

# БЕСПОЩАДНАЯ ИММУНИЗАЦИЯ



**Александр Коток**

Александр Коток – Беспощадная иммунизация

В книге А. Котка подробно изучаются прививки, как медицинская процедура и, как сложная социальная проблема, по сей день не находящая своего справедливого решения.

Каждая болезнь, прививка от которой входит в календарь прививок Российской Федерации, представлена в отдельной главе, где кратко описываются её этиология, патогенез, способы принятого в современной аллопатической практике и альтернативного лечения (гомеопатия и натуропатия), а также, методы профилактики.

Дополнительно в обсуждение включены некоторые болезни, прививки от которых пока что отсутствуют в календаре прививок России, но имеются в календарях других стран.

В деталях анализируются состав вакцин и возможные поствакцинальные осложнения, приводятся факты, позволяющие взглянуть на другую сторону прививочной «медали» и ознакомиться с точкой зрения противников прививок.

Отдельная глава посвящена натуральной оспе, победа человечества над которой, до настоящего времени, считается главным доказательством успеха вакцинаций.

***Особую ценность представляет то, что в книге пристальное внимание уделено до сих пор практически не освещавшейся в литературе на русском языке истории появления прививок и введения их в медицинскую практику.***

Книга располагает богатым аппаратом ссылок, цитат и комментариев; в большом количестве использованы малодоступные для рядового читателя материалы.

«Приложения» предоставляют возможность познакомиться с документами, гарантирующими право гражданина РФ на свободу выбора в прививочном вопросе.

Несмотря на сложность обсуждаемых вопросов, книга написана живым и лёгким языком и адресована широкому кругу читателей, интересующихся проблемами медицины.

Об авторе Александр Коток — врач-гомеопат, выпускник 1-го ММИ им. И. М. Сеченова (1989 г.)

Доктор философии (Ph. D.) Еврейского университета в Иерусалиме (2001 г.)

Член Европейской ассоциации истории медицины (с 1998 г.)

Автор многочисленных публикаций по истории гомеопатии и рецензий в журналах и сборниках академических трудов научных обществ Англии, Германии, Голландии, Индии, России, Украины.

Ваши отзывы и замечания вы можете направлять автору электронной почтой на адрес [Город Творцов](#).

«Государство не имеет права жертвовать ни одним человеком, хотя бы даже, для сохранения миллионов, потому что каждый индивид имеет невознаградимую цену и стоит столько же, сколько миллион других. Подвергать же человека операции, которая, в лучшем случае, не приносит никакой пользы, но, во многих других, ставит на карту его здоровье и жизнь, — это акт несправедливого посягательства на свободу личности, который не может быть оправдан, даже в видах безопасности частных лиц».

**Д-р Лев Бразоль**  
**«Мнимая польза и**  
**действительный вред**  
**оспопрививания» (1884 г.).**

**Содержание**

*Предисловие*

*Прививки: основные проблемы*

Некоторые сведения по токсикологии веществ, входящих в состав вакцин

О натуральной оспе, и не только: с чего все начиналось

Ветряная оспа

Гепатит А

Гепатит В

Грипп

Дифтерия

Коклюш

Корь

Краснуха  
Полиомиелит  
Столбняк  
Туберкулёз  
Эпидемический паротит (свинка)  
Заключение  
Приложения

## **Своей любимой маме Валентине Яковлевне Коток посвящает автор эту книгу.**

ПредисловиеАвтор этой книги — не эпидемиолог, не иммунолог, не вирусолог и не иной, уважаемый и гордо звучащий в полемике о прививках «-лог», в смысле полученного высшего образования или последующей специализации.

Я — обычный врач, врач-гомеопат, в своё время увлечшийся историей медицины и защитивший докторскую (Ph.D.) диссертацию по сравнительной истории гомеопатии в европейских странах и Российской империи [Город Творцов](#).

Работая над диссертацией и изучая развитие медицины в XIX и начале XX в., я обратил внимание на то, что очень многие гомеопаты, среди которых было немало специалистов и с мировым именем, резко выступали против профилактических прививок.

Гомеопаты нередко были авторами статей и книг, критикующих прививки. Гомеопатов часто можно было обнаружить среди членов различных объединений антипрививочной направленности.

Наиболее известный российский гомеопат того времени, д-р **Лев Евгеньевич Бразоль** (1854-1927), одновременно был автором двух, и по сей день, самых значительных работ на русском языке против оспенных прививок.

Этот любопытный факт «гомеопатического негативизма» по отношению к прививкам не имел прямого касательства к теме моей диссертации и не был в ней упомянут, но я взял его себе на заметку.

Будучи воспитан, как и почти все медики, в слепой вере в пользу прививок, я не мог не удивиться тому, что врачи-гомеопаты XIX в. — обычно люди, в высшей степени, образованные и респектабельные — выступали против процедуры, польза которой, казалось, должна была быть очевидна по определению, тем более, что и основатель гомеопатии, **Самуил Ганеман** (1755-1843), высказывался о прививках *против* натуральной оспы в высшей степени одобрительно, видя в их заявлявшейся эффективности подтверждение закона подобия.

Но ближайшее и, при этом, даже самое поверхностное знакомство с темой показало, что в истории прививок всё было далеко не столь однозначно, как это стремятся показать сегодняшние пропагандисты массового прививания.

Дальнейшее же исследование вопроса всё более и более увеличивало мои сомнения.

Фальсификация данных, передёргивание фактов, беспринципность и неразборчивость в средствах, алчность в погоне за наживой, навязывание обществу законов, противоречащих фундаментальным представлениям о свободе личности, — все эти неотъемлемые черты прививочного «убеждения» как-то мало вязались с представлениями о благе, принесённом в мир **Дженнером**.

Может ли быть так, что многие тысячи людей из всех сословий объединялись в организации, ставившие своей исключительной целью, ни больше ни меньше, как борьбу... с собственной пользой?

Идея — абсурдна по определению, но что же тогда стояло за массовым антипрививочным движением в конце XIX — начале XX в.?

И почему оно — вновь на подъёме в наши дни, почему непрерывно увеличивается количество родителей, отказывающихся делать прививки своим детям?

Почему отказы от прививок вызывают столько ярости у медицинских властей?

Почему прививки делают детям в роддомах, детсадах и школах, *без согласия родителей?*

Почему, даже принятые законы, защищающие право личности на свободный выбор в прививочном вопросе, на деле не работают?

Да и вообще, почему именно прививки становятся предметом отдельных государственных законов, почему не иные медицинские процедуры?

История антипрививочного движения в разных странах в последние годы привлекает к себе всё большее внимание историков, что отражает, как актуальность этой темы, так и давно назревшую необходимость переоценки сложившихся представлений о том, что происходило в прошлом, с позиций современной науки.

И вообще проблема прививок — слишком сложна, чтобы допустить упрощенческое к себе отношение или отдать её на откуп исключительно, так называемым, специалистам — особенно тем, кто кормится вокруг прививочного дела всю свою профессиональную жизнь, а ведь, медицинские власти — вполне предусмотрительно — только их мнение признают заслуживающим доверия.

На деле, прививки затрагивают столько аспектов, как медицины и биологии, так и немало числа иных наук (психологии, философии, социологии, культурологии, истории, статистики...), что вряд ли найдётся нормальный человек, который мог бы объявить себя достаточно компетентным, хотя бы в большей части из затрагиваемых обсуждаемой проблемой областей знания, не говоря уже обо всех.

Разумеется, и я далёк от того, чтобы считать себя разбирающимся во всём, что имеет отношение к прививкам.

При этом, однако, я полагаю, что высшее медицинское образование и опыт историка медицины представляют собой далеко не самые худшие стартовые условия для обсуждения этой темы — во всяком случае, ничуть не худшие, чем таковые многочисленных «-логов», которых считают экспертами.

Поскольку в российском прививочном аргументе используется термин «щадящая иммунизация», применяемый к уменьшённым дозам некоторых вакцин, я решил назвать свою книгу «Беспощадная иммунизация» (хотя, термин «*иммунизация*», по отношению к прививкам, вообще правильным не является, о чём я буду говорить в следующей главе).

Это — не столько ирония, построенная на доведении до абсурда, сколько констатация печального факта. Нынешняя прививочная

практика, и в самом деле, не знает никакой пощады, и жертвами алчности вакцинных дельцов и их медслуг становятся и стар, и млад.

Я не стал излагать здесь те сведения, которые читатель, без особого труда, может найти, в том числе, и в доступном изложении, в многочисленных книгах — например, об организации и функциях иммунитета или о классификации вакцин.

Я намеренно отказался и от углубления в дебри узкоспециальных дисциплин — при этом, не только памятуя о том, что книга пишется, главным образом, для широкого читателя.

Первоочередной задачей настоящей книги я вижу ознакомление публики с накопившимися свидетельствами в пользу того, что вакцинация является процедурой, как малоэффективной, так и весьма небезопасной — во всяком случае, *гораздо более опасной*, чем это принято считать.

Практически во всех странах, считающих себя демократическими, законы декларируют *право родителей на свободный и информированный выбор* в прививочном вопросе.

Однако, такой выбор возможен, лишь в том случае, если у родителей есть доступ, как к информации «за», так и к информации «против».

С информацией «за» проблемы нет — она в избытке. Газеты, радио, телевидение, вебсайты, толпы бесчисленных «специалистов по вакцинации», начиная с участковых педиатров и заканчивая высшими чиновниками от медицины — все в унисон твердят о благах, которые даруют прививки.

Найти же информацию «против», на русском языке, родителям куда труднее, а для тех, кто не имеет доступа в Интернет или не живёт в одном из российских мегаполисов, практически невозможно вообще.

Эта книга, как раз, и призвана дать им те сведения, которые от них скрывались и вооружившись которыми они смогут критически изучить проблему.

Для тех родителей, которые ищут альтернативу прививкам, а также хотят больше знать о возможностях домашнего лечения наиболее распространённых детских болезней, я привожу

некоторые сведения по гомеопатическому и натуропатическому лечению.

Читатели могут применять эти методы исключительно под свою ответственность; особенно это относится к лечению мегадозами витамина С.

Хотя, имеющиеся данные выглядят многообещающими, следует помнить, что детальных исследований такого лечения не проводилось и дозировки устанавливались эмпирически. Проводить такое лечение должен врач.

Гомеопатические методы лечения разработаны более тщательно, но, и в этом случае, родители должны помнить, что они, и только они, отвечают за здоровье своего ребёнка.

Оптимальным вариантом была, есть и остаётся консультация с доктором, *пользующимся доверием родителей.*

К сожалению, в наше время, когда квалификация многих врачей, с точки зрения их умения возвращать здоровье, катастрофически низка, а применяемые ими официально утверждённые методы подавляющего лечения не могут быть охарактеризованы иначе, как *варварские* и совершенно *противоестественные* (антибиотики к месту и не к месту, гормоны, мази и пр.), найти такого врача становится всё сложнее.

Я должен также оговориться относительно того, что в этой книге обсуждаются (за исключением прививки от гриппа) массовые профилактические детские прививки, входящие в прививочные календари ряда стран.

Вопрос о лечебных прививках, в том числе и против бешенства при укусах предположительно бешеными животными, — совершенно отдельная тема, которой я пока не касаюсь.

Я хочу искренне поблагодарить всех, кто помогал мне. Вряд ли книга, которую держит в руках читатель, увидела бы свет без той помощи, которую, в качестве корректора, редактора и просто доброго советчика на всех этапах работы, оказывала **Галина Лобанова** (СПб.).

Ею же были найдены и присланы мне некоторые старые публикации, хранящиеся в Российской национальной библиотеке.

Многие использованные в этой книге материалы были найдены в израильских библиотеках и предоставлены в распоряжение автора **Ксенией Михайловой** (Иерусалим).

В процессе работы над книгой я получал дельные советы и разъяснения от **Александра Ястребова** (СПб.) и **Александры Казачек** (Мельбурн).

Я не знал отказа в поиске нужных материалов в российских источниках от д-ра **Анатолия Шилова** (Ярославль).

Несколько очень важных для работы книг были мне любезно присланы доктором **Александром Мартенсом** (Москва), а д-р **Александр Иванив** (Одесса) незамедлительно удовлетворял моё любопытство в том, что касается применения нозодов.

Вообще же, число тех, кто, прямо или косвенно, материалами или просто советом оказал мне помощь, врачей и неврачей из разных стран мира, к которым я обращался с просьбами о содействии, составляет несколько десятков.

Я не буду перечислять здесь все имена, но хочу, чтобы все мои друзья и коллеги знали, что я ценю и не забываю оказанные мне услуги.

Особо отмечу **Хиллари Батлер** (Новая Зеландия), которая всегда старалась, при всей её безмерной занятости общественной работой, не оставлять без внимания мои вопросы и отвечать на них максимально быстро и максимально полно.

Я надеюсь, что изучение материалов настоящей книги позволит читателям составить своё собственное мнение о прививках. То самое — действительно информированное мнение, на основе которого, родителям предлагается сделать свой выбор.

Прививки: основные проблемы О конкретных болезнях и вакцинах мы будем говорить в отдельных главах, а настоящую главу я хотел бы посвятить проблемам, имеющим отношение к вакцинам и прививкам в целом.

Прививочная практика ущербна с очень многих точек зрения — медико-биологической, правовой, этической, социологической, философской, экономической, и аргументированное обсуждение

каждой из них легко обеспечило бы материалами довольно толстую книгу.

Сейчас же, я вынужден ограничиться изложением вопросов, лишь в самом общем их виде.

Прежде всего, хотелось бы обратить внимание на необычность самой процедуры вакцинации, или, как её ещё иногда называют, иммунизации — употребления последнего термина на страницах своей книги я буду избегать [Город Творцов](#).

Когда мы говорим о том или ином виде лечения — его эффективности, осложнениях, о той цене (как в буквальном, так и в переносном смысле), которую нам приходится платить за то, чтобы избавиться от какой-то болезни или замедлить её разрушительный для нашего здоровья ход, в душе мы понимаем неизбежность некой платы.

Иногда лечение оказывается хуже самой болезни по своей тяжести или последствиям, — тогда пациент досадует и даже подаёт иски в суд против врачей, если считает, что лечением ему нанесён ущерб больший, чем могла бы нанести сама болезнь.

Но, не забудем: всё, что пациент предпринимает — или даёт разрешение предпринять врачам, — он делает, лишь с целью максимально возможного восстановления собственного здоровья.

Он рискует, начиная даже самое безобидное лечение, и требует от медицины, чтобы она свела этот риск к минимуму.

Однако, *риск был, есть и неизбежно будет*. Таков характер медицины, ничто не в силах его изменить. И, чем более агрессивной становится медицина, тем более возрастает степень такого риска для нас.

Всё это понятно, пусть даже не вполне осознанно, всеми теми, кто обращается за лечением.

