
- усталость (приблизительно каждый 3-ий подросток и каждый 4-ый взрослый)
- тошнота, рвота, диарея, боль живота (до каждого 4-ого подростка и каждого 10-ого взрослого)
- другие умеренные проблемы включают озноб, боли в теле, воспаленные суставы, сыпь и воспаленные железы.

Умеренные проблемы (мешали деятельности, но не требовали медицинского обслуживания):

- боль на участке инъекции (приблизительно каждый 20-ый подросток и каждый 100-ый взрослый)
- краснота или вздутие (до приблизительно каждого 16-ого подростка и каждого 25-ого взрослого)
- лихорадка до 39 °C (приблизительно каждый 100-ый подросток и каждый 250-ый взрослый)
- тошнота, рвота, диарея, боль живота (до 3 из 100 подростков и у каждого 100-ого взрослого)

Серьезные проблемы. Ни одна не была замечена среди подростков. Серьезная аллергическая реакция могла произойти после любой вакцины. Они, как оценивается, происходят меньше чем однажды на миллион доз. У человека, который получает эти болезни, намного более вероятно, будут серьезные осложнения чем у человека, который получает вакцину Tdap.

NICHD. Временная шкала: Тимеросал в Вакцинах (1999-2008). 29 февраля 2008. Офис Безопасности Иммунизации. <http://www.cdc.gov>. Следующий график времени показывает ключевые действия, выполненные CDC, FDA, Совещательным комитетом по вопросам Методов Иммунизации (ACIP), и Институтом Медицины (IOM) относительно тимеросала в вакцинах с 1999 по 2008 гг.

2008. CDC проводит исследование тимеросала и аутизма в трех организациях медицинского обеспечения, чтобы узнать, связано ли воздействие тимеросала в младенчестве с развитием аутизма. Исследование, заканчиваемое в Италии, сравнивает распространенность расстройств нервной системы среди детей, на которых воздействовали различные количества тимеросала в вакцинах во время младенчества.

2007 г., 27 сентября. Исследование CDC не поддерживает ассоциацию между ранним воздействием тимеросала в вакцинах и расстройствами нервной системы у детей в возрасте 7 и 10 лет. 7 июля. CDC делает заявление об аутизме и тимеросале, которое гласит в частности: "Некоторые люди полагают, что увеличенное воздействие тимеросала (из-за добавления важных новых вакцин, рекомендуемых для детей), объясняет более высокую распространенность [аутизма] в последние годы. Однако, свидетельства нескольких исследований, исследующих тенденции в использовании вакцины и изменения в частоте аутизма, не поддерживают такую ассоциацию".

2006 26 сентября. В заявлении, подготовленном для Коалиции за Безртутные Лекарства, FDA заключает, что доказательство, рассмотренное IOM в 2004, не поддерживает ассоциацию между тимеросал-содержащих вакцин и аутизмом.

2004 28 мая. ACIP рекомендует, чтобы дети в возрасте между 6 и 23 месяцами получили инактивированную вакцину от гриппа (flu). ACIP не рекомендует использовать вакцину от гриппа без тимеросала вместо тимеросал-содержащей вакцины от гриппа, и заявляет, что выгоды прививки от гриппа перевешивают любой риск воздействия тимеросала. 17 мая. После рассмотрения научных исследований, которые исследовали тимеросал-содержащие вакцины и аутизм, IOM заключает, что

исследования "последовательно обеспечили свидетельство отсутствия ассоциации между тимеросал-содержащими вакцинами и аутизмом".

Ноябрь 2003. Исследование не находит последовательных существенных ассоциаций между воздействием тимеросал-содержащих вакцин и множеством проблем почек, нервной системы и развития. Август. Другое исследование ищет связь между уровнем аутизма и использованием тимеросал-содержащих вакцин. Исследование не находит связи между тимеросал-содержащими вакцинами и аутизмом в Дании и Швеции, где уровни аутизма продолжали увеличиваться, хотя тимеросал был удален из вакцин в 1992. Январь. У последних детских вакцин, которые используют тимеросал как консервант, истекают сроки годности.

2001. За исключением гриппа, тимеросал удален или уменьшен во всех вакцинах, обычно рекомендуемых для детей возраста 6 лет и производимых для американского рынка. 1 октября. Комитет по Пересмотру Безопасности Иммунизации ИОМ выпускает отчет, заключающий, что недостаточно свидетельств, чтобы доказать или опровергнуть претензии, что тимеросал в вакцинах для детей вызывает аутизм, расстройство гиперактивности, дефицита внимания или задержку речи. 5 мая. Исследование оценки риска использования тимеросала в вакцинах для детей не находит свидетельства вреда от использования тимеросала как консерванта, кроме красноты и вздутия на участке инъекции.

2000, 7 и 8 июня. Пятьдесят один исследователь вакцин и безопасности вакцин и эксперты встречаются в Атланте, Джорджия, чтобы рассмотреть данные относительно тимеросала в вакцинах и расстройств нервной системы. Сообщение, суммирующее встречу, было представлено АСІР.