Но, все эти рассуждения совершенно *неприменимы* к прививкам! Уникальность прививок, как медицинского вмешательства, состоит в том, что они подвергают опасности здоровых людей и *не имеют своей целью улучшить их нынешнее состояние здоровья*.

Их декларируемая польза относится к туманному будущему и основывается на статистических выкладках большей или меньшей

степени достоверности (часто недостоверных вовсе — многие такие исследования, прямо или косвенно, финансируются компаниями-производителями вакцин), с помощью которых пытаются определить риск заболеть той или иной болезнью и риск серьёзно пострадать от неё.

От прививаемых требуется подвергнуть себя реальному риску расстройства здоровья и даже смерти (такую возможность не исключают и сами вакцинаторы), ради *предполагаемой* пользы его лично или, в некоторых случаях, других членов общества (как это происходит сейчас с прививанием детей от краснухи).

Но, мало того. Согласно концепции «допустимых поствакцинальных реакций» (высокая температура, рвота, беспокойство, непрерывный крик ребёнка и даже судороги) и, так называемого, поствакцинального периода — отрезка времени, следующего за прививкой, характеризующегося подавлением функций иммунной системы и соответственно высокой подверженностью различным заболеваниям, — вакцинаторы прямо заявляют, что *быть больным после прививки — это нормально*.

При этом, родителям никто с уверенностью не скажет, какие поствакцинальные реакции следует считать нормальными, а какие — патологическими и сколько длится этот самый поствакцинальный период для их конкретного, а не среднестатистического ребёнка, насколько он окажется тяжёлым и когда можно будет, наконец, праздновать возвращение к прежнему состоянию здоровья при, якобы, имеющейся защите от привитой болезни.

Равно, как никто не гарантирует, что прививка не станет причиной пожизненной инвалидности, а то и вообще смерти (желающие проверить готовность врачей предоставить такую гарантию могут попросить педиатра подписать бумагу, согласно которой он берёт на себя полную ответственность за исход прививки); при этом, **самые тяжёлые последствия замалчиваются** [Город Творцов](#).

Согласно российскому прививочному календарю, в течение первых полутора лет, жизни ребёнок должен получить **9** (!) различных прививок, причём, первую (от гепатита В) — в первые **12 часов** жизни, а вторую (БЦЖ) — в первые **3-5 дней** [Город Творцов](#).

Таким образом, как минимум, половину из первых 18 месяцев жизни, **ребёнок** совершенно закономерно **должен быть болен** или, говоря языком прививочной пропаганды, «находиться в поствакцинальном периоде».

Оставим в стороне это «замечательное» изобретение, позволяющее все, возникающие после прививки болезни, в том числе и совершенно очевидные осложнения, списывать на всеобъемлющий и всепрощающий «поствакцинальный период»<sup>Город Творцов</sup>.

Зададимся вопросом: каким же образом мыслится сделать ребёнка более здоровым в будущем, если он постоянно нездоров в течение того самого времени, когда развиваются важнейшие системы организма, призванные обеспечить здоровье на всю жизнь?

Вот что сообщают российские авторы: «При введении различных бактериальных и вирусных вакцин описаны однотипные изменения в иммунной системе, которые носят двухфазный характер.

Первая фаза — иммуностимуляция, сопровождающаяся увеличением числа циркулирующих лимфоцитов, Т-хелперов, В-лимфоцитов.

Вторая фаза — фаза транзиторного иммунодефицита. Она развивается через 2-3 недели, после введения вакцины и характеризуется снижением численности всех субпопуляций лимфоцитов... и снижением их функциональной активности — способности отвечать на митогены, синтезировать антитела.

У ряда привитых отмечался выраженный **иммунодефицит**, продолжительностью до **4,5 месяцев**... Вторая фаза необходима для ограничения иммунного ответа на антигены вакцины. Однако, это ограничение распространяется на посторонние, по отношению к вакцине, антигены...

Патогенетически поствакцинальный иммунодефицит *неотличим* от вторичных иммунодефицитов, возникающих в ходе вирусных или бактериальных инфекций...

Определённый вклад в развитие поствакцинального иммунодефицита может вносить развивающийся при вакцинации

общий адаптационный синдром... который сопровождается угнетением выработки интерферона....

Помимо изменения численности и функциональной активности различных субпопуляций лимфоцитов, вакцинация вызывает изменения и в системе неспецифической реактивности — угнетение активности комплемента, пропердина, лизоцима, бактерицидных свойств сыворотки крови, фагоцитарной активности лейкоцитов, что особенно выражено в первые **15 дней** после прививки... а также, интерфероновую гипореактивность, длительностью до **6 месяцев...**» [Город Творцов](#).

Многие ли из родителей задумывались над логикой прививочного посыла: **«Взять здорового, чтобы сделать его непредсказуемо больным, для того, чтобы он потом стал более здоровым»?**

А, если задумывались, неужели с ней соглашались?

Трудно найти сегодня страну, где прививки делались бы насильно. Практически нет считающих себя демократическими стран, где родители не могли бы сделать свободный и осознанный выбор в пользу отказа от прививок.

Однако, действительно осознанный выбор может основываться лишь на полной информации, а вот с доступом к ней дела обстоят совершенно неудовлетворительно именно потому, что **такая информация** очень часто — не только не в пользу прививок, но и прямо **указывает на приносимый ими вред**.

Эта информация — малодоступна не только для родителей, но и для медицинских работников.

Редкий педиатр имеет достаточное представление о том, что входит в состав вакцин, каковы токсикологические характеристики этих веществ, какова их предельно допустимая концентрация (ПДК) в организме человека, какие описаны осложнения, после введения вакцин.

Даже вполне грамотный средний врач плохо разбирается в тонкостях функционирования иммунной системы, в том, как она развивается, какова природа аутоиммунных заболеваний, число

которых, в последние годы, увеличивается в пугающих пропорциях, параллельно всё возрастающему количеству прививок [Город Творцов](#).

При невероятной загруженности институтского курса откровенно «шлаковыми» и не имеющими никакого отношения к будущей медицинской практике дисциплинами — биологией, физикой, различными химиями (во многом, повторение школьного курса в усложнённом виде — дань тем канувшим в Лету стародавним временам, когда вчерашние школьники приходили из классических гимназий, без твёрдых основ в естественных науках) — *иммунология читается второпях* и мимоходом, при этом, даже не отдельно, а почему-то, в курсе микробиологии.

В последнее время, всё чаще приходится слышать о конфликтах между иммунологами и практическими врачами — первые имеют куда лучшее представление о том, чем могут грозить прививки, а на долю вторых выпадает претворять в жизнь спускаемые сверху **планы прививочного «охвата»** [Город Творцов](#).

**Информация** о том, что вакцины — неэффективны, а их применение может быть небезопасным, **тщательно фильтруется**, чтобы родителям не попадались на глаза «неправильные», не соответствующие официальным представлениям исследования, которые могут поставить под вопрос родительское согласие на прививку детям.

Например, как сообщил профессор медицинского колледжа при Иллинойском университете, педиатр **Роберт Мендельсон** (1922-1988), «на форуме Американской академии педиатрии (ААП) в 1982 г. была предложена резолюция, призванная обеспечить такое положение вещей, при котором родителей информировали бы о пользе и о риске прививок.

Резолюция настаивала на том, чтобы «ААП подготовила на ясном и доступном языке информацию, с которой благоразумный родитель захотел бы ознакомиться, относительно пользы и риска календарных прививок, риска болезней, которые могут быть предотвращены вакцинами, и относительно наиболее общих побочных реакций на прививки и лечении их».

Вероятно, собравшиеся доктора не сочли, что «благоразумным родителям» может быть разрешён доступ к информации такого рода, так как резолюцию отвергли [Город Творцов](#).

Вакцинаторы открыто признают, что «лишняя» информация может повредить их прививочным успехам:

«Создатели брошюр должны определить то основное, что пациент (или родитель) должен узнать, чтобы *повести себя нужным образом*. Тогда не требуется останавливаться на деталях. При написании брошюры, нужно стремиться к созданию желаемого поведения, а не глубоких знаний» [Город Творцов](#).

Или вот рекомендация ответственного за выпуск информационных брошюр для родителей д-ра **Мартина Смита** из Департамента здравоохранения США:

«Обилие и сложность материала... может запутать родителей и без нужды вызвать их беспокойство» [Город Творцов](#).

Соответственно, делается всё, чтобы не вызвать мешающее массовым прививкам «беспокойство». Подобные примеры можно умножать без счёта.

Впрочем, если бы всё ограничивалось лишь вопросом личной информированности и личных представлений о том, что такое хорошо и что такое плохо для собственных детей и для себя, то со всеми прививочными несуразностями можно было бы смириться.

В конце концов, прививки были бы просто личным делом каждого члена общества или его опекунов.

Однако, *далеко не бескорыстные адепты* прививочных теорий стараются подмять под себя всё общество (и для проведения такой политики они, к несчастью, располагают соответствующими средствами).

**Иван Иллич** справедливо заметил в своей знаменитой книге, переведённой на множество языков, что «**медицина подрывает здоровье** не только посредством прямой агрессии против индивидуума, но и через влияние своих социальных организаций на всё окружение» [Город Творцов](#).

Говоря о прививках, надо подчеркнуть особую опасность прививочной концепции коллективного иммунитета.

«Вакцинация — это не личное дело. Это, в сущности своей, общественный вопрос, поскольку предназначение большинства прививочных программ — выработка коллективного иммунитета» [Город Творцов](#), — заявила **ВОЗ** на своей 13-й ассамблее.

Согласно этой концепции, для того, чтобы прекратить циркуляцию возбудителя той или иной инфекционной болезни, необходимо, чтобы определённый процент населения имел к ней иммунитет.

Тогда те, кто не имеет иммунитета, будут также защищены. Речь идёт не о 20, не о 50 и даже не о 70%, так называемого, иммунного населения.

Для некоторых болезней (например, дифтерии, кори, коклюша) называется даже цифра в **95%** (!), и ни для одной «управляемой прививками» болезни она не должна быть ниже **80%** [Город Творцов](#).

По мере расширения прививочных программ в планетарном масштабе, у населения появляется всё меньше возможностей получать антигенные «толчки» от природных возбудителей и поддерживать, таким образом, свой иммунитет.

*Естественный иммунитет теряется в человеческом обществе;* заменить возбудителя призваны регулярные массовые прививки, и, для достижения вожделенного коллективного иммунитета, требуется прививать всех или почти всех, при этом, постоянно.

Но, как же этого достичь, когда, согласно заявлениям, например, российских педиатров, действительно здоровые дети (т.е. именно те, кого прививать, по прививочным меркам, можно) стали уже казуистикой, а число хронически больных и требующих постоянного наблюдения и лечения достигает четверти-трети всей детской популяции, а по иным данным — и половины и даже больше?

Тогда, в угоду упомянутой выше концепции начинают уменьшать «неоправданно большое число противопоказаний» [Город Творцов](#) и прививать также и больных, **попросту калеча, а иногда и убивая их.**

Разумеется, *все эти «отдельные факты» не афишируют*, чтобы не подвергать сомнению прививочные теории и гарантировать безопасность тем, кто их осуществляет на практике [Город Творцов](#).

Детей прививают без ведома родителей или, вынуждая родителей согласиться на прививки методами бюрократического нажима — это орудие так же эффективно, когда речь идёт о взрослых.

Среди излюбленных методов принудительной вакцинации, например, отказ в приёме на работу либо в выплате зарплаты или социальных пособий; для студентов — отказ допустить к сессии или перевести на другой курс.

Несмотря на однозначное требование российского Закона об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний № 157-ФЗ от 17 сентября 1998 г., согласно которому проводить профилактические прививки можно лишь **«с согласия граждан, родителей или законных представителей несовершеннолетних и граждан, признанных недееспособными, в порядке, установленном законодательством РФ»** (статья 11.2), прививки детям в роддомах, детсадах и школах делают без ведома родителей [Город Творцов](#).

Игнорируется и право граждан на *«получение от медицинских работников полной и объективной информации о необходимости профилактических прививок, последствиях отказа от них, возможных поствакцинальных осложнениях»* (статья 5.1.).

Хотя, право граждан на компенсацию, в случае возникновения поствакцинальных осложнений закреплено в том же законе (Глава V. **«Социальная защита граждан при возникновении поствакцинальных осложнений»**, статьи 18-21), медицинские чиновники предпринимают все возможные меры, чтобы оставить пострадавших без этой компенсации, благо, деньги на ведение судебных процессов — казённые, а затягивать такие процессы бесконечными экспертизами, переносами заседаний и пр. можно на долгие годы, изнурая истцов морально и финансово.

Попутно отмечу, что сама теория коллективного иммунитета создавалась в начале XX в., когда в человеческом обществе имелся естественный иммунитет к болезням, и требовалось привить сравнительно небольшое число людей, не имеющих этого иммунитета.

Это казалось вполне достижимой целью. Теперь же эта концепция применяется к совершенно другому времени, к совершенно другой эпидемиологической обстановке, и никто не может сказать, **является ли она вообще верной.**

Таинство принадлежности к коллективному иммунитету заставляет вспомнить о нацистской Германии, где допуск к социальным благам находился в прямой зависимости от искусственно выдуманного фактора — «расовой чистоты».

Сегодня прививки, являясь показателем «эпидемиологической чистоты», также служат гарантией допуска к минимуму социальных благ.

Например, непривитым детям во многих странах бывшего СССР и бывшего «социалистического лагеря» запрещалось посещать дошкольные заведения и школы.

Концепция коллективного иммунитета также открыто предполагает, что **часть прививаемых неизбежно должна быть принесена в жертву** поствакцинальным осложнениям.

Прививочная пропаганда и не стремится это отрицать; она лишь пытается преуменьшить число потенциальных пострадавших и вообще значение опасности осложнений, заявляя, что «осложнения бывают очень редко», и раздувая страхи перед болезнями («опасность болезни — намного превышает риск прививки»).

Однако, вряд ли общество может выиграть, прежде всего, в моральном плане, увеча и уничтожая своих здоровых членов, ради пользы общества «в целом».

Оно, ведь, не уничтожает неизлечимо больных или инвалидов (что, кстати, также практиковалось в нацистской Германии и на заре человеческого общества там, где не могли прокормить растущее население), являющихся его заведомо убыточными статьями; а раз так, то ещё меньше обоснованы ритуалы **прививочного человеческого жертвоприношения.**

Кроме того, живущие за счёт прививок «специалисты», ведут кампании против граждан, отказывающихся подчиниться прививочному шантажу.

При этом, вакцинированных не смущает, что они пытаются ставить под сомнение правомерность существующих законов, принятых в соответствии с Конституцией, — они уверены в собственной безнаказанности.

Вот, например, что написано в брошюре, выпущенной по заказу (!) Министерства здравоохранения РФ:

«...Почему же мы так дружно осуждаем родителей, не обращающих на своих детей должного внимания, наказывающих их, отдающих их в дома ребёнка, и, как само собой разумеющееся, воспринимаем то, что именно родители обретают (вероятно, имелось в виду «обрекают». — А.К.) не вакцинированных по своей воле детей на тяжёлые заболевания.