1999. FDA рассматривает использование тимеросала в вакцинах для детей и не находит свидетельства вреда, но в качестве меры предосторожности, рекомендует удалить тимеросал из вакцин, обычно даваемых младенцам. 5 ноября. CDC заявляет, что изготовители вакцины, FDA, и другие агентства сотрудничают, чтобы уменьшить количество тимеросала в вакцинах, или заменить их вакцинами без тимеросала, как можно скорее. 20 октября. АСІР рассматривает информацию о тимеросале в вакцинах, обеспеченных Национальной Программой Иммунизации CDC и несколькими изготовителями вакцины относительно пригодности вакцин, которые не содержат тимеросал как консервант. 7 июля. Американская Академия Педиатрии и Служба Здравоохранения выпускают совместное заявление, которое говорит, "нет никаких данных или свидетельства какого-нибудь ущерба, нанесенного уровнем воздействия, с которым некоторые дети, возможно, столкнулись в следующем за существующим списком иммунизации." Позже Американская Академия Семейных врачей делает похожее заявление.

Тимеросал в Вакцинах. Тимеросал является содержащим ртуть органическим соединением (organomercurial). С 1930-ых он широко использовался как консервант во многих биологических и фармацевтических продуктах, включая многие вакцины, чтобы помочь предотвратить потенциально опасное для жизни загрязнение вредными микробами. В течение последних нескольких лет, из-за увеличивающегося понимания теоретического потенциала для нейротоксичности даже низких уровней organomercurials и из-за увеличенного числа тимеросал-содержащих вакцин, которые были добавлены к календарю прививок, были поставлены вопросы об использовании тимеросала в вакцинах и других продуктах. Действительно, из-за этих проблем, Управление по контролю за продуктами и лекарствами работало и продолжает работать с изготовителями вакцин, чтобы уменьшить или устранить тимеросал из вакцин. Тимеросал был удален или уменьшен, чтобы проследить количество во всех вакцинах, обычно рекомендуемых для детей 6 лет и младше, за исключением инактивированной вакцины гриппа. Некоторые вакцины, такие как Td, которые предназначены для детей старше 7 лет и взрослых, также теперь доступны в формулах, которые свободны от тимеросала или содержат только след. Вакцины со следом тимеросала содержат 1 микрограмм или меньше ртути на дозу.

Консерванты не могут полностью устранить риск загрязнения вакцин. Литература содержит несколько сообщений бактериального загрязнения вакцин несмотря на присутствие консерванта. При концентрациях, найденных в вакцинах, тимеросал отвечает требованиям для консерванта Фармакопеи Соединенных Штатов; то есть убивает специфические организмы и в состоянии предотвратить рост грибов (американская Фармакопея 2004). Тимеросал в концентрациях от 0.001 % (1 часть в 100 000) до 0.01 % (1 часть в 10 000), как показано, был эффективен при очищении от широкого спектра болезнетворных микроорганизмов. Вакцина, содержащая 0.01 % тимеросала как консервант, содержит 50 микрограммов тимеросала на дозу 0.5 мл или приблизительно 25 микрограммов ртути на дозу 0.5 мл. До его введения в 1930-ых, данные были доступны из исследований на нескольких видах животных и людях, обеспечивающих свидетельство для его безопасности и эффективности как консерванта. С тех пор, тимеросал был предметом нескольких исследований, и имеет длинный список безопасного и эффективного использования, предотвращающего бактериальное и грибковое загрязнение вакцин, без вредных воздействий, кроме незначительных местных реакций в месте инъекции.

В качестве меры предосторожности, FDA, Национальные Институты Здоровья (NIH), Центр по контролю и профилактике заболеваний (CDC), Администрация Ресурсов и Услуг Здоровья (HRSA) и американская Академия Педиатрии выпустили два совместных заявления, убеждая изготовителей вакцины уменьшить или устранить тимеросал в вакцинах как можно скорее (CDC 1999) и (CDC 2000). Предварительные результаты не показали изменения в нормах аутизма относительно количества тимеросала, принятого ребенком в течение первых шести месяцев жизни (от 0 микрограммов до больше чем 160 микрограммов). Слабая ассоциация была найдена с потреблением тимеросала и определенными расстройствами развития нервной системы (такими как расстройство гиперактивности дефицита внимания) в одном исследовании, но не была найдена в последующем исследовании. Дополнительные исследования запланированы в этих областях.

Большие успехи были сделаны до настоящего времени в удалении или сокращении тимеросала в вакцинах. В настоящее время, все обычно рекомендуемые вакцины для американских младенцев доступны только как не содержащие тимеросал или содержат только след тимеросала (≤ 1 микрограмма ртути на дозу), за исключением инактивированной вакцины гриппа. ИОМ, до настоящего времени, закончил обзоры в двух областях. Первый обзор этим комитетом сосредоточился на потенциальной связи между аутизмом и MMR. Второй обзор сосредоточился на потенциальных связях между использованием тимеросала в вакцинах и расстройствами развития нервной системы (ИОМ 2001).

Table 2: Консерванты, используемые в вакцинах, лицензированных в США

Preservative	Vaccine Examples (Tradename; Manufacturer)
Тимеросал	ТТ (one) Influenza (several)
Phenol	Typhoid Vi Polysaccharide (Typhim Vi; Sanofi Pasteur, SA) Pneumococcal Polysaccharide (Pneumovax 23; Merck & Co, Inc)
Benzethonium chloride (Phemerol)	Anthrax (Biothrax; Emergent BioDefense Operations Lansing Inc.)
2-phenoxyethanol	DTaP (Infanrix; GlaxoSmithKline Biologicals) DTaP (Daptacel; Sanofi Pasteur, Ltd) Hepatitis A/Hepatitis B (Twinrix; GlaxoSmithKline Biologicals) IPV (IPOL; Sanofi Pasteur, SA)

Table 3: Тимеросал и расширенный список вакцин, лицензированных и производимых в США - (3/14/2008).