Оставляя ребёнка без вакцинации, родители создают угрозу не только его здоровью, но и здоровью окружающих. Ведь он, заболев, может заразить тех, у кого вакцинальный иммунитет оказался недостаточным или угасшим...» [Город Творцов](#)

Публикации такого рода — откровенно подстрекательские по своей сути — проходят мимо внимания прокуратуры, хотя единственное их предназначение — настроить общественное мнение против людей, реализующих данное им законом право на отказ от прививок, и спровоцировать конфликты.

Пока мы больше говорили о философских и правовых аспектах проблемы. Теперь нужно уделить внимание **медицинским аспектам прививок**.

Как известно, перед выходом нового лекарства на рынок оно должно пройти немало различных проверок — сначала тестирование в лабораториях, потом испытания на животных и лишь потом на людях.

Если на любом этапе обнаруживается «прокол», то дальнейшая разработка препарата становится невозможной. До тех пор пока нет гарантии (возможной в пределах нынешнего состояния дел в науке) безопасности, препарат не станет доступным для широкого использования.

История с **талидомидом** — лекарством, призванным предотвратить тошноту у беременных, которое оказалось

тератогенным (**стали рождаться дети без конечностей**, производитель вынужден был выплатить гигантские суммы за нанесённый ущерб), — послужила хорошим уроком.

Однако, **с вакцинами всё обстоит с точностью до наоборот**, хотя, казалось бы, в данном случае, речь идёт о младенцах, тут стократ большая осторожность нужна!

**Никаких серьёзных исследований не требуется** для того, чтобы очередная вакцина была лицензирована и стала обязательной для применения у сотен тысяч и миллионов детей.

Вакцины, вопреки всякому здравому смыслу и существующим стандартам, применимым к другим лекарственным препаратам, обладают *«презумпцией невиновности»* и применяются до тех пор, пока не будет очевидно доказан их вред.

Так это недавно было с **ротавирусной** вакциной, так это происходит с **«горячими сериями»** (hot lots) вакцин, без лишнего шума отзываемых с рынка, после получения определённого количества сообщений о смертях и увечьях детей, после их использования.

Очень хорошей иллюстрацией политики двойных стандартов может послужить нынешняя, далёкая от завершения история с вакциной **MMR**, которую родители детей, больных аутизмом, обвиняют в том, что *она стала причиной этого тяжёлого заболевания*.

Медицинские власти заявляют родителям, что вакцина — безопасна, потому, что не доказана её связь с аутизмом; эта связь — всего лишь, гипотеза.

Однако когда возникла ничуть не более обоснованная гипотеза о том, что вирус, так называемого, коровьего бешенства, поражающий мозг животных, может быть опасным и для человека, никто не стал дожидаться доказательств, которые могли бы стоить жизни и здоровья людям, — предположительно инфицированный скот просто начали массово уничтожать!

**Вакцины не проверяются** ни на канцерогенный (способность вызывать рак), ни на мутагенный (способность вызывать генетические мутации) эффекты.

**В вакцины добавляются высокотоксичные вещества** (ртуть, формальдегид, фенол, алюминий), хотя никто и никогда не показал безвредность их применения у детей.

Правильным будет обратное — *достаточное количество исследований показало, что эти вещества ядовиты, вредны для организма, могут стать причиной тяжёлых болезней.*

После почти 70 лет *бесконтрольного использования в вакцинах ртути*, в 1999 г., в свете разгоревшегося общественного скандала, Американской Академией педиатрии было рекомендовано незамедлительно от ртути избавиться.

Два года спустя (!), та же рекомендация была дана американским Институтом медицины (ЮМ).

Кроме того, в процессе производства, вакцины постоянно контаминируются (заражаются) микробами, вирусами, грибами и простейшими.

Для деконтаминации, в свою очередь, также применяются токсические вещества (антигрибковые препараты и антибиотики), так что, в итоге, **получается ядовитый коктейль с никогда не изучавшимися свойствами** [Город Творцов](#).

В главе, посвящённой полиомиелиту, мы будем говорить о вирусе **SV-40**, который, в течение многих лет, проникал в полиовакцины, и о предполагаемой связи прививочной кампании в центральноафриканских странах и **СПИДа**.

Есть ещё один аспект, касающийся испытания вакцин. *Вакцины тестируются на тщательно отобранных здоровых детях, имеющих заведомо меньший шанс развития осложнений.*

Однако, когда вакцина лицензируется для массового использования, её сразу же начинают получать все дети, без учёта сопутствующих болезней, генетических особенностей и иных важных факторов, ведь требуется реализовать как можно больше вакцин и создать пресловутый коллективный иммунитет!

Ротавирусная вакцина не давала, по утверждению фирмы-производителя, осложнений при проверке её в группе здоровых детей. Но, когда её стали получать все дети, в том числе и

недоношенные, оказалось, что она вызывает *инвагинацию кишечника*.

Когда новое лекарство испытывается на экспериментальной группе добровольцев, результаты его применения сравниваются с результатами использования плацебо.

Когда же испытывается новая вакцина, результаты сравниваются не с плацебо, а с другой вакциной, что — *принципиально некорректно*.

В лучшем случае, проводится такое сравнение: берутся дети, не получившие прививки (в подавляющем большинстве случаев, из-за сопутствующих болезней, т.е. отбираются больные дети), и ***их сравнивают со здоровыми детьми***, получившими прививку.

Результатом такого эксперимента является заранее известный вывод в пользу прививок — привитые и привитой им болезнью болели меньше, и состояние здоровья, в целом, у них было лучше [Город Творцов](#).

Когда же кто-то, в полном соответствии с законами статистики, предлагает сравнивать ***однородные группы*** здоровых прививаемых детей и здоровых непрививаемых, то сразу же поднимается страшный шум о «неэтичности» такого экспериментирования — *как, мол, можно оставить здоровых детей без спасительных прививок в угоду какому-то эксперименту!*

Разумеется, за трогательной заботой о здоровье непривитых детей кроется вполне естественный ***страх честного сравнения***, которое может оказаться далеко не в пользу прививок.

Точно так же аллопаты в XIX в. постоянно уклонялись от предлагавшихся гомеопатами честных экспериментов по лечению тех или иных болезней, совершенно справедливо предполагая, что результаты такого сравнения наглядно покажут, кто прав в споре двух терапевтических направлений.

К медицинскому или медико-биологическому аспекту прививок мы будем возвращаться практически во всех главах этой книги, поскольку, с моей точки зрения, именно он, а вовсе не философские рассуждения о здоровье и болезни или царящая в прививочном

царстве коррупция, более всего ставит под вопрос разумность вакцинации.

Даже у тех родителей, кто, благодаря многолетней пропаганде, искренне верит, что натуральная оспа была искоренена прививками, вызывает большие сомнения необходимость бездумного перенесения опыта борьбы с таким тяжёлым, а нередко и смертельным недугом, как натуральная оспа, на такие вполне безобидные детские болезни, как корь или свинка, не говоря уже о краснухе или ветрянке.

Эти болезни оставляют стойкий, обычно пожизненный иммунитет, в то время, как **иммунитет прививочный — довольно быстро исчезает**, причём, исчезает тем быстрее, чем реже встречается заболевание (об этом мы также будем говорить в дальнейшем), и, таким образом, болезнь отодвигается из детского возраста, когда она практически всегда безопасна, в подростковый и взрослый, когда её последствия могут быть неизмеримо более серьёзны.

Вне чисто **коммерческих интересов**, неизменно присутствующих во всём, связанном с прививками, логику такого «обмена» болезней в детском возрасте на болезни во взрослом возрасте понять невозможно, если вновь не вспомнить о концепции коллективного иммунитета.

Страдающие от осложнений детских инфекций — это почти всегда дети с тяжёлыми фоновыми заболеваниями иммунной системы; очень часто прививки им категорически противопоказаны.

Именно они дают тот самый процент осложнений и даже смертей при заболеваниях, которым **вакцинаторы любят запугивать родителей**, не уточняя при этом, о каких именно детях идёт речь.

Массовое прививание призвано ликвидировать циркуляцию возбудителей болезней в человеческом коллективе и, следовательно, снизить для больных детей шанс инфицирования и последующих осложнений.

Таким образом, здоровые дети должны подвергнуться риску дважды: сначала рискуя получить осложнения от вакцинации (как немедленные, так и отсроченные, о которых мы пока очень мало

знаем), а потом — болезнь в том возрасте, когда она неизмеримо опаснее.

Вряд ли многие родители, будь они информированы, согласились бы рисковать здоровьем своих детей.

Производство вакцин и прививание являются весьма обременительными, не сказать разорительными, статьями расходов бюджета на здравоохранение, и **за всё это платит, разумеется, налогоплательщик.**

Для иллюстрации: прививание одних лишь школьников, и только от гепатита В, в 1994 г. в провинции Онтарио потребовало **396 млн. долларов**, а во всей Канаде — свыше **1 млрд. долларов**, и это, заметим, лишь «чистая» цена вакцины, не включающая транспортировку, создание постоянной «холодовой цепи», проверку сероконверсии (выработки антител), ведение дел в судах о выплате компенсаций пострадавшим от прививок и сами компенсации [Город Творцов](#).

Даже учитывая значительно меньшую стоимость вакцин в менее развитых странах, читатели могут представить себе размеры затрат на прививки. И это — в то время, когда, например, в России далеко не везде медики располагают одноразовыми медицинскими инструментами, в больницах отсутствуют лекарства, для пациентов не находится постельного белья [Город Творцов](#) ...

За успокоительными разговорами о важности профилактики, деньги, которые могли быть вложены в реальное улучшение здравоохранения (в том числе и в лучшее лечение инфекционных больных), перекачиваются в карманы производителей и распространителей вакцин.

Прививание детей рождает не только проблему сдвигания болезни в неблагоприятный для больных возраст, но и другую, также очень важную.

Привитые в детстве, **девочки лишаются возможности** приобрести пожизненный иммунитет к инфекционным болезням и передать его с молоком или через плаценту своим будущим младенцам, поскольку прививочного иммунитета к фертильному возрасту очень часто не обнаруживается.

Дети, не получающие материнские антитела, оказываются не защищёнными перед болезнями, опасными в раннем младенческом возрасте — том самом возрасте, в котором, в допрививочную эру, малыши были защищены.

Единственным выходом, с точки зрения вакцинаторов, является непрерывное снижение возраста прививаемых и количества противопоказаний *ad absurdum* [Город Творцов](#).

Особый разговор должен идти о научном обосновании полезности прививок. И здесь имеются **серьёзные проблемы**.

Стремительное развитие иммунологии всё более склоняет учёных к мысли о том, что иммунная система устроена гораздо сложнее, чем это предполагалось в те времена, когда в конце XIX — начале XX в. энтузиасты мастерили «на ура» всё новые прививки от всех существующих болезней.

Сейчас уже понятно, что антитела, выработку которых должны стимулировать вакцины, не только не единственный, но часто даже и не главный механизм защиты человека.

Только отлаженная работа невероятно сложной системы, всех её звеньев на всех уровнях, позволяет человеку оставаться здоровым или переносить болезни с минимальным для себя ущербом.

Противоестественное парентеральное проникновение в организм сложного биокомплекса, в котором присутствуют тяжёлые металлы (**ртуть**), цитотоксические яды (**фенол**), известные канцерогены (**формальдегид**), **алюминий**, загрязнители вакцин (например, микоплазмы или вирусы человека либо животных), вызывает очень большие сомнения, относительно безопасности такого мероприятия.

**Постоянный и противоестественный «иммунный стресс»**, повторяющиеся «удары» по развивающейся иммунной системе могут считаться совершенно безобидными, лишь в пропагандистской прививочной литературе.

Стремительно растущая заболеваемость детей астмой и различными аллергиями, не говоря уже об онкологических и аутоиммунных болезнях, — лучшее свидетельство того, как природа

реагирует на бездумное и безответственное вмешательство человека в установленные ею законы.

Вот, что пишет, например, в своём письме в Российский национальный комитет по биоэтике онкоиммунолог проф. **В.В. Городилова**:

«Какими бы временными ни были формы иммунопатологии, все они сводятся к нарушению баланса Т-клеточных систем, приводя функционально и структурно к многочисленным расстройствам в здоровье ребёнка.

Запас лимфоцитов постепенно истощается, и организм оказывается беззащитным перед различными антропогенными факторами. Человек стареет раньше своего времени.

Физиологическое, естественное старение — процесс постепенного затухания, увядания всех звеньев иммунной системы.

**Вакцины же, ускоряют, подстёгивают процесс «расходования» лимфоцитов**, искусственно приводя организм человека к **преждевременному старению**, отсюда старческие болезни у молодёжи.

В онкологии основополагающим служит дисбаланс между скоростью иммунного ответа и опухолевым ростом. Нарастание онкозаболевания опережает скорость размножения реагирующих на него лимфоидных клеток, направленных, кроме того, на борьбу с непрерывно поступающими антигенами — вакцинами» [Город Творцов](#).

С этой точкой зрения вполне согласна проф. **Р.С. Аманджолова**, в прошлом главный акушер-гинеколог Казахстана:

«При каждой прививке — введении антигенов, минуя наружные барьеры, мы забрасываем в цитадель нашего организма троянского коня, многочисленные вражеские войска. Человек с рождения не менее двадцати раз подвергается такому коварному нападению.

При этом, он переболевает, хотя и в ослабленной форме, заболеваниями, вызываемыми введёнными вирусами и бактериями, большинством из которых, в естественных условиях, он никогда бы и не заразился.

При столь изнурительной борьбе, гибнут и собственные клетки крови. **Организм быстро изнашивается**, развивается дефицит

ферментов...

Вот почему ряд симптомов, свойственных старческому возрасту, к примеру склерозирование тканей, онкологические заболевания, развиваются рано. Они являются следствием дефицита антител и ферментов, характерного для пожилых людей.

Подвергаемые постоянным нападкам изнутри, клетки иммунной системы сами становятся агрессорами. Они начинают уничтожать клетки собственного организма и даже ведут к развитию иммунодефицита — **СПИДа**» [Город Творцов](#).

В своём докладе, прочитанном в марте 1976 г. на семинаре, финансируемом Американским обществом по изучению рака (*American Cancer Society*), профессор вирусологии **Роберт В. Симпсон** заявил:

«Программы прививок против гриппа, кори, свинки, полиомиелита и т.д. могут, на самом деле, засеять людей РНК (рибонуклеиновой кислотой. — А.К.), формирующей скрытые провирусы в клетках организма.

Эти скрытые провирусы могут ... играть роль в развитии таких болезней, как рассеянный склероз, ревматоидный артрит, системная красная волчанка, болезнь Паркинсона и, возможно, рак» [Город Творцов](#).

На той же конференции с докладом, содержащим аналогичные выводы, выступил вирусолог **Венделл Д. Винтере** из госпиталя при университете Лос-Анджелеса [Город Творцов](#).

Американский исследователь д-р **Харрис Л. Култер** написал целую книгу, в которой показал, что стремительно растущее число преступлений, совершаемых против личности, гиперактивность, неспособность к обучению, из-за проблем с концентрацией внимания, дислексия и пр. могут иметь связь с, так называемым, **постэнцефалитным синдромом** — хроническим вялотекущим воспалением головного мозга, **вызванным вакцинами**, в первую очередь — против коклюша [Город Творцов](#).

Им же, в соавторстве с матерью ребёнка, искалеченного прививкой, **Барбарой Л. Фишер**, нынешним директором американского Национального центра информации о прививках, была написана другая обстоятельная книга о прививке DPT (АКДС), в

которой была дана следующая приблизительная оценка: **12 000** случаев тяжёлого поражения нервной системы и **1000** случаев младенческих смертей, списываемых властями на синдром внезапной детской смерти (СВДС) в США ежегодно [Город Творцов](#).

Хотя сами авторы считают это число заниженным, пусть даже оно будет в несколько раз завышенным — всё равно, эта статистика ужасает.

Это, всего лишь, несколько примеров. В книге я буду неоднократно цитировать различных учёных и специалистов, открыто высказывающихся против некоторых прививок или вакцинаций в целом.

Но их мнение игнорируется теми, кто имеет свои доходы от прививок, читай — власть имущими.

Даже если не говорить о бесчисленных постпрививочных осложнениях и болезнях, становящихся возможными, вследствие угнетения иммунной системы в «поствакцинальном периоде», **большие сомнения** вызывает и польза прививок, как процедуры, призванной снизить число серьёзных детских заболеваний.

Очень часто приходится слышать, что детские инфекционные болезни, возможно, безопасны, при своём обычном течении, но *могут быть опасны своими осложнениями* — например, **энцефалитами**.

Однако исследования показывают, что при снизившемся количестве энцефалитов, связанных со свинкой, корью и краснухой, ныне **возросло число энцефалитов**, связанных с хламидиями, вирусами простого герпеса, ветряной оспы и Эпштейна-Барра, энтеровирусами, респираторными вирусами и пр., так что, общее число энцефалитов осталось неизменным, да и случаться они стали в более раннем возрасте [Город Творцов](#).

Лишний раз подтверждается, что «природа не терпит пустоты»: общее число опасных болезней или осложнений, предотвратить которые призваны прививки, остаётся всё тем же, да ещё дополнительно следует учесть осложнения, как непосредственный результат самой процедуры прививания.

Тревогу вызывает и **беспрерывное появление новых** и, при этом, **крайне опасных инфекционных болезней**, что некоторые исследователи связывают с вытеснением прививками вполне доброкачественных и привычных человечеству недугов.

Российский авторский коллектив пишет:

«Приходится констатировать, что, совместными усилиями, человечеству в XX в. **удалось ликвидировать только одну инфекцию** — натуральную оспу и **получить 36 новых инфекций**. Это, безусловно, неутешительная статистика» [Город Творцов](#).

Перейдём теперь к этическим аспектам прививок.

Многие родители были бы возмущены, узнав, что вакцины традиционно испытываются на самых незащищённых и обездоленных — детях из приютов или детях беднейших слоёв населения, а также, на военнослужащих.

Были случаи, когда **уже показавшие себя опасными вакцины** (например, коревая, при её массовом использовании в Англии) преспокойно передавались в развивающиеся страны — не пропадать же добру! — где они **продолжали калечить детей**.

Ряд современных вакцин (например, от краснухи и ветряной оспы) готовится на тканях abortированных плодов, но родителям не сообщают об этом, иначе религиозные убеждения не позволили бы многим дать согласие на прививку такими вакцинами своим детям или себе.

Очень существенной этической проблемой является дилемма, которая встаёт перед врачом, работающим в государственной системе.

**Многие медики**, будучи неплохо осведомлены о *несомненном* *вреде* и очень сомнительной пользе прививок, **не прививаются сами и не прививают своих детей**.

Однако, будучи наёмными работниками государства, они должны выполнять предъявляемые к ним требования — добиваться максимального прививания, ради коллективного иммунитета, т.е., делать то, что *противоречит их собственным убеждениям*.

Такая ситуация не укладывается не только в какие-то специфические медицинские, но и в элементарные

общечеловеческие нормы морали, которые очень точно сформулировал мудрец раби **Гилель** в ответе на вопрос о том, можно ли уложить весь смысл Библии в одну фразу: **«Не делай другому то, чего не желаешь себе»**.

Для продвижения вакцин на рынке и для достижения необходимого «охвата» применяются самые отвратительные и недостойные методы, в первую очередь, **запугивание родителей**.

В начале XX в. известный русский педиатр **Нил Филатов** писал: «Если посмотреть, как наше общество относится к опасностям заразить своих детей инфекционными болезнями, то, к сожалению, нередко можем заметить проявления... панического страха в более или менее резкой форме... А ведь, эта постоянная мысль и забота, как избежать возможности заразить себя и детей, ведёт к непрестанному напряжению нервов, к волнениям, к постоянному ограничению свободы детей и в пользовании прогулками, воздухом и в диете <sup>Город</sup> <sup>Творцов</sup> ...»

Большинство из реально существовавших тогда опасных болезней (например, натуральная оспа, брюшной тиф, холера), для нынешних родителей, относится, скорее, к области преданий, но спокойной жизни им всё равно нет: вакцинируют продолжают усердно раздувать родительские страхи и перед такими болезнями, *которые раньше никто и не помышлял назвать серьёзными* — свинка, корь, ветряная оспа, не говоря уже о краснухе.

**Родителей терроризируют** постоянными звонками из детских поликлиник с требованием прийти и сделать прививку, непривитых детей отказываются принимать в ясли, сады и школы.

Ещё один аспект массовых прививок — это властвующая в мире прививок **разнузданная коррупция**, которая в «политически корректной» англоязычной печати называется **«конфликт интересов»**.

Уникальность прививочной процедуры — ещё и в её массовости. Даже самая распространённая болезнь, всё-таки, ограничена числом болеющих ею.

Такого ограничения для прививок нет, поскольку они делаются всем здоровым, часто относительно здоровым, а теперь уже и

больным.

Кроме того, опасность распространения инфекции требует надзора государственного аппарата; соответственно профилактика уже начинает рассматриваться, как общегосударственная задача [Город Творцов](#).

Неизбежно возникает совпадение интересов производителей вакцин и государственных чиновников различного ранга, в том числе и от медицины — различных «эпидемиологов» и «специалистов по детским инфекционным болезням».

Такое совпадение интересов столь же неизбежно выливается во взятки (прямые или опосредованные научными грантами, стипендиями, ценными подарками, приглашениями на «конференции» на известных курортах), протекционизм на всех уровнях и борьбу с прививочным инакомыслием, угрожающим доходам производителей вакцин [Город Творцов](#).

Показательно, что, за исключением прививки от натуральной оспы (см. главу о натуральной оспе этой книги), практически ни одна вакцина, однажды попав в прививочный календарь, его не покинула (несколько вакцин, например, в Швеции и Японии не использовались несколько лет, но потом возвращались в календарь опять в модифицированном варианте), вне зависимости от того, какова эпидемиологическая обстановка — ставятся задачи сначала снизить заболеваемость, потом ликвидировать болезнь, а потом поддерживать иммунитет в отсутствие естественного возбудителя (об этом речь будет идти, например, в главе о кори — ликвидировав в Финляндии корь, там теперь боятся её завоза извне или... её использования, в качестве биологического оружия!).

Получается, что, как только появляется некая прививка, она фактически приходит навсегда. **Список прививок растёт** и, соответственно ему, **растут доходы производителей** и распространителей вакцин, прививочных «экспертов» и прочей, кормящейся вокруг вакцин, публики.

**Здоровья у детей — всё меньше**, тяжёлых болезней, встречающихся во всех возрастах, — всё больше, причём и таких,

которые раньше встречались исключительно редко, если не сказать — были казуистичными (например, аутоиммунные заболевания).

Да практически никто и не стремится изучать связь прививок с ними (во всяком случае, «специалисты в вакцинологии» — последние, кто выказывает такой интерес).

Прививки являются великолепной питательной средой, на которой растут «научные исследования» уровня, на котором их выполнение доступно даже пятикласснику: берётся экспериментальная вакцина и вводится группе детей или солдат, затем измеряются появившиеся антитела — и готова публикация или диссертация [Город Творцов](#).

**Противоестественное слияние частных интересов и государственной власти** угрожает не только противникам прививок, но и самым, что ни на есть, законопослушным гражданам, охотно идущим на прививки, поскольку, при фантастических доходах, лишь признание самого факта осложнений вакцинации становится крайне нежелательным, как посеяющее сомнения в безопасности этой процедуры.

При этом, не имеет значения, гарантирована или нет компенсация за нанесённый прививками ущерб — система должна обеспечить свои доходы и в будущем, а они напрямую зависят от степени общественного доверия к самой процедуре прививания [Город Творцов](#).

Хорошим примером может служить история **американской программы компенсаций пострадавшим от прививок**. Разработать и ввести в действие эту программу обязаны были чиновники Департамента здравоохранения и сферы услуг (*Department of Health and Human Services*), согласно Закону о пострадавших от детских прививок, принятому конгрессом США в **1986 г.**

Закон предусматривал, что программа позволит пострадавшим от прививок (или их родственникам либо опекунам) получать компенсацию без многолетних юридических боёв с производителями вакцин.

Предполагалось, что, с одной стороны, такой механизм позволит получать компенсацию пострадавшим от прививок, принёсшим своё

здоровье или жизнь в жертву на благо всего общества, без обращения в суд, а с другой — защитит интересы производителей вакцин (чтобы те не были разорены исками).

Для первоначальных выплат конгресс ассигновал 600 млн. долларов, а затем программа должна была финансироваться из небольших надбавок на цену каждой вакцины.

Любой, считающий, что его здоровью или здоровью его ребёнка был нанесён вред прививкой, имел право подать иск чиновникам программы; те обязаны были ознакомить с материалом независимого эксперта.

К закону прилагались специальные таблицы, детализирующие, сколько и за какой ущерб следовало платить и что следовало признавать связью прививки и заболевания. Задумано всё это было неплохо, но, **когда дело дошло до чиновников**, получилось, как всегда.

Притом, что закон был принят в **1986 г.**, первое заседание неторопливого совещательного комитета Департамента здравоохранения состоялось лишь в июне **1988 г.**, а программа была запущена в **1989 г.**

Затем, чиновники приступили к систематическому выхолащиванию закона. Хотя, целью последнего была быстрая и гарантированная (*non-default*) компенсация пострадавшим, чиновники Департамента повели настоящую войну на истощение против истцов, затягивая рассмотрение исков на долгие годы (в ряде случаев — **до десяти лет**).

Таблицы немедленно начали «корректировать» в сторону уменьшения количества безусловных указаний на связь прививок и болезней, так что истцам становилось всё труднее доказывать своё право на положенную по закону компенсацию.

Начали сокращаться выплаты на юридическое представительство истца (которые, согласно тому же закону, также должен был обеспечивать Департамент здравоохранения), что привело к тому, что истцы потеряли возможность обращаться к квалифицированным адвокатам и экспертам.

Но, мало всего этого. Вместо того чтобы привлекать, как повелевал закон, для рассмотрения исков независимых экспертов, Департамент здравоохранения стал приглашать **своих собственных карманных экспертов**, которые, понятно, никогда и, ни при каких обстоятельствах, не усматривали связи прививок и последовавшей болезни или смерти, списывая всё на «совпадения».

Хотя конгрессмены предполагали, чаю подавляющее большинство исков будет находить удовлетворение на уровне независимого эксперта и, лишь в исключительных случаях, потребуется разбирательство на более высоком уровне, в действительности всё получилось с точностью до наоборот — лишь в исключительных случаях компенсацию удастся получить на этапе рассмотрения вопроса экспертом.

Почти все, без исключения, иски следуют по инстанции дальше, и тяжбы длятся годами, изматывая пострадавших от прививок или их родственников морально и материально.

**Закон стал лёгкой добычей заинтересованной стороны**, гарантируя неприкосновенность прививочному бизнесу, но реально ничем не помогая его жертвам![Город Творцов](#)

Необходимо здесь ещё отметить, что, с многих точек зрения, **смерть пострадавшего от прививки — намного выгоднее вакцинаторам**, чем его инвалидность.

Во-первых, всегда есть шанс списать смерть на какую-нибудь «случайность», вроде синдрома внезапной детской смерти (СВДС) и вообще избежать выплаты компенсации.

Во-вторых, даже в случае доказанной смерти от прививки, родственники жертвы получают сумму около четверти миллиона долларов, и на этом вопрос считается вполне исчерпанным.

Однако, если речь идёт о необратимом поражении нервной системы, то сумма компенсационных выплат может достигать многих миллионов долларов, которые пойдут на уход за несчастным ребёнком.

Соответственно, затягивание признания связи прививки и наступившей болезни преследует своей целью **просто дождаться смерти пострадавшего, чтобы платить намного меньше**.

Я уже не говорю о том, что об умершем все, кроме его родственников, скоро забудут, **а инвалид будет ещё долгие годы живым свидетельством «эффективности и безопасности» вакцинации**, наводя других родителей на «неправильные» мысли относительно того, стоит ли им подвергать своих детей такому риску.

**Свою долю в прививочном бизнесе** имеют не только производители и высшие чиновники от медицины, но и **практические врачи**.

Так, **британские доктора** получают вполне ощутимую премию, при «охвате» в 70% доступного для прививок контингента и ещё более ощутимую денежную прибавку, при 90% [Город Творцов](#).

И наоборот, в свете недавних массовых отказов британских родителей от прививки **MMR**, из-за её предполагаемой связи с аутизмом и поведенческими нарушениями, Министерство здравоохранения Англии планирует «бить по карману» тех врачей, которым не удаётся убедить родителей в необходимости этой прививки своим детям [Город Творцов](#).

В Новой Зеландии Министерство здравоохранения, через суд, планировало расправляться с акушерками, предупреждающими будущих матерей об опасности прививок [Город Творцов](#).

Поощрение за «охват» существует и в России. Так, Главный государственный санитарный врач России в 1993 г. постановил **«вести экономическое стимулирование медицинских работников** за своевременное проведение и достижение высокого уровня охвата профилактическими прививками» [Город Творцов](#).

Без тени стыда коллектив российских прививателей пишет: **«Для решения задачи 95%-го охвата** профилактическими прививками против полиомиелита детей в возрасте до 3 лет во всех регионах России... **значительно сокращён перечень медицинских противопоказаний**.

В ряде субъектов Российской Федерации успешно применяются меры **экономического стимулирования медицинских работников** за своевременное и полное проведение иммунизации...» (выделено мной — А.К.) [Город Творцов](#).