Vaccine	Trade Name	Manufacturer	Тимеросал Concentration ¹	Mercury
Anthrax	Anthrax vaccine	Emergent BioDefense Operations Lansing Inc.	0	0
DTaP	Tripedia ²	Sanofi Pasteur, Inc	≤ 0.00012%	≤ 0.3 µg/0.5 mL dose
	Infanrix	GlaxoSmithKline Biologicals	0	0
	Daptacel	Sanofi Pasteur, Ltd	0	0
DTaP-НepB-IPV	Pediarix	GlaxoSmithKline Biologicals	0	0
DT	No Trade Name	Sanofi Pasteur, Inc	< 0.00012% (single dose)	< 0.3 µg/0.5mL dose
		Sanofi Pasteur, Ltd ³	0.01%	25 µg/0.5 mL dose
Td	No Trade Name	Mass Public Health	0.0033%	8.3 µg/0.5 mL dose
	Decavac	Sanofi Pasteur, Inc	≤ 0.00012%	≤ 0.3 µg mercury/0.5 ml dose
	No Trade Name	Sanofi Pasteur, Ltd	0	0
Tdap	Adacel	Sanofi Pasteur, Ltd	0	0
	Boostrix	GlaxoSmithKline Biologicals	0	0
ТТ	No Trade Name	Sanofi Pasteur, Inc	0.01%	25 µg/0.5 mL dose
Hib	ActHIB/OmniHIB ⁴	Sanofi Pasteur, SA	0	0
	HibTITER	Wyeth Pharmaceuticals, Inc.	0	0
	PedvaxHIB liquid	Merck & Co, Inc	0	0
Hib/HepB	COMVAX ⁵	Merck & Co, Inc	0	0
Hepatitis B	Engerix-B Pediatric/adolescent Adult	GlaxoSmithKline Biologicals	0	0
			0	0
	Recombivax HB Pediatric/adolescent Adult (adolescent) Dialysis	Merck & Co, Inc	0	0
			0	0
			0	0

Hepatitis A	Havrix	GlaxoSmithKline Biologicals	0	0
	Vaqta	Merck & Co, Inc	0	0
HepA/HepB	Twinrix	GlaxoSmithKline Biologicals	< 0.0002%	< 1 µg/1mL dose
IPV	IPOL	Sanofi Pasteur, SA	0	0
	Poliovax	Sanofi Pasteur, Ltd	0	0
Influenza	Afluria	CSL Limited	0 (single dose) 0.01% (multidose)	0/0.5 mL (single dose) 24.5 µg/0.5 mL (multidose)
	Fluzone ⁶	Sanofi Pasteur, Inc	0.01%	25 µg/0.5 mL dose
	Fluvirin	Novartis Vaccines and Diagnostics Ltd	0.01%	25 µg/0.5 ml dose
	Fluzone (no тимеросал)	Sanofi Pasteur, Inc	0	0
	Fluvirin (Preservative Free)	Novartis Vaccines and Diagnostics Ltd	< 0.0004%	< 1 µg/0.5 mL dose
	Fluarix	GlaxoSmithKline Biologicals	< 0.0004%	< 1 µg/0.5 ml dose
	FluLaval	ID Biomedical Corporation of Quebec	0.01%	25 µg/0.5 ml dose
Influenza, live	FluMist	MedImmune Vaccines, Inc	0	0
Japanese Encephalitis	JE-VAX	Research Foundation for Microbial Diseases of Osaka University	0.007%	35 µg/1.0mL dose 17.5 µg/0.5 mL dose
MMR	MMR-II	Merck & Co, Inc	0	0
Meningococcal	Menomune A, C, AC and A/C/Y/W-135	Sanofi Pasteur, Inc	0.01% (multidose) 0 (single dose)	25 µg/0.5 dose 0
	Menactra A, C, Y and W-135	Sanofi Pasteur, Inc	0	0
Pneumococcal	Prevnar (Pneumo Conjugate)	Wyeth Pharmaceuticals Inc	0	0
	Pneumovax 23	Merck & Co, Inc	0	0
Rabies	IMOVAX	Sanofi Pasteur, SA	0	0
	Rabavert	Novartis Vaccines and Diagnostics	0	0
Smallpox (Vaccinia), Live	ACAM2000	Acambis, Inc.	0	0
Typhoid Fever	Typhim Vi	Sanofi Pasteur, SA	0	0
	Vivotif	Berna Biotech, Ltd	0	0
Varicella	Varivax	Merck & Co, Inc	0	0
Yellow Fever	Y-F-Vax	Sanofi Pasteur, Inc	0	0

Из анонса одной конференции юристов. Тема обсуждения - “Компенсация последствий вакцинации согласно закону: соединение науки и политики?” Встреча будет включать краткое представление относительно обработки 4 500 +/- случаев аутизма. PSC выдвинул три различных теории “общей причинной обусловленности”, то есть, как вакцины могут вызвать аутизм. Три теории “общей причинной обусловленности”: (1) теория, что вакцины MMR и тимеросал-содержащие вакцины могут вызвать аутизм; (2) теория, что тимеросал-содержащие вакцины могут вызвать аутизм; и, (3) теория, что вакцины MMR, без отношения к любой добавке тимеросала, могут вызвать аутизм.

United States Court of Federal Claims. Office of Special Masters. The title for the panel is “Vaccine Compensation Under the Act: A Mix of Science and Policy?” www.hrsa.gov/vaccinecompensation

Примеры петиций.

Также ясно, что в течение нескольких часов после получения вакцины DTap, Naiya перенес приступ лихорадки, который продлился по крайней мере тридцать минут и что расстройство оставалось более шести месяцев со времени первого приступа. Доктор Kinsbourne полагал, что приступы - хорошо зарегистрированное, хотя обычно временное, осложнение после цельноклеточной вакцины от коклюша. Он отметил, что длительные приступы Naiya квалифицирует его как “ребенок случая” согласно Национального Исследования Энцефалопатии Детства (“NCES”), который нашел существенную ассоциацию между прививкой DTP и “серьезными острыми неврологическими болезнями.” Полагаясь на NCES, Институты Медицины нашли причинную связь между DTP и приступами, длящимися более чем 30 минут. No. 06-840V Filed: January 13, 2009

Предоставленный случай; HBV и вакцина IPV; анафилаксия; смерть. Проситель, Khaalidah Knott, как законный представитель ее несовершеннолетнего ребенка, Zaire Knott, подала ходатайство о компенсации в соответствии с Национальным законом о Вакцинах Детства. По причинам, объясненным ниже, ей компенсировали 250 000,00 \$. 16 сентября 2005 Zaire Knott родился. Zaire получил HBV и IPV 20 октября 2005, в приблизительно 9:00 утра. Вскоре после того, Заир прекратил дышать, и была вызвана машина скорой помощи. Zaire прибыл в пункт первой помощи машиной скорой помощи в 12:10 пополудни 20 октября 2005, у него была полная остановка сердца. Попытки возвращения к жизни были неудачны, и он был объявлен мертвым в 12:30 пополудни. Вскрытие трупа было выполнено 21 октября 2006. Причиной смерти определили внезапную неожиданную смерть в младенчестве. Результаты вскрытия трупа были похожими, на такие как после анафилаксии. No. 07-736V Special Master Christian J. Moran Filed: January 30, 2009

В два месяца она получила ее первую из двух прививок DPT. Она получила свою вторую прививку DPT два месяца спустя, 17 сентября 1996. Рано утром 19 сентября 1996 Molly испытала лихорадку с температурой 38,3°C и позже имела два приступа краткой продолжительности. Она была исследована на следующий день докторами, которые предписали антибиотики от болезни верхних дыхательных путей. Дальнейшие приступы, состоя из “скручивание рук и ничего не выражающий взгляд” следовали в октябре. 24 октября, госпожа Moberly говорила с персоналом в государственном Отделе здравоохранения, который, согласно просителю, “чувствовал, что приступы Molly могли возможно быть реакцией на DPT” и рекомендовали “в будущем”, что бы она получала только DT-вакцину (от столбняка и дифтерии). No. 98-910 (Filed under seal January 15, 2009) (Reissued January 30, 2009)

Вакцины, данные 2 августа 2001 (корь), 31 августа 2001 (краснуха), и 24 октября 2001 (свинка) “фактически вызвали” травму Travis J. Hoogacker. Проситель утверждает, что “Travis страдает от серьезного меркуриализма” и что его “задержка связанная с развитием - осложнение травмы головного мозга, вызванной вакциной MMR”. No. 07-795V Filed: January 23, 2009 TO BE PUBLISHED

Просители в этом случае выдвинули теорию причинной обусловленности, у которой есть несколько частей, включая утверждения, (1) что тимеросал-содержащие вакцины могут вызвать иммунную дисфункцию, (2) что вакцина MMR может вызвать аутизм, и, (3) что вакцина MMR может вызвать хроническую желудочнокишечную дисфункцию. No. 98-916V (Filed: February 12, 2009) To be published

Vaccine Cases (UNPUBLISHED)

Date Filed	Deciding Official	Case Name	Keywords: Click here to download opinion
01/30/2009	Special Master Moran	KHAALIDAH KNOTT, Legal Representative of the Estate of ZAIRE KNOTT, v. SECRETARY OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, (07-736V)	Вакцины HBV и IPV; анафилаксия; смерть
01/30/2009	Special Master Moran	KIMBERLY L. QUILLEN-MILLER, v. SECRETARY OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, (07-666V)	Вакцина DTap; существенное ухудшение.
01/21/2009	Special Master Golkiewicz	JANE DOE/30 v. SECRETARY OF THE DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES [redacted]V	Вакцина от гепатита B; острый многомиальный ревматизм
01/21/2009	Special Master Campbell-Smith	NATALIE ROCHA v. SECRETARY OF THE DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (99-0543V)	Вакцина от гепатита B
01/15/2009	Special Master	ANACELI TORRES a minor through her Guardian ad litem MARIA	Синдром Guillian Barre; MMR,