И наоборот: «...все мы знаем, как наше начальство обычно ругает врачей, у которых многие дети не привиты. Их обвиняют и в равнодушии, и в неумении уговорить мать, и в других недостатках. Зачастую такого врача ругают на общих собраниях в присутствии медсестёр и других врачей. И доктор, естественно, избегает подобной ситуации, тем более, что *о случаях тяжёлых осложнений он ничего не знает* [Город Творцов](#).

Это **«ничего не знает»** приводит нас к ещё одному важному аспекту проблемы.

**Доктора, назначающие прививки, ничего не знают об осложнениях** не потому, разумеется, что их нет, а потому, что **с докторов снята вся ответственность** и последствиями осложнений занимаются совершенно другие люди — например, реаниматологи, врачи приёмных отделений больниц или врачи, работающие в учреждениях для детей-инвалидов, врачи экспертных комиссий по установлению инвалидности, специалисты по реабилитации, работники социальных служб.

Друг с другом они практически не сталкиваются, и правая рука не знает, что творит левая.

Каждый выполняет ту работу, за которую ему платит деньги государство.

**Все звенья системы** — производитель, врач, прививающий детей, врачи служб скорой помощи и пр. — **продуманно разрознены**, так что, **никто не имеет представления об истинном масштабе зла** [Город Творцов](#).

В США, например, врачи-педиатры, по закону, вообще не имеют никакого отношения к последствиям рекомендуемой (или, точнее, навязываемой) ими процедуры.

Всеми прививочными осложнениями занимаются упоминавшиеся выше чиновники Программы компенсаций пострадавшим от прививок.

Вернёмся к премированию врачей за успешный «охват».

**Политика финансового поощрения** — не за качество медицинской помощи, а за количество проведённых процедур — чаще всего **противоречит интересам конкретного индивида**,

поскольку, ради денег (и, соответственно, в угоду теории коллективного иммунитета) стараются добиться невыполнимых цифр «охвата», закрывая, при этом, глаза на противопоказания, и низкое качество вакцин, а также, прививая и больных.

Эта абсурдная практика противоречит и классическому общемедицинскому принципу, согласно которому, врач должен быть заинтересован — как морально, так и материально — *в здоровье доверившегося ему пациента*, а не в количестве мероприятий, полезность которых определяется людьми, далёкими от реального пациента и имеющими в этих мероприятиях свои собственные финансовые интересы.

Кроме того, ***вакцинация одних, ради блага других***, при этом, откровенно в ущерб вакцинируемым (например, уже упоминавшаяся прививка против краснухи) противоречит основополагающему принципу клятвы Гиппократова, на которой, в сущности, построен весь морально-этический кодекс медицины, а именно: *интересы своего пациента — превыше всего*.

Поскольку принятый закон о свободе выбора в прививочном вопросе в России не работает, а родителей и врачей, знающих не понаслышке о неэффективности и вреде прививок становится всё больше, то находится и выход — взятка, за которую врач оформляет документы о проведённых вакцинациях.

Так одна коррупция рождает другую, и вовлечённым в эту бесконечную игру в «прививочную защиту от болезней» оказывается всё общество, лишней раз убеждающееся в том, что всё решают только деньги и личные связи, но, отнюдь, не закон.

Тем не менее, и работающий в полную силу закон не в состоянии решить даже существенную часть из описанных в этой главе проблем.

Дело — не в законе, не в технологических ошибках в процессе производства вакцин, не в алчности их производителей и распространителей, и даже, не в зашоренности медиков и населения, которым уже добрые две сотни лет промывают мозги мифами о «безопасных и эффективных» прививках.

**Порочна, противоестественна сама концепция массовой профилактической вакцинации.** Именно это я и стараюсь показать в своей работе.

Если настоящая книга заставит читателя серьёзно задуматься о происходящем в современной медицине и подтолкнёт его к поиску естественных путей сохранения и укрепления здоровья, то я буду считать взятую на себя задачу полностью выполненной.

Некоторые сведения по токсикологии веществ, входящих в состав вакцин Формальдегид Формальдегид (в своей жидкой форме называемый формалином), которым проводится химическая инаktivация используемых в вакцинах вирусов и бактерий, является известным канцерогеном (веществом, вызывающим рак).

Используется в сельском хозяйстве, в качестве гермицида и фунгицида, а также в качестве инсектицида. Проникновение формальдегида в пищеварительный тракт вызывает симптомы тяжелого отравления — сильные боли в животе, рвоту кровью, появление белка и крови в моче, поражение почек, результатом чего становится прекращение отделения мочи, ацидоз, головокружение, кома и смерть [Город Творцов](#).

То, что формальдегид неспособен выполнять возложенные на него функции инаktivации, выяснилось еще в 1950-х годах, когда немало людей пострадало от вакцины Солка (см. главу о полиомиелите). Во взвеси, которую представляет собой вакцина, вирусы частично слипаются и покрываются белковым «мусором», прочность которого формалин в обычной своей концентрации только повышает.

Попадая в организм, белковая оболочка разрушается ферментами, и вирусы выходят на свободу, начиная размножаться в теле привитого и приводя к болезням и даже к смерти. Никакого решения этой проблемы с тех пор найдено не было. Применение формальдегида (формалина) в свете его неэффективности в инаktivации инфекционных агентов и его прекрасно документированной способности вызывать отравление организма не имеет никакого оправдания и отражает лишь нежелание

производителей вакцин разрабатывать новые технологии, когда государство, навязывая их продукцию, гарантирует им отличные доходы от старых. Исследований, показывающих безопасность присутствия формальдегида в составе вакцин, не существует.

ФенолВысокотоксичное вещество, получаемое из каменноугольного дегтя. Способен вызывать шок, слабость, конвульсии, поражение почек, сердечную недостаточность, смерть [Город Творцов](#).

Фенол является известным протоплазматическим ядом, он токсичен для всех без исключения клеток организма. Он подавляет фагоцитоз и соответственно первичный иммунный ответ.

Таким образом, вакцины, содержащие фенол, на самом деле не усиливают, а ослабляют иммунитет, причем самое важное его звено — клеточное. Фенол содержится также в препарате ежегодно проводимой в российских школах пробы Манту.

Вакцины, с одной стороны, «вбрасывают» в организм патогены, а с другой — своими токсическими составляющими лишают его возможности против них обороняться. Исследования, которые могли бы продемонстрировать безопасность введения фенола и безопасность его аккумуляции в детском организме, никогда не проводились.

АлюминийСОЛИ алюминия применяются в вакцинах в качестве адъювантов (веществ, усиливающих и продлевающих иммунный ответ на введение антигенов).

Предполагается, что именно наличие солей алюминия ответственно за развитие 5-10% местных реакций на введение вакцин, а остающиеся свыше шести недель подкожные узелки в месте инъекции указывают на развитие сенсibilизации к алюминию [Город Творцов](#).

При этом, подкожные узелки и сильный зуд могут продолжаться годами, фактически превращая ребенка в хронически больного [Город Творцов](#).

Отложение алюминия и sensibilization к нему могут становиться причиной системных реакций, например хронических миалгий, поддающихся лечению с большим трудом [Город Творцов](#).

Самые последние исследования связывают, так называемый, синдром войны в Персидском заливе — тяжелое заболевание, развившееся у многих солдат сил коалиции, принимавших участие в войне 1991 г., — с многочисленными содержащими соли алюминия прививками, полученными военнослужащими перед началом кампании [Город Творцов](#).

Исследования показывают, что длительный контакт солей алюминия с тканью мозга приводит к невозможности обучения и деменции, что было продемонстрировано в экспериментах на животных. При этом было показано и то, что вводимый с вакцинами алюминий проникает в мозг и по меньшей мере временно остается там [Город Творцов](#).

Алюминий был обнаружен в мозге умерших от болезни Альцгеймера [Город Творцов](#). Никто и никогда не изучал безопасность введения солей алюминия в составе вакцин.

Ртуть Одно из самых токсичных среди существующих в мире химических веществ. Используется в вакцинах и сыворотках, в качестве консерванта, (т.е. призвано защищать биологические препараты от загрязнения микроорганизмами), находится в составе сложных солей (мертиолята — в России, тиомерсала — в западных странах).

Особенно токсична ртуть для тканей мозга, почек и печени. Подробнее о ртути см. главы о коклюше и кори настоящей книги.

О натуральной оспе, и не только: с чего всё начиналось История прививок и прививочных мифов берет свое начало в истории прививок против натуральной оспы, поэтому я счел необходимым посвятить этой болезни целую главу [Город Творцов](#).

Предполагается, что вирус натуральной оспы человека [Город Творцов](#) появился за 10 тыс. лет до н.э., в силу неизвестных причин

эволюционировав от сравнительно безобидного вируса животных, одомашненных человеком.

Несмотря на все еще встречающееся не только в научно-популярной, но и в серьезной научной литературе утверждение, что натуральная оспа в качестве крайне опасного недуга известна человечеству уже много тысяч лет (некоторые энтузиасты даже готовы считать наличие непонятных шрамов на лицах нескольких мумий серьезным научным доказательством присутствия оспы в Древнем Египте), достоверных сведений о том, что эта болезнь серьезно беспокоила человеческое сообщество до начала новой эры, не имеется. Приводимые в качестве примеров некоторые эпидемии древнего мира (например, эпидемия, описанная Фукидидом, случившаяся в Афинах во время Пелопоннесской войны), а также упоминаемые в Библии были, вероятнее всего, эпидемиями чумы или тифа.

Кроме скудости исторических источников и описаний, не позволяющих сделать однозначного вывода о природе встречавшихся тогда болезней, необходимо еще помнить и о том, что распространение натуральной оспы может поддерживаться лишь в достаточно больших и живущих скученно человеческих коллективах, каких в древности было совсем немного.

Мы достоверно знаем, что натуральная оспа появилась в Китае в III в. н.э.; там же, вероятно, впервые в истории человечества начались и поиски средств для ее предотвращения. Из Китая оспа попала в Индию, а оттуда - на Ближний Восток, где она впервые стала известна в VI в. н.э.

Внезапно появившись в войсках абиссинцев во время осады Мекки в 569 или 571 г., она заставила их снять осаду и оставить поле боя. Тот же путь, но значительно позже проделал и метод инокуляции [Город](#) [Творцов](#), или профилактического заражения посредством внесения оспенного гноя, который практиковался в Поднебесной империи среди знати уже с X в. неким кланом профессиональных инокуляторов.

Широкой публике этот метод стал известен только в XVI., а в XVII в. он уже был широко распространен среди китайцев. В Индии

проведение инокуляций было обязанностью особой группы браминов [Город Творцов](#) и являлось частью ритуала поклонения богине оспы Мате (так мыслилось смягчить ее нрав и спастись от заражения натуральной оспой).

Первое точное описание натуральной оспы было дано только в X в. знаменитым иранским ученым-энциклопедистом и врачом Рази (865-925 или 934), отметившим мягкий и довольно безопасный характер этой болезни.

В Европу натуральная оспа попала с возвращающимися с Ближнего Востока крестоносцами и до самого конца XVI в. не представляла собой серьезной проблемы, будучи довольно доброкачественной болезнью младшего детского возраста [Город Творцов](#).

Связано это было, очевидно, с преобладанием «мягкой» разновидности оспенного вируса, называемой *variola minor*, дающей смертность менее 1% и оставляющей печально известные оспенные рубцы в менее чем 5% случаев.

С конквистадорами оспа попадает в Америку, где в среде генетически весьма отличного от европейцев населения производит настоящие опустошения (впрочем, смертельными для коренного населения обеих Америк оказались и корь, и свинка).

В конце XVI — начале XVII в. характер оспы в Европе изменился в худшую сторону, что было вызвано появлением на сцене другой, намного более опасной, вирулентной разновидности оспенного вируса - *variola major*, — дающей смертность до 30%.

Начались оспенные эпидемии, уносившие все больше жертв, что и вызвало активные поиски средств предохранения от этой болезни в Европе. Детям надевали одежду больных мягкими формами оспы, а в детские колыбели клали овечьи шкуры, пропитанные гноем из оспенных пузырьков.

Устраивались и «оспенные вечеринки», на которые приводили не болевших оспой детей для того, чтобы они могли заразиться от больного мягкой формой и получить невосприимчивость к болезни.

Здесь, однако, следует отметить, что натуральная оспа не принадлежит к числу тех болезней, перенесение которых

обеспечивает пожизненный иммунитет, как это обычно бывает в случае кори, свинки или краснухи, но все же дает защиту на некоторое время от повторной атаки болезни.

С Ближнего Востока практика инокуляции попала в Османскую империю и в конце XVII — начале XVIII в. этот метод стал известен европейцам.

В самом конце 1717 или начале 1718 г. жена посла Англии в Константинополе, Мэри Уортли Монтегю (1689-1762), сама недавно перенесшая оспу в тяжелой форме и потерявшая из-за неё двадцатилетнего брата, решила подвергнуть процедуре инокуляции своего пятилетнего сына, а в 1721 г. — ещё и маленькую дочь, уже в Англии.

Эти процедуры закончились благополучно, и леди Монтегю обратилась к принцессе Уэльской, Каролине, предлагая ей тем же образом защитить ее детей и способствовать дальнейшему распространению инокуляций.

Принцесса известила о своем намерении мужа, короля Георга I, а тот повелел провести дополнительный эксперимент. Шести заключённым Ньюгейтской тюрьмы, приговорённым к смерти, было предложено помилование, взамен на согласие участвовать в эксперименте.

Всем шести была инокулирована натуральная оспа. Пятеро заболели легкой формой болезни, а ещё у одного, ранее предположительно перенесшего оспу, никакой реакции не последовало вообще.

Эксперимент был расширен за счет пяти младенцев-сирот в возрасте от пяти до четырнадцати недель [Город Творцов](#). Его результаты также были сочтены успешными, и тогда принцесса Уэльская решила инокулировать двух своих дочерей. И здесь всё прошло гладко.

Однако уже осенью того же, 1721 г. последовало несколько смертей инокулированных от привнесенной им натуральной оспы и, кроме того, умерли несколько человек, заразившихся оспой от инокулированных.

Мода на инокуляции, так и не установившись, к концу 1720-х годов полностью исчезла - как вследствие очевидной опасности оспы для инокулированных и для контактировавших с ними, так и вследствие сомнительной пользы самой процедуры (были зарегистрированы случаи, когда вроде бы успешно инокулированные позднее заболевали оспой, причем в самой тяжелой форме).

Оживление инокуляционной практики пришлось на начало 1740-х годов, когда появились новые, более безопасные методы инокуляции. Гной для инокуляции брали теперь не из пустул больного оспой, а из пустул, образующихся у здорового привитого.

Впоследствии усовершенствовали и этот метод - брали уже даже не гной из созревшей пустулы, а лишь воспалительный экссудат в самом начале формирования пустулы. Этот метод был назван по имени предложившего его английского инокулятора Даниэля Саттона (1735-1819).