Date Filed	Deciding Official	Case Name	Keywords: Click here to download opinion
	Golkiewicz	TORRES, MARIA TORRES and, and RUDOLFO TORRES, v. SECRETARY OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (05-529V)	DPT и вакцина от полиомиелита
01/14/2009	Special Master Millman	JANE DOE/22, v. SECRETARY OF THE DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES [redacted]V	Вакцина от гепатита В; синдром Guillian Barre (GBS)
01/13/2009	Special Master Moran	ANNE V. CAROW v. SECRETARY OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (06-754V)	Вакцина от гепатита В; ревматоидный артрит
01/13/2009	Special Master Vowell	LYNNA TELLER, Parent and Next Friend of NAIYA N. NAMOKI, a minor v. SECRETARY OF THE DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (06-840V)	DTaP; приступы лихорадки
01/08/2009	Special Master Moran	JENNIFER MORSE v. SECRETARY OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (05-418V)	Вакцина от гепатита В; неврологические расстройства
01/08/2009	Special Master Millman	KEVIN DUNN v. SECRETARY OF THE DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (06-611V)	GBS после прививки MMR

Vaccine Cases (PUBLISHED)

Date Filed	Deciding Official	Case Name	Keywords: Click here to download opinion
02/04/2009	Special Master Moran	PETER BROEKELSCHEN, M.D., v. SECRETARY OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (07-137V)	Вакцина от гриппа; поперечный миелит, anterior spinal artery syndrome
01/30/2009	Judge Wolski	TERESA MOBERLY, as mother and next friend of her daughter, MOLLY MOBERLY, v. SECRETARY OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (98-910V)	DPT
01/23/2009	Special Master Golkiewicz	JOHN HOOGACKER, a legal representative of a minor child, TRAVIS J. HOOGACKER v. SECRETARY OF THE DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (07-795V)	Аутизм; отравление ртутью и/или тяжёлым металлом
01/23/2009	Special Master Golkiewicz	JOHN HOOGACKER, a legal representative of a minor child, TREVOR J. HOOGACKER v. SECRETARY OF THE DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (07-800V)	Аутизм; отравление ртутью и/или тяжёлым металлом
01/21/2009	Special Master Millman	JANE DOE/28, v. SECRETARY OF THE DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES	Причинная связь неспецифического артрита через месяц после третьей вакцинации от гепатита В
01/21/2009	Special Master Millman	JANE DOE/29, Personal Representative of the Estate of DECEDENT, v. SECRETARY OF THE DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES	Вакцина от Гепатита В, два месяца спустя болезнь Devic's (вариант MS), затем смерть
01/21/2009	Special Master Millman	JANE DOE/28, v. SECRETARY OF THE DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, [redacted]V	Причинная связь неспецифического артрита через месяц после третьей вакцинации от гепатита В
01/21/2009	Special Master Millman	JANE DOE/29, Personal Representative of the Estate of DECEDENT, v. SECRETARY OF THE DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, [redacted]V	Вакцина от гепатита В, два месяца спустя болезнь Devic's (вариант MS), затем смерть

Новые изданные решения будут периодически добавляться. Пожалуйста отметьте следующую правовую оговорку: этот сайт содержит изданные мнения и заказы американского Федерального претензионного суда. Это не официальный источник, и мы не гарантируем, что вся информация – безошибочна или правильна.

Национальная Программа Компенсации Вреда от Вакцины (VICP) является инновационной федеральной программой без ошибок, предписанной в 1986. Устав был предназначен, чтобы уменьшить судебные процессы против врачей и изготовителей, обеспечивая те, которые требуют меньше усилий для доказательства. Претенденты VICP не должны доказать небрежность, отказ предупредить, или другие основания иска нарушения законных прав; они должны только доказать, что вакцина вызвала травму. VICP первоначально включала вакцины от семи болезней - дифтерия, столбняк, коклюш, корь, свинка, краснуха, и полиомиелит. Впоследствии, список был расширен на такие вакцины - гепатит В, Hib, ветряная оспа, ротавирус, человеческий папилломавирус (HPV), гепатит А (HAV), менингококковые вакцины (MCV4 и MPSV4), и пневмококковый сопряженный (PCV7). В июле 2005 вакцина от гриппа также вошла в список. Всего, шестнадцать (16) вакцин теперь включены в VICP. Акцизный сбор от каждой дозы вакцины создаёт доверительный фонд, из которого финансируют возмещения ущерба и административные затраты Программы.

Типы Компенсации. VICP обеспечивают компенсацию за прошлые и будущие медицинские расходы, восстановление, методы лечения, специальные расходы образования, оборудование и размещение. За боль и страдания, VICP обеспечивает возмещения ущерба максимум 250 000 \$.

VICP обеспечивает возмещения ущерба в размере 250 000 \$ за связанную с вакциной смерть. На январь 2009 были зафиксированы 12 850 случаев, 5 535 случаев представляют аутизм. Из общего количества, 6 979 были признаны, 2 260 были

компенсированы. Претензии, являющиеся результатом прививок, поданные до 1 октября 1988, были оплачены из общих ассигнований. Просители подали 4 259 претензий до 1988, 1 187 были компенсированы. Более чем 900 миллионов долларов общего дохода были заплачены за случаи до октября 1988, включая судебные издержки. Платежи за случаи после октября 1988 поступают из доверительного фонда, поддерживаемого акцизным сбором на каждую дозу вакцины, которая охвачена Программой. Более чем 939 миллионов долларов были заплачены по компенсациям из доверительного фонда для случаев после 1988, включая судебные издержки и затраты. В доверительном фонде в настоящее время есть почти 3 миллиарда долларов. Есть широкий диапазон возмещения ущерба в зависимости от серьезности травмы, с самым высоким возмещением в настоящее время являющимся \$ 9,1 миллиона. См. www.hrsa.gov/vaccinecompensation для более детальной статистической информации относительно VICP.

Национальная Программа Компенсации Ущерба от Вакцины, <http://www.hrsa.gov/>:

Таблица вреда от вакцины (10 ноября 2008)

Vaccine	Adverse Event	Time Interval
I. Вакцины, содержащие токсид столбняка (e.g., DTaP, Tdap, DTP-Hib, DT, Td, TT)	A. Анафилаксия или анафилактический шок	0-4 часа
	B. Невралгия плечевого сплетения	2-28 дней
	C. Любое острое осложнение или последствие (включая смерть) вышеупомянутых событий	Не применимо
II. Вакцины, содержащие антиген коклюша (e.g., DTaP, Tdap, DTP, P, DTP-Hib)	A. Анафилаксия или анафилактический шок	0-4 часа
	B. Энцефалопатия (или энцефалит)	0-72 часа
	C. Любое острое осложнение или последствие (включая смерть) вышеупомянутых событий	Не применимо
III. Вакцины, содержащие вирусы кори, свинки, краснухи в любой комбинации (e.g., MMR, MR, M, R)	A. Анафилаксия или анафилактический шок	0-4 часа
	B. Энцефалопатия (или энцефалит)	5-15 дней
	C. Любое острое осложнение или последствие (включая смерть) вышеупомянутых событий	Не применимо
IV. Вакцины, содержащие вирус краснухи (e.g., MMR, MR, R)	A. Хронический артрит	7-42 дней
	B. Любое острое осложнение или последствие (включая смерть) вышеупомянутого события	Не применимо
V. Вакцины, содержащие вирус кори (e.g., MMR, MR, M)	A. Тромбоцитопеническая пурпура	7-30 дней
	B. Вирусная инфекция кори (vaccine-strain) у пациентов с иммунодефицитом	0-6 месяцев
	C. Любое острое осложнение или последствие (включая смерть) вышеупомянутых событий	Не применимо
VI. OPV	A. Паралитический полиомиелит	
	• у пациентов без иммунодефицита	0-30 дней
	• у пациентов с иммунодефицитом	0-6 месяцев
	• in a vaccine associated community case	Не применимо
	B. Vaccine-strain вирусная инфекция полиомиелита	
	• у пациентов без иммунодефицита	0-30 дней
	• у пациентов с иммунодефицитом	0-6 месяцев
	• in a vaccine associated community case	Не применимо
	C. Любое острое осложнение или последствие (включая смерть) вышеупомянутых событий	Не применимо
VII. IPV	A Анафилаксия или анафилактический шок	0-4 часа
	B. Любое острое осложнение или последствие (включая смерть) вышеупомянутого события	Не применимо
VIII. Вакцины, содержащие антиген гепатита B	A Анафилаксия или анафилактический шок	0-4 часа
	B. Любое острое осложнение или последствие (включая смерть) вышеупомянутого события	Не применимо

Начиная с 2001, родители начали регистрировать претензии на компенсацию, утверждая, что определенные прививки могли вызывать расстройство развития нервной системы, известное как "аутизм" (ASD). Определенно, было предположено, что случаи аутизма или расстройства развития нервной системы, подобные аутизму, могут быть вызваны:

- MMR;
- “тимеросал”, ранее содержавшимся в других вакцинах; или
- некоторой комбинацией этих двух предполагаемых эффектов.

На 1 февраля 2009:

- более чем 5 500 случаев, утверждающих связь между такими прививками и расстройствами аутизма, были поданы в рамках Программы;
- 5 152 случая ждут судебного решения.

В мае 2008, Суд услышал доказательство по общим проблемам причинной обусловленности для теории, что тимеросал вызывает аутизм или ASD. Окончательные решения относительно общей причинной обусловленности ожидаются не позже 2009 года.

Post-1988 Statistics Report, February 2, 2009

I. Поданные иски

Fiscal Year	Non-Autism	Autism	Total
FY 1988	24	0	24
FY 1989	1	0	1
FY 1990	29	0	29
FY 1991	118	0	118
FY 1992	186	0	186
FY 1993	137	0	137
FY 1994	106	0	106
FY 1995	179	0	179
FY 1996	84	0	84
FY 1997	103	0	103
FY 1998	116	0	116
FY 1999	405	1	406
FY 2000	161	0	161
FY 2001	196	18	214
FY 2002	188	769	957
FY 2003	153	2,436	2,589
FY 2004	127	1,087	1,214
FY 2005	146	587	733
FY 2006	154	169	323
FY 2007	241	168	409
FY 2008	164	252	416
FY 2009	81	64	145
Total	3,075	5,551	8,626