Хотя защитная сила этой процедуры также вызывала очень большие сомнения, процедура стала намного более безопасной. Уменьшилось количество как пострадавших инокулированных, так и заразившихся от них.

В 1768 г. российская императрица Екатерина II пригласила инокулятора Томаса Димсдэйла [Город Творцов](#) (1712-1800), незадолго до того ставшего учеником и последователем Саттона, и он сделал инокуляции по Саттону ей и ее сыну Павлу, за что был пожалован титулом барона, 10 000 фунтами стерлингов на месте и еще 500 фунтами ежегодной ренты (вернувшись в Англию, разбогатевший Димсдэйл стал банкиром в Корнхилле).

Своим указом Екатерина объявила инокуляции обязательными. Насилие, сопровождавшее инокуляции, и эпидемии, за ними следовавшие, становились причиной крестьянских «оспенных» бунтов, беспощадно властями подавлявшихся.

Несмотря на активную пропаганду инокуляций (в 1754 г. Королевская коллегия врачей Британии даже объявила их «великой пользой для человеческой расы»), большого влияния на оспенные эпидемии инокуляции не оказали.

Число инокулированных оставалось сравнительно небольшим, а регулярно вспыхивавшие вслед за инокуляциями эпидемии (не говоря о все же отмечавшихся, несмотря на все предосторожности, случаях заболевания и смерти инокулированных) ставили под большой вопрос целесообразность этого мероприятия.

После смерти нескольких высокопоставленных особ, в 1762 г. инокуляции были запрещены в Париже. К концу XVIII в. инокуляции повсеместно стали проводиться редко.

В это время на сцене появилось новое действующее лицо - английский хирург и аптекарь Эдвард Дженнер (1749-1823) из местечка Беркли в графстве Глостершир.

Ранее с помощью личных связей и весьма сомнительной по качеству научной работы, посвященной жизни кукушек, в которую он к тому же вставил собственные выдумки (и поэтому был вынужден ее срочно отзывать и переделывать), он приобрел титул FRS (член Королевского общества).

Несколькими годами позднее, воспользовавшись двумя рекомендательными письмами и заплатив 15 гиней, он купил титул MD (доктор медицины) в шотландском университете Сент-Эндрюс.

Сам Дженнер никогда не изучал медицину в рамках академических учреждений, а право на работу хирургом он получил после обучения сначала у местного деревенского хирурга по фамилии Людлоу, а потом у видного лондонского хирурга и естествоиспытателя Джона Хантера (1728-1793).

В конце 1780-х годов до Дженнера дошли бродившие по соседнему Дорсетширу слухи о том, что болезнь, именуемая коровьей оспой, способна защитить от оспы натуральной.

В 1777 г. дорсетширский фермер Бенджамин Джастис (? -1816) внес швейной иглой содержимое пузыря коровьей оспы двум своим детям и жене, для которой позднее пришлось вызывать врача, чтобы ликвидировать последствия этой «профилактики».

Дженнер попытался выяснить у коллег, соответствуют ли действительности слухи о такой защите от оспы.

По имеющимся сегодня в распоряжении историков сведениям, он получил однозначный ответ, как от врачей, так и от ветеринаров,

знакомых с этой болезнью, что «защита» - обычная сельская выдумка, за которой не стоит ничего серьезного.

Коровьей оспой называлась тогда болезнь сосков коровьего вымени, возникавшая в период лактации, обычно весной или летом, как правило, при грубом доении коров. Ее не бывало ни у быков, ни у телят, ни у телок. При ней возникали крупные пузыри (пустулы), позднее наполнявшиеся гноем, причинявшие животным немало беспокойства и приводившие к снижению удоя.

При контакте с пустулами коровьей оспы болезнь могла перейти на руку дояра или доярки, приводя сначала к образованию аналогичных пустул, а потом упорных изъязвлений, требовавших лечения. Эту болезнь, как сообщили Дженнеру его коллеги, с человеческой натуральной оспой не роднило ничего, кроме названия (которое, вероятно, и стало причиной появления слуха) да очень отдаленного сходства высыпаний на везикулярной стадии.

Однако, получив такие ответы, Дженнер ничуть не успокоился. Не имея в своем распоряжении коровьей оспы (далее мы еще будем говорить о крайней редкости этой болезни), в 1789 г. он внес под кожу своего полуторагодовалого сына гной из пузырька на шкуре свиньи (Дженнер считал, что это свиная оспа), а потом инокулировал его последовательно пять раз, убедившись (с его собственных слов), что инокуляция «не берется».

Возможно, вся эта история закончилась бы благополучно, не повтори Дженнер инокуляцию через два года. Развилось сильное рожистое воспаление руки, потребовавшее самого энергичного лечения. Хотя ребенок от рожистого воспаления излечился, после этого случая он превратился в хилое, болезненное существо, страдавшее умственной отсталостью. В возрасте 21 года он умер от туберкулеза.

Для Дженнера, опубликовавшего немного позднее, в 1801 г., свою очередную выдумку, что он занимается проблемой коровьей оспы без малого 25 лет [Город Творцов](#), не составило бы никакого труда набрать богатую коллекцию сообщений о том, что некогда болевшие коровьей оспой позднее заболели оспой натуральной или что

попытка их инокулировать приводила к абсолютно тем же результатам, что и у тех, кто коровьей оспой никогда не болел.

Однако он отыскал двенадцать случаев, когда перенесшие (по их собственным словам) много лет назад коровью оспу позднее оказывались нечувствительными к инокуляции или не заражались натуральной оспой во время очередной ее вспышки.

Кроме того, 14 мая 1796 г. он провел эксперимент над другим ребенком, на этот раз чужим. Несколькими надрезами ланцетом он в присутствии свидетелей внес под кожу восьмилетнему Джеймсу Фиппсу, сыну своего садовника, содержимое пустулы с руки доярки Сары Нельме, заразившейся коровьей оспой.

Эта первая ставшая широко известной прививка осталась, со слов Дженнера, без серьезных последствий<sup>Город Творцов</sup>, а шестью неделями позднее он ребенка инокулировал.

Несмотря на то, что на самом деле Дженнер получил у него абсолютно всё, что получается при стандартной инокуляции по Саттону (несколько пустул, за которыми последовала короткая лихорадка), он почему-то решил, что инокуляция не удалась и это подтверждает его предположение, что коровья оспа защищает от оспы натуральной.

Научный багаж в 12 наблюдений и один эксперимент над Фиппсом<sup>Город Творцов</sup> были представлены в статье, отправленной Дженнером в Королевское общество, ранее поместившее в своих трудах дженнеровскую статью о кукушках. На

этот раз, однако, в публикации ему было отказано, так как принять столь убогий материал, без риска стать предметом осмеяния, было очевидно невозможно, хотя Дженнер и имел многолетние личные связи с президентом и секретарем общества<sup>Город Творцов</sup>.

Дженнер был вынужден примириться с временной неудачей. В 1798 г. он продолжил свои опыты. Теперь он начал экспериментировать с гноем, выделявшимся из воспаленной лошадиной бабки при болезни, называемой лошадиным мокрецом.

Дженнер считал, что именно этот материал, переносимый руками конюхов на коровье вымя, и является источником настоящей коровьей оспы.

Первый же объект его экспериментов — пятилетний мальчик по имени Джон Бейкер, которому Дженнер 16 марта 1798 г. внес жидкость из язвы на руке конюха, заразившегося лошадиным мокрецом, скончался от сепсиса, вызванного инфицированным материалом [Город Творцов](#).

Кроме него, Дженнер заразил лошадиным мокрецом еще нескольких детей, некоторым из них потребовалось серьезное лечение из-за упорных гноящихся язв. Нимало не заботясь их судьбой и даже не пытаясь их инокулировать и проверить, имеется ли какая-либо «защита». 24 апреля 1798 г. Дженнер отправился в Лондон публиковать сенсационные результаты.

Там он, в конце июня того же года, за свой счёт выпустил брошюру «Исследование причин и действия Variolae Vaccinae, болезни, обнаруженной в некоторых западных графствах Англии, в частности Глостершире, и известной как коровья оспа», содержащую самые невероятные выдумки.

Так, например, он утверждал, что коровья оспа, перенесение которой не дает никакой гарантии от повторного заболевания ею самой, в то же время защищает на всю жизнь от натуральной оспы.

Ничего подобного история медицины никогда не знала и, разумеется, знать не будет, так как это противоречит всякой логике. Десяток «невзавшихся» инокуляций, сделанных им пожилым конюхам, по их собственным словам перенесшим в детстве коровью оспу, плюс история с «бедным Фиппсом» были представлены им как лучшее доказательство защитной силы последней.

Последовавшие за этим события, не менее фантастические, нежели утверждения Дженнера, навсегда останутся лучшим свидетельством того, что коты — последние, кому должно поручать охрану сметаны.

Многие врачи и хирурги увидели в предложенном Дженнером прививочном бизнесе источник фантастического личного обогащения.

В свете растущей критики со стороны тех немногих врачей и ветеринаров, которые либо были знакомы с обсуждаемым предметом несравнимо лучше Дженнера, либо решили сами

проверить справедливость дженнеровских заявлений и обнаружили, что за ними не стоит ничего серьезного, 36 ведущих врачей и хирургов Лондона 19 июля 1800 г. опубликовали в «Морнинг геральд» своё заявление, в котором торжественно провозглашали, что раз перенесший коровью оспу становится отлично защищенным (perfectly secured) от натуральной оспы и что коровья оспа — намного более мягкая болезнь, чем инокулированная натуральная оспа.

В январе 1801 г. под этим заявлением добавилось еще 30 подписей. Аналогичные заявления были сделаны медиками Йорка, Лидса, Честера, Дарема, Ипсвича, Оксфорда и других крупных городов.

На теоретическом же уровне Дженнером, который сам видел, что ни коровья оспа, ни лошадиный мокрец, ни иной полученный от животных гной не в состоянии защитить от натуральной оспы, было предложено следующее, поистине великолепное по своей простоте, объяснение.

Во второй своей статье, «Дальнейшие наблюдения за Variole Vaccinae или коровьей оспой» (1799), Дженнер объявил, что существует два типа коровьей оспы - истинная и ложная. Истинная - эта та, после прививки которой у пациента нет отвратительных гноящихся язв и он не заболевает натуральной оспой.

В противном случае прививка делалась ложной коровьей оспой. Разумеется, ни единого намека - как же следует различать эти оспы-близнецы, Дженнер не дал - ни в тот момент, ни когда-либо позднее.

Примером похожей аргументации может служить проверка ядовитости грибов: съел и не отравился - значит, были неядовитые, съел и отравился - ядовитые... Очередное дженнеровское открытие было принято с не меньшим энтузиазмом.

Теперь любой случай (а таких было без счета) заболевания натуральной оспой уже получивших «спасительную прививку» можно было преспокойно списать на ложность коровьей оспы.

Хотя кроме в высшей степени сомнительных результатов, полученных при инокуляциях ранее привитых коровьей оспой, никакого серьезного доказательства пресловутой защитной силы не имелось (и вообще реальным испытанием могло быть лишь

состояние здоровья «спасенного» коровьей оспой после несомненного контакта с инфекцией, а не инокуляционные тесты <sup>Город</sup> <sup>Творцов</sup>), на Дженнера посыпались почести.

Он был избран почетным членом нескольких научных академий (о чем предусмотрительно позаботился сам, рассылая свои статьи и свидетельства наличия у него MD, FRS по европейским университетам, чтобы те знали, с какой видной личностью они имеют дело), и отовсюду неслись похвалы и выражения восхищения таким замечательным открытием.

Не осталась в стороне от новомодного увлечения и Россия. Первым из русских врачей прививку коровьей оспы сделал в 1801 г. известный русский хирург, анатом и физиолог д-р Е. О. Мухин (1766-1850) <sup>Город Творцов</sup>.

Как читатели уже могут догадаться, объектом для эксперимента был избран воспитанник приюта, а именно московского Воспитательного дома, которого звали Антон Петров.

После прививки он, по именному распоряжению императора Александра I, получил фамилию Вакцинов. Продолжил дело прививания коровьей оспы в России другой видный медик, хирург Ф.А. Гильтебрандт (1773-1845), уже в 1802 г. успевший выпустить свой хвалебный панегирик на злобу дня - «О прививании коровьей оспы».

Приводя это лишь как факт, замечу, что абсурдна даже мысль о том, чтобы в 1802 г., практикуя прививки в России лишь в течение года, можно было уже настолько убедиться в их спасительной силе, чтобы посвятить брошюру их защите. Убедиться можно было разве что в обратном!

Прививки инфицированной жидкости из гноящихся язв на коровьем вымени как чума распространялись по миру. Мы до сих пор не знаем, и теперь уже вряд ли когда-либо узнаем, чем же именно прививали Дженнер и его последователи своих пациентов в конце XVIII - начале XIX в.

Коровья оспа была редкой болезнью, глицерин как материал, предотвращающий разложение прививочной лимфы, появился лишь во второй половине XIX в., а определение наличия или отсутствия вируса в вакцинах вообще стало возможным лишь к концу первой

трети XX в., когда оспа перестала быть серьезной проблемой развитых стран.

Практически в течение всего XIX века прививаемое вещество переносилось «от руки к руке», как делал сам Дженнер с коровьей оспой и лошадиным мокрецом.

А поскольку первые поставленные на широкую ногу опыты с прививками проводились под руководством д-ра Вильяма Вудвиля (1752-1805) в возглавляемом им Лондонском инокуляционном госпитале, переполненном больными натуральной оспой, то весьма небезосновательны предположения о том, что расходившийся из этого госпиталя материал был инфицирован вирусом самой настоящей натуральной оспы [Город Творцов](#).

Прекрасный пример в подтверждение этого - вспышка оспы в 1800 г. в американском городке Марблхеде неподалеку от Бостона, куда доктор Бенджамин Уотерхауз (1754-1846), первый профессор медицины в США, которого называют «американским Дженнером», привез «чудесную лимфу» из упомянутого выше госпиталя.

По ходу дела отмечу, что никогда больше в зараженном им оспой Марблхеде добрый доктор Уотерхауз не появлялся, не без оснований опасаясь за собственную безопасность, в чем он и сам признавался в письмах собратям по вакцинаторской гильдии. Фактически прививки лимфой из этого госпиталя были ни чем иным, как обыкновенными инокуляциями.

«Американского Дженнера» вся эта история, впрочем, ничуть не смутила - не отказываться же из-за какой-то эпидемии от такого бизнеса! В августе 1802 г. он взял девятнадцать сирот из бостонского приюта (разумеется, откуда же еще брать легко доступный человеческий материал?) и привил их тем, что сам именовал коровьей оспой.

После этого двенадцать из них он инокулировал, причем не по Саттону, а по старому методу, активным гноем из пустулы настоящего больного. Ни у кого инокуляция не «взялась».