II. Решения суда

Fiscal Year	Non-Autism			Autism			Total
	Compensable	Dismissed	Sub-Total	Compensable	Dismissed	Sub-Total	
FY 1989	9	12	21	0	0	0	21
FY 1990	2	0	2	0	0	0	2
FY 1991	10	22	32	0	0	0	32
FY 1992	30	43	73	0	0	0	73
FY 1993	22	57	79	0	0	0	79
FY 1994	41	43	84	0	0	0	84
FY 1995	48	51	99	0	0	0	99
FY 1996	50	78	128	0	0	0	128
FY 1997	60	51	111	0	0	0	111
FY 1998	53	72	125	0	0	0	125
FY 1999	38	73	111	0	0	0	111
FY 2000	67	75	142	0	0	0	142
FY 2001	66	79	145	0	0	0	145

FY 2002	98	95	193	0	4	4	197
FY 2003	52	76	128	0	21	21	149
FY 2004	60	120	180	0	114	114	294
FY 2005	60	70	130	0	52	52	182
FY 2006	69	79	148	0	110	110	258
FY 2007	83	87	170	0	32	32	202
FY 2008	144	80	224	0	56	56	280
FY 2009	31	9	40	0	13	13	53
Totals	1,084	1,260	2,344	0	402	402	2,746

III. Выплаченные компенсации

Fiscal Year	Compensated			Dismissed		Total Outlays
	Number of Awards	Petitioners' Award Amount	Attorneys' Fees/Costs Payments	Number of Payments to Attorneys	Attorneys' Fees/Costs Payments	
FY 1990	2	\$500,000.00	\$11,247.27	0	\$0.00	\$511,247.27
FY 1991	9	\$4,075,046.03	\$54,904.06	2	\$10,449.85	\$4,140,399.94
FY 1992	24	\$13,109,600.45	\$413,941.11	10	\$72,165.22	\$13,595,706.78
FY 1993	21	\$13,476,504.13	\$563,857.98	19	\$302,258.38	\$14,342,620.49
FY 1994	36	\$21,002,304.11	\$900,791.58	34	\$317,812.73	\$22,220,908.42
FY 1995	50	\$41,202,379.89	\$1,251,141.73	21	\$215,418.84	\$42,668,940.46
FY 1996	53	\$28,628,076.34	\$1,017,971.15	48	\$602,225.19	\$30,248,272.68
FY 1997	57	\$44,779,280.59	\$1,569,499.37	39	\$560,457.85	\$46,909,237.81
FY 1998	58	\$50,957,191.34	\$1,660,464.84	45	\$735,624.85	\$53,353,281.03
FY 1999	36	\$47,101,525.80	\$1,343,590.87	54	\$1,112,395.26	\$49,557,511.93
FY 2000	72	\$55,267,077.14	\$2,594,394.33	49	\$1,145,592.30	\$59,007,063.77
FY 2001	73	\$71,857,024.89	\$2,743,796.62	51	\$1,933,749.60	\$76,534,571.11
FY 2002	76	\$55,219,663.94	\$2,498,598.89	33	\$465,782.01	\$58,184,044.84
FY 2003	60	\$70,570,947.38	\$2,926,146.04	66	\$1,455,654.87	\$74,952,748.29
FY 2004	55	\$59,900,176.97	\$2,899,328.55	69	\$1,328,077.07	\$64,127,582.59
FY 2005	64	\$55,054,734.81	\$2,664,664.03	71	\$1,790,587.29	\$59,509,986.13
FY 2006	69	\$49,522,125.19	\$2,464,123.12	54	\$1,353,632.61	\$53,339,880.92
FY 2007	82	\$91,449,433.89	\$4,026,782.78	59	\$1,514,660.10	\$96,990,876.77
FY 2008	144	\$83,743,524.93	\$5,320,036.54	70	\$2,293,397.41	\$91,356,958.88
FY 2009	45	\$56,287,556.60	\$1,594,779.05	18	\$649,265.33	\$58,531,600.98
Totals	1,086	\$913,704,174.42	\$38,520,059.91	812	\$17,859,206.76	\$970,083,441.09

Claims Filed and Compensated or Dismissed by Vaccine, February 2, 2009. Vaccines Listed in Claims as Reported by Petitioners

Vaccine(s)	Filed			Compensated	Dismissed
	Injury	Death	Total		
DT (diphtheria-tetanus)	62	9	71	20	48
DTP (diphtheria-tetanus-whole cell pertussis)	3,281	695	3,976	1,263	2,675
DTP-HIB	16	8	24	3	19
DTaP (diphtheria-tetanus-acellular pertussis)	261	67	328	87	103
DTaP-Hep B-IPV	25	10	35	6	5
DTaP-HIB	6	1	7	3	0
Td (tetanus-diphtheria)	132	2	134	51	53
Tdap	5	0	5	0	0
Tetanus	60	2	62	22	30
Hepatitis A (Hep A)	12	0	12	2	3
Hepatitis B (Hep B)	530	45	575	135	259
Hep A- Hep B	6	0	6	3	1
Hep B-HIB	4	0	4	2	1
HIB (<i>Haemophilus influenzae</i> type b)	18	3	21	6	5