Для сравнения он взял двух других приютских питомцев, которые раньше не болели натуральной оспой и не были им привиты, и инокулировал их тем же гноем. К восторгу д-ра Уотерхауза, оба

ребенка заболели самой настоящей натуральной оспой, причем в тяжелой форме.

Из их оспенных пустул он взял гной и инокулировал им всё тех же девятнадцать детей. Для чистоты эксперимента он и поселил всех вместе на двадцать дней - и больных, и здоровых «защищенных».

Поскольку никто из девятнадцати оспой не заболел, Уотерхауз заявил, что он единственный во всей Америке располагает «настоящей, истинно спасительной» лимфой коровьей оспы, яростно нападая на других прививочных дельцов, также пытавшихся зарабатывать на прививках.

Несомненно, Уотерхауз был куда последовательнее и честнее Дженнера в своих экспериментах и неприкрытом алчном стремлении к наживе.

Никакие примеры параллельно регистрировавшихся прививочных неудач и тяжелых осложнений от прививок не могли уже остановить волну слепого восторга. В некоторых странах испытания прививок были чистой проформой (десяток привитых и позднее инокулированных), а в других, например в Дании, прививки бесхитростно рекомендовались... «на основании опыта Англии»! Сам Дженнер, не теряя времени, в 1802 г. обратился в парламент с петицией, в которой требовал вознаградить его за открытие средства, обеспечивающего пожизненную невосприимчивость к натуральной оспе. Для рассмотрения петиции Дженнера был создан специальный комитет, возглавить который вполне предусмотрительно поручили адмиралу Беркли, одному из парламентариев от Глостершира, личному другу своего земляка Дженнера. Хотя перед комитетом свидетельствовали также хирург Бирч и доктора Роули и Мозли, подтверждавшие всю абсурдность доказательной базы «открытия» и приводившие примеры полного провала прививания коровьей оспы, к ним никто не прислушался. Всё, что свидетельствовало против утверждений Дженнера, было списано наложную коровью оспу, а всё, что в их пользу, - приписано истинной. Перед комитетом появились врачи, засвидетельствовавшие, что дженнеровские прививки действительно защищают от натуральной оспы, и не менее чем на всю жизнь, и что Дженнер мог бы сколотить приличное состояние,

если бы сохранил свое открытие в тайне. Комитет, состоявший из полных профанов в науке, отрапортовал в парламент, что «как только новая инокуляция станет всеобщей, она должна полностью уничтожить одну из самых пагубных болезней, когда-либо посещавших человечество». Дженнер получил 10 тыс. фунтов стерлингов (около 2 млн. в нынешних деньгах). Хотя наиболее горячие последователи Дженнера уже предлагали сжигать оспенные госпитали за ненадобностью, начавшаяся в 1804 г. очередная вспышка оспы, захватившая также Шотландию и Уэльс, «обратила очень мало внимания» на чудесное и хорошо оплаченное дженнеровское открытие, успешно поражая как «защищенных» коровьей оспой (в том числе и тех, кого прививал сам Дженнер, уверяя, что делает это материалом истинной коровьей оспы), так и незащищенных. Эта эпидемия дала основание противникам прививок для новых атак на Дженнера. Ожились и приунывшие было инокуляторы во главе с Саттоном. Все шло к тому, что судьбу дженнеровского «открытия» ждет полный крах.

Но Дженнер и здесь не растерялся. Он обратился к своему доброму знакомому, молодому лорду Генри Петти (1780-1863), будущему лорду Лэн-сдауну, который обещал ему свою помощь и не обманул. Королевская коллегия врачей декларациями многих своих ведущих представителей в 1800 - 1801 гг. и парламент премированием Дженнера в 1802 г. уже успели накрепко привязать себя к язвам на коровьем вымени и не могли теперь свернуть с этого пути без опасения сделаться предметом всеобщего осмеяния. Петти бросил спасательный круг врачам, а те вытащили парламент. В июле 1806 г. Петти, ставший министром финансов, отправил королю парламентский запрос, в котором просил монарха разобраться, почему прививки так медленно распространяются в стране. Разумеется, «разбираться» с этим вопросом было поручено врачам, которые прекрасно поняли содержащийся в запросе намек: государство готово было финансировать этот проект. Королевская коллегия врачей создала комитет, пожертвовавший малым во имя спасения главного. В отчете комитета, увидевшем свет в 1807 г., было объявлено, к вящему возмущению Дженнера, что коровья оспа все-

таки не спасает на всю жизнь от оспы натуральной. Вакцинации следовало повторять (что для тех, кто ими занимается, было, разумеется, еще лучше)<sup>Город Творцов</sup>.

Дженнеровские рассуждения о двух коровьих оспах были признаны лжеучением, но сама доктрина о спасительной коровьей оспе - верной. От парламента Дженнер получил еще 20 тыс. фунтов стерлингов.

Дженнеру также дали пост почетного директора Национального прививочного института, созданного в 1808 г. для перекачки государственных денег в карманы медиков, и велели больше ни о чем не беспокоиться.

Глупость и высокомерие Дженнера, лишь множившие ряды противников прививок, делали дальнейшее пребывание в Лондоне «благодетеля всего человечества» нежелательным<sup>Город Творцов</sup>, но намек Дженнер понял лишь тогда, когда все кандидатуры, предложенные им на исполнительные должности института, были отвергнуты.

Он подал в отставку, которая была немедленно и охотно принята; ему искренне пожелали счастливого пути на родину<sup>Город Творцов</sup>. В Лондоне «спаситель» появился лишь еще один раз, в 1814 г., чтобы удостоиться похвалы высокопоставленных персон из числа союзников, праздновавших победу над Наполеоном и реставрацию Бурбонов. В январе 1823 г. он умер от удара в своем Беркли, уже мало кем вспоминаемый. Мавр сделал свое дело, создав чудесный источник для обогащения медицинского сословия, и мог спокойно уйти в лучший мир. Прививки теперь были поставлены на службу всей профессии.

Самым досадным для сторонников прививок во время всей этой активной возни вокруг создававшихся в начале XIX в. прививочных кормушек (в виде финансируемых государством организаций и частного оспопрививательного бизнеса) было, однако, то, что натуральная оспа упорно «не обращала никакого внимания» на успешную и научно обоснованную борьбу с собой.

Вакцинаторы богатели, а вспышка следовала за вспышкой и эпидемия за эпидемией. Публика, увидевшая всю бесполезность

прививок (которые уже превозносились не только как защитное средство от оспы, но и как спасение вообще от всех болезней <sup>Город</sup> <sup>Творцов</sup>), начала потихоньку возвращаться к старым добрым и чуть было не забытым в начале XIX в. инокуляциям.

Уже к 1813 г. возродившаяся инокуляционная практика приобрела такие размеры, что врачи пытались запретить ее с помощью парламента, но попытка оказалась неудачной - законопроект был провален. Прививки не помогали, инокуляций становилось всё больше, и к концу 1830-х годов они уже составляли очевидную конкуренцию прививкам коровьей оспы. Это не могло оставить безучастными вакцинаторов, престиж и доходы которых могли оказаться под угрозой. Ситуация в парламенте изменилась в пользу сторонников прививок, и «Союз меча и орала» - государства и врачей - обратился против невежественной публики и ее невежественных привычек. Уже известный нам Генри Петти, лорд Лэнс-даун, в 1840 г. внес в палату лордов законопроект от имени Медицинской ассоциации, предлагавший запретить инокуляции, так как 1) те сами являются источниками распространения инфекции; 2) есть лучшее, более надежное и безопасное средство против натуральной оспы, а именно прививки оспы коровьей. Помимо прочего высоконаучной ассоциацией было заявлено, что существует «полное сходство между коровьей и натуральной оспой, хотя их симптомы различны», но даже эта откровенная глупость не вызвала при обсуждении в парламенте никакой реакции (что служит лучшим доказательством того, насколько глубоко парламентарии хотели вникнуть в обсуждаемый вопрос). И медики, и законодатели были едины в том, что коровья оспа - благо и спасение, а от инокуляций (как указывалось выше, в 1754 г. провозглашенных Королевской коллегией врачей «великой пользой для человеческой расы») сплошной вред. Не откладывая дела в долгий ящик, в том же, 1840 г. законодатели приняли закон, согласно которому проведение инокуляции каралось месячным тюремным заключением.

Государство согласилось бесплатно финансировать прививки младенцам. Показательно, что это была первая бесплатная медицинская процедура в Британии в государственном масштабе.

Хотя были и честные врачи, видевшие всю абсурдность существующего положения вещей, стремительно набиравшая вес и состояние медицинская профессия была почти едина в своей пропрививочной позиции [Город Творцов](#).

Все это было хорошо, но так как запрещение инокуляции само по себе не предусматривало непременно обращения к альтернативному, «более надежному и безопасному средству», то следовало устранить и этот досадный недочет, сделав прививки обязательными. Медиков становилось всё больше, а натуральной оспы не убавлялось, несмотря на все прививки, и, конечно же, было бы обидно упустить такую простую и очевидную статью дохода. В 1853 г. лорд Литтлтон по невинной подсказке парочки скромных докторов Ситона и Марсона из созданного в 1850 г. Эпидемиологического общества внес частный законопроект, предлагавший сделать прививки младенцам обязательными. На этот раз не потребовалось даже обсуждения - ни общественного, ни парламентского, и Британия легко сделалась первой страной мира, законодательно повелевшей своим гражданам становиться участниками эксперимента по прививанию болезни, о природе и долгосрочных последствиях которой никто не имел ни малейшего представления, а все фантастические успехи в предотвращении другой болезни были чистойшей демагогией, не выдерживавшей минимально объективной научной проверки. Не будь в это дело замешаны огромные деньги, связанные с изготовлением и «контролем качества» прививочных лимф, прививанием пациентов и их осмотром до и после этой процедуры, лечением считавшихся неизбежными осложнений прививок, самым мягким из которых было воспаление места прививки, дженнеровские фантазии привлекли бы не больше внимания, чем появившиеся в той же Англии незадолго до его сочинений «научные исследования» о тотальном омоложении организма с помощью переливания крови [Город Творцов](#) (при этом за добрых сто с лишним лет до открытия Карлом Ландштейнером в 1901 г. групп крови, так что читатели легко сделают вывод о «ценности» и «безопасности» подобных наблюдений и экспериментов).

К разочарованию вакцинаторов, публика, однако, вновь не выказала массового желания ни самой спасаться коровьей оспой от оспы натуральной, ни спасать таким образом своих детей. Неблагоприятные последствия прививок для здоровья и неспособность прививок защищать от оспы были слишком очевидны [Город Творцов](#).

Учитывая, что прививки традиционно делались по способу «от руки к руке», они, помимо прочих приносимых ими неприятностей, были еще и превосходным средством передачи сифилиса, туберкулеза и даже проказы [Город Творцов](#).

Хотя процент прививавшихся и прививавших своих детей увеличился, до необходимого вакцинаторам «охвата» было еще далеко. Кроме того, хотя закон требовал обязательного прививания всех младенцев в возрасте до трех месяцев и предусматривал наказание за невыполнение этого требования, он не обеспечивал четкого механизма применения санкций. Потребовались время и новый закон, назначавший ответственных за кары и дававший им соответствующие полномочия. Такой закон без лишних хлопот провели через парламент в 1867 г. Теперь каждый младенец до трехмесячного возраста и каждый ранее не привитый ребенок в возрасте до 14 лет обязаны были получить прививку под страхом штрафа родителей или тюремного заключения в случае несостоятельности последних либо их отказа платить штраф. Ни уплата штрафа, ни даже отсидка в тюрьме, впрочем, обязательности прививки не отменяли. Родителей могли штрафовать (согласно закону, во все возрастающих размерах) и сажать в тюрьму неограниченное количество раз. Родители также не имели права отказаться от превращения своего ребенка в донора вакцины: по первому требованию они должны были позволить вакцинатору взять материал из образовавшейся после прививки пустулы для прививок другим детям. Разумеется, вакцинировались и ревакцинировались все, находившиеся на государственной службе, - полицейские, вся армия и весь флот, все работники железнодорожного транспорта - все должны были быть привиты и через определенный промежуток времени ревакцинированы. Тотально всех прививали в тюрьмах,

приютах и при угрозе эпидемии в обычных школах, вообще не информируя родителей и требуя лишь оплатить счет по сделанной процедуре. В борьбу рабочих за право на отказ от прививок (даже перед угрозой локаута) нередко приходилось вмешиваться тред-юнионам [Город Творцов](#).

Закон 1867 г. стал последней каплей в чаше общественного терпения. В том же году Ричардом Гиббсом была создана Лига против обязательных прививок (Anti-Compulsory Vaccination League), которая открыла множество своих отделений в разных городах. Именно эти отделения в 1870-х годах стали ядром борьбы с насильственными прививками в Англии. Священник Вильям Хьюм-Ротери и его жена Мэри также создали в 1874 г. в Челтнеме Национальную лигу против обязательных прививок, поощрявшую гражданское неповиновение и «прививочное мученичество» (отказываться платить штрафы и идти ради своих убеждений в тюрьму). Шесть взбунтовавшихся членов попечительских советов в Кейли, заявили, что они поддерживают Хьюма-Ротери и отказались расправляться с горожанами, за что были отправлены в тюрьму в Лидсе. Их провожали три тысячи друзей и знакомых. Власти, почувствовавшие, что в этот раз они явно переборщили, поспешили уладить это дело, и узников вскоре освободили. Во всех городах и весях, через которые они возвращались домой, их встречали праздничные демонстрации, организованные местными филиалами лиги Хьюма-Ротери.

В 1879 г. коммерсант Вильям Тебб (1830-1917) начал издавать быстро приобретший большую популярность журнал, название которого можно условно перевести как «Вопрошающий о прививках» (Vaccination Inquirer). Первым редактором стал книготорговец Вильям Байт, а после его смерти в 1885 г. этот пост занял Альфред Милнзи (все - квакеры). В 1880 г. неутомимый Тебб, за два года до того посетивший США и создавший там антипрививочную лигу, основал Лондонское общество за отмену обязательных прививок (London Society for the Abolition of Compulsory Vaccination). Если лига Гиббса вела в основном работу в провинции, то созданное Тебб-ом общество сконцентрировалось на лоббировании отмены

закона 1867 г. в парламенте. В 1896 г. Лондонское общество и его филиалы слились в Национальную антипрививочную лигу (National Anti-Vaccination League)<sup>Город Творцов</sup>.