HPV (human papillomavirus)	5	0	5	0	0
Influenza (Trivalent)	257	17	274	73	25
IPV (Inactivated Polio)	260	14	274	7	265
OPV (Oral Polio)	279	27	306	157	146
Measles	142	19	161	54	107
Meningococcal	4	0	4	1	0
MMR (measles-mumps-rubella)	778	52	830	289	331
MMR-Varicella	8	0	8	2	0
MR	15	0	15	6	9
Mumps	10	0	10	1	9
Pertussis	5	3	8	2	6
Pneumococcal Conjugate	23	3	26	5	13
Rotavirus	33	1	34	20	11
Rubella	189	4	193	70	123
Varicella	41	2	43	23	13
Nonqualified	65	9	74	0	71
Unspecified	5,359	6	5,365	2	447
TOTAL	11,891	999	12,890	2,315	4,778

Список источников информации:

1. Журнал Корреспондент 2008.
2. Mathering. Immunization. Special issue. 1984.
3. Программа "Совершенно секретно", Телекомпания НТВ. Режиссер: Максим Пастухов:
http://www.ntvmir.com/pages/rus/tvschedule/announce?announce_id=0dd37152-4d2a-4983-a88d-cdff41d30765
4. Коток Олександр «Безжална імунізація».- К.: Творче об'єднання "Біла точка". 2006. - 408 с
5. Г. Червонская «Прививки: мифы и реальность».
6. <http://www.elinahealthandbeauty.com>.
7. Форум автора книги "Беспощадная иммунизация" Александра Котка:
<http://www.homeoint.org/kotok/vaccines/opinions/reasons.htm>, <http://www.homeoint.org/kotok/forum/viewforum.php?f=3>.
8. <http://www.1796kotok.com/>.
9. http://narod.ru/disk/224576000/Pravda_o_Privivkah.wmv.html.
10. <http://forum.materinstvo.ru/index.php?act=idx>.
11. Евгений Пескин, Москва. Статья. <http://www.livejournal.com/users/eugenegp/13895.html>.
12. Док. фильм "Вакцина страха" (2005).
13. Передача "Це не боляче" http://video.rpfiles.info/001/privivki/Ce_ne_bolyache_preview.avi.
14. Интервью Джона Раппопорта с бывшим создателем вакцин: <http://homeoint.org/kotok/vaccines/expert.htm>.
15. "Лига Защиты Гражданских Прав": <http://www.privivok.net.ua/>.
16. Запись программы "Побічні жертви" (украинский язык): <http://www.intv-inter.net/tv/programm/?id=488989&act=typ&channel=ut1>.
17. О наших детях - Прививки. Как они влияют на здоровье детей: http://forum.anastasia.ru/topic_3534_printall.html.
18. Общественная организация «Здоровье. Информированный выбор!»: <http://www.privivkam.net>.
19. http://news.bbc.co.uk/1/hi/russian/international/newsid_7405000/7405309.stm.
20. Газета "СЕЙЧАС" «Племена и нравы» <http://times.liga.net/articles/gso11428.html>.
21. АиФ Здоровье" интернет-версия, #04 (337) 24/01/2001, Ошибка природы или Минздрава?:
http://www.aif.ru/health/337/06_01.php.
22. Афанасенков М. А. Разумно о прививках: <http://www.afanas.ru>.
23. Док. фильм "Вакцинация. Скрываемая правда".
24. Док. фильм "Закрытая Зона" «Ошибочка вышла».
25. Телепередача "Закрыта Зона: Перший Відділ" «Зараза».
26. Док. фильм «Как ртуть разрушает нейроны головного мозга».
27. www.privivki.ru.
28. <http://medi.ru/>.
29. <http://www.medlinks.ru/index.php>.
30. <http://www.privivka.ru/>.
31. mama-journal.ru.
32. Взгляд на стратегию глобальных прививок из The International Vaccine Newsletter, июнь 1998 г. : <http://homeoint.org/>
33. Стратегии иммунной защиты. Система естественной профилактики инфекций. Иванов Владимир Александрович
<http://psy.tom.ru/>.
34. www.mother.ru.
35. <http://www.oltri.ru/>.
36. <http://slavs.org.ua/>.
37. <http://www.odnoklassniki.ru/group/43248423534662>.
38. Луи Броуэр Фармацевтическая и продовольственная мафия. Последствия ее деятельности: дискредитация алопатической медицины и серьезные проблемы состояния здоровья населения Запада / Пер. с франц. Н. Н.Сенченко. — К.: Издательский дом "Княгиня Ольга", 2004. — 280 с. — (Реванш истории: ложные ценности великих революций). ISBN 966-96075-0-7.
39. Центр гомеопатии | Московский Гомеопатический Центр | Гомеопатия для всех. Сайт.
40. Дискуссионный Клуб Русского Медицинского Сервера.
41. "Центр гомеопатии" / Гомеопатический Центр здоровья и реабилитации (Москва): <http://centre.homeopatica.ru/>.
42. <http://babystar007.narod.ru/index.html>.
43. Павел Шерман. Бактериологическая война против своего народа или «Вакцина-убийца».
<http://shermann.tumblr.com/post/36568003>.
44. Центр "Волшебный ребенок": <http://www.magichild.ru/index.html>.
45. <http://www.komarovskiy.vostok.net/books/b1-1.html>.
46. <http://www.fcgsen.ru/>.
47. <http://www.rusmedserv.com/epidinf/>.
48. Р. Я. Мешкова Руководство по иммунопрофилактике для врачей: <http://www.iacmac.ru/books/immun/index.shtml#sod>.
49. <http://www.eurolab.ua/ru>
50. ru.wikipedia.org/wiki/Столбняк
51. www.likar.info/