В течение всего периода, когда на скорую руку пеклись новые законы, уничтожавшие конкуренцию прививкам и делавшие их обязательными, на радость медицинскому сословию, натуральная оспа, хотя и не исчезая никогда полностью с Британских островов, все же, казалось, дала небольшую передышку, так что могло возникнуть впечатление о некоторой пользе прививок. Жестокое разочарование постигло как англичан, так и других европейцев в самом начале 1870-х годов. Страшная, невиданная доселе эпидемия натуральной оспы, случившаяся на фоне почти тотально привитого британского населения, полностью развеяла прививочные иллюзии. Насчитывая свыше 200 тыс. заболевших, из которых 42 тыс. скончались, по своим размерам она превзошла тяжелейшие «допрививочные» общенациональные эпидемии. После этого очень медленно (разумеется, вакцинаторы объявили, что эпидемия была следствием того, что прививок было мало, и в ближайшие несколько лет, воспользовавшись общественной инертностью, добились еще большего увеличения количества привитых), но верно прививочный бизнес на натуральной оспе покатился под откос. Доверие публики к прививкам против натуральной оспы было подорвано окончательно, хотя до победы в борьбе за право свободного выбора было еще очень далеко. Медицинский истеблишмент и его лоббисты в парламенте делали все возможное для сохранения прививочных законов или, точнее будет сказать, прививочного беззакония. Вот лишь один, но характерный пример. В 1880 г. в правительстве возникла вполне безобидная и финансово выгодная для государства идея о возможных послаблениях непокорным родителям, не желавшим прививать своих детей. Предполагалось заменить многоразовые штрафы (которые часто все равно не платились) и заключение в тюрьму одним довольно крупным одноразовым штрафом. Против этого яростно восстала почти вся «прогрессивная медицинская общественность» Англии. На борьбу с таким зловредным предложением, позволявшим откупиться и выскочить из

прививочного капкана, выступили лучшие медицинские силы, и к министру здравоохранения отправилась делегация, в которую входили президент Королевского общества (инициатор организованного протеста), президент Королевской коллегии врачей, президент Королевской коллегии хирургов, президент Главного медицинского совета. В адресе, отправленном позднее Королевскому обществу, его президент заявил, что «отмена повторных наказаний за неповиновение закону посягает... на возможность применять научные принципы»[Город Творцов](#).

Сейчас нам трудно даже вообразить, какого ожесточения и абсурдности достигала борьба за обязательность прививок[Город Творцов](#).

В то время как публика требовала принять законы против насильственных прививок, убивавших, калечивших и заражавших детей, доктора обращались в парламент с предложениями считать родителей, чьи непривитые дети умерли от натуральной оспы, виновными в непредумышленном убийстве[Город Творцов](#).

Хотя во второй половине XIX в. началось постепенное стабильное снижение заболеваемости практически всеми инфекционными недугами, терзавшими человечество с ХУЛ в., лишь оспа - единственная болезнь, против которой было изобретено «истинное спасительное средство», никак не унималась[Город Творцов](#).

Требовались козлы отпущения, и они легко находились в лице противников обязательных прививок. Традиционно никто не вызывал у вакцинаторов большей ненависти, нежели те, кто сопротивлялся навязываемым прививкам, причем очень часто будучи даже не против последних как медицинской процедуры, а лишь против прививочного насилия. Противников прививок называли маньяками, крикливыми фанатиками, невежественными подстрекателями, врагами человечества и пр. в том же духе.

Похожих эпитетов заслуживали, кстати, и «просто» непривитые, даже не думавшие вмешиваться в прививочные дебаты: «мешки с порохом», «канализационные стоки», «склады горючих материалов», «рассадники заразы», «бешеные собаки». Остановить историю, однако, вакцинаторам не удалось. Антипрививочное движение

набирало силу. В ряде городов и населенных пунктов противникам прививок удалось добиться большинства в попечительских советах и заблокировать применение карательных мер против не подчинявшихся закону.

Флагманом борьбы стал промышленный город Лейстер, в котором в ответ на арест и заключение в тюрьму горожанина, отказавшегося делать своим детям прививки и платить штраф [Город Творцов](#), в 1869 г. была создана Лейстерская антипрививочная лига.

В эпидемию 1871-1872 гг., будучи одним из самых привитых английских городов, Лейстер потерял 358 человек (при трёх тысячах заболевших), после чего жителями было решено, в нарушение драконовского закона, вообще отказаться от политики массовых прививок в пользу санитарного контроля и ранней изоляции заболевших (с тех пор словно, по мановению волшебной папочки, в городе, раз и навсегда, прекратились эпидемии оспы).

Собственно, лейстерский опыт не был откровением. В 1785 г., за 11 лет до дженнеровского эксперимента на Фиппсе и почти за 100 лет до лейстерских нововведений, известный английский врач, инокулятор Джон Хейгарт (1740-1827) из Честера писал в своих «Правилах предотвращения натуральной оспы»:

1) Не позволять никому, кто не страдает или не страдал ранее натуральной оспой, входить в дом инфицированного...

2) Не позволять ни одному больному, после появления у него пузырьков, выходить на улицу или в иное место скопления людей. Обеспечить постоянный приток свежего воздуха через окна и двери в комнату заболевшего.

3) Уделять самое тщательное внимание чистоте. Люди и животные, а также одежда, мебель, деньги, лекарства или иные предметы, подозрительные на зараженность, должны быть удалены из дома и вымыты, и должны после того находиться еще достаточное время на свежем воздухе...» [Город Творцов](#).

Все эти меры были известны, но в свое время на них не обратили внимания, а с появлением прививок и вовсе забыли. Ближе ко времени описываемых событий эту идею вновь выдвинул сэр Джеймс Симпсон (1811-1870), оставивший свой след в медицине

введением в практику хлороформа. В статье, опубликованной в «Медикл тайме энд газет» (1868 г.), он заявил о возможности искоренения натуральной оспы, скарлатины и кори путем ранней изоляции заболевших. Жители Лейстера подняли на щит гигиену с санитарией вместо прививок, и не ошиблись [Город Творцов](#).

В историю Лейстер вошел еще и самой массовой демонстрацией против обязательных прививок, состоявшейся 23 марта 1885 г., в которой приняли участие от 80 до 100 тыс. человек. Демонстрация была организована Национальной лигой против обязательных прививок в ответ на продолжавшиеся преследования родителей, которые отказывались прививать детей (в 1885 г. наказания в Лейстере ожидали 3 тыс. человек!). Завершилась она сожжением портрета Дженнера и экземпляра предписания относительно обязательного прививания [Город Творцов](#).

Всего по Британии демонстрации против прививочного насилия прокатились по 135 городам и населенным пунктам, при этом в 1876 г. они прошли в 58 городах [Город Творцов](#).

Делая здесь лишь небольшой шаг в сторону прививочных проблем более близких моему читателю в России, о которых, как и о многом другом, речь пойдет в моей следующей книге, отмечу, что в 1870-х годах в Российской империи также встал на повестку дня вопрос относительно обязательности прививок (инокуляции были отменены еще в 1805 г.). Однако Россия тогда была в несколько ином положении по сравнению с западными странами, что было связано с ее поздним социально-экономическим развитием в XIX в. Процесс консолидации медицинской профессии начался лишь в конце 1870-х - начале 1880-х годов, а полностью завершился лишь в начале XX в. Врачами традиционно становились разночинцы, больше искавшие служения народу и меньше своему карману, чем это было в развитых западных странах. Кроме того, врачи Российской империи не имели своих сильных и влиятельных на всех уровнях объединений, связанных совместными интересами с социальной элитой общества, какими были, скажем, Королевская коллегия хирургов и Королевская коллегия врачей в Британии. Все это объясняло, почему в Российской

империи вопрос прививок никогда не приобретал той остроты, что была характерна для западноевропейских стран.

На волне общественных дискуссий о том, нужны ли обязательные прививки, в 1873 г. появилась работа известного в истории российской медицины педиатра Владимира Рейтца (1838-1904), бывшего в ту пору главврачом Елизаветинской детской больницы в Санкт-Петербурге, под названием «Критический взгляд на оспопрививание». Д-р Рейтц на основании как личного опыта, так и опыта многих других не только отверг какую-либо пользу прививок коровьей оспы, но и, сверх того, указал на то, что они неминуемо ведут к повышенной заболеваемости и смертности детей [Город Творцов](#).

В следующем году на сочинение Рейтца отреагировал адвокат прививок д-р Джордж Каррик (1840-1908), выпустивший брошюру «Полезно ли оспопрививание».

С вопросом введения обязательного оспопрививания было поручено разбираться Медицинскому совету при Министерстве внутренних дел. Изучив статистику и доводы сторон по спорному вопросу, назначенный экспертом д-р В. Снигирев (1830-?) в 1875 г. подал в совет записку, содержание которой лишь с очень большим трудом могло быть признано благоприятным для прививок. Снигирев обратил внимание на то, что при продолжающихся свыше трех четвертей века прививках до сих пор нет никакой ясности с тем, как часто и какой «лимфой» (вакциной) следует делать прививки, так как каждая новая эпидемия заставляет сторонников прививок в очередной раз менять свою точку зрения [Город Творцов](#).

Решение вопроса о том, быть или не быть обязательному оспопрививанию, подчеркнул д-р Снигирев, следует отложить до того времени, когда будет получена надежная статистика, которой пока что не существует. Он был достаточно ироничен в отношении обещанных чудес спасения от оспы с помощью прививок коровьей оспы:

«Вечно юный и вечно неразрешенный вопрос снова встал, когда оспенные эпидемии обратили на него внимание общества. Доверие общества к предохранительной силе оспопрививания явилось в некоторой степени поколебленным, когда оно увидело, что оспенные

эпидемии не только не прекращаются, но, напротив, делаются чаще и напряженнее, что они уносят как предохраненных прививанием, так и не предохраненных; когда оно, изумленное и до некоторой степени обманутое в своих надеждах, обращаясь к врачам, слышало от них одно: что мера эта требует повторения, чтобы быть действительною, повторения чуть ли не бесконечного: нужна вакцинация, ревакцинация, повторная ревакцинация и, наконец, необходимо прививать предохранительную оспу при появлении каждой оспенной эпидемии... Жадно прислушиваясь к голосу жрецов оспопрививания, общество слышало равно: вне эпидемии они твердили о полном уничтожении предохранительным прививанием на определенный срок восприимчивости в организме к оспенной заразе, а едва начинала угрожать эпидемия, как они забывали об уничтожении восприимчивости и говорили, что нужно повторять прививание...» [Город Творцов](#).

Снигиреву вторил известный российский патологоанатом проф. М. Руднев (1837 - 1878), написавший в своей записке в Медицинский совет: «Всякая санитарная мера только тогда может быть сделана обязательною, когда она удовлетворяет двум существенным требованиям: 1) если применение этой меры верно ведет к цели; 2) если оно не сопряжено ни с какими вредными последствиями... Опыт и долговременные наблюдения показывают, что обязательное оспопрививание ни в каком случае не может удовлетворять ни тому, ни другому требованию» [Город Творцов](#).

В 1884 г. вышли «Записка об оспопрививании» петрашевца доктора Дмитрия Ахшарумова (1823-1910) и «Мнимая польза и действительный вред оспопрививания» доктора Льва Бразоля (1854-1927), позднее ставшего ведущим российским гомеопатом и представителем российской гомеопатии на международной арене. Им же годом позднее была опубликована работа «Дженнеризм и пастеризм. Критический очерк научных и эмпирических оснований оспопрививания», а в 1901 г. к теме бесполезности и вреда прививок опять вернулся Ахшарумов, выпустив книгу «Оспопрививание как санитарная мера». Вероятно, это была последняя крупная публикация такого рода до 1917 г. Хотя в некоторых земствах

прививки пытались навязывать населению, и, кроме того, они были обязательными для служащих железнодорожного транспорта, рекрутов и гимназистов, до самого переворота 1917 г. закона, требующего массового оспопрививания, в Российской империи принято так и не было, а потому многие из тех, кто имел мнение о прививках, отличное от мнения медицинского истеблишмента [Город Творцов](#), просто не считали необходимым вести бесконечную полемику.

Успешной была борьба противников прививок в конце XIX - начале XX в. и в США, где к 1905 г. лишь 11 штатов имели законы об обязательных детских прививках, и при этом ни один на самом деле не пытался их действительно навязать [Город Творцов](#).

Однако в том году произошло воистину роковое событие, имевшее далеко идущие последствия, - по делу о праве на отказ от оспенных прививок «Джекобсон против штата Массачусетс» Верховный суд США вынес вердикт в пользу штата и соответственно обязательных прививок, опершись в своем решении на такой сомнительный аргумент, как мнение медицинского большинства.

Это скороспелое и непродуманное решение стало замечательным подарком всем, имевшим отношение к прививочному заработку, и послужило прецедентом в ходе последующего превращения прививок в обязательную процедуру во всех штатах, хотя до реального насилия в отношении свободных граждан в любой период американской истории дело доходило очень редко [Город Творцов](#).

Здесь уместно будет напомнить, что в то же самое время не везде еще в США отказались от такого метода универсального лечения всех болезней, как кровопускания, а в середине XIX в. (до широкого распространения еретического гомеопатического свободомыслия, не только отвергавшего какую-либо пользу кровопусканий, но и клеймившего их как процедуру, прямо вредную здоровью) их в качестве «высокоэффективного метода» поддерживало не просто большинство, а подавляющее большинство американских врачей, в том числе и университетских профессоров. По логике Верховного суда, если бы тогда в каком-нибудь штате был принят закон об обязательном кровопускании как методе профилактики

инфекционных заболеваний, то «мнение медицинского большинства» должно было безусловно перевесить право гражданина на выбор иного метода спасения своей бренной плоти или даже вообще отказа от лечения [Город Творцов](#).

Кстати, не везде в мире борьба с прививками шла исключительно мирным путем. Попытка навязать обязательные прививки в Рио-де-Жанейро в 1904 г. привела к массовым беспорядкам и человеческим жертвам, после чего власти сочли за лучшее незамедлительно отменить закон [Город Творцов](#).

Вернемся на родину вакцинаций. В 1880-х годах на фоне продолжавшейся и все более ожесточавшейся борьбы противники прививок (или их обязательности) получили неожиданную и весьма ощутимую поддержку со стороны «предателей врачебного сословия» - профессора анатомии Кембриджского университета Чарльза Крейтона [Город Творцов](#) (1847-1927) и профессора сравнительной патологии и бактериологии Королевского колледжа в Лондоне Эдгара Крукшенка (1858-1928).

Две книги Крейтона [Город Творцов](#) (1888) произвели эффект разорвавшейся бомбы. Крейтон не только отверг какую-либо пользу прививок коровьей оспы, но и связал их с сифилисом, да ещё открыто объявил Дженнера, главного гуру вакцинаторов, **алчным мошенником и шарлатаном**.

Крукшенк в своем труде «История и патология прививок» (1889), не давая, подобно Крейтону, чересчур эмоциональных оценок, на основании большого исторического материала также отверг какую-либо пользу от прививок как коровьей оспы, так и лошадиного мокреца. Такое развитие событий уже серьезно меняло ситуацию. До тех пор пока протестовали «невежды», «болваны» и «крикливые фанатики», их можно было игнорировать. Появление книг известных профессоров и особенно статьи в «Британской энциклопедии», писать для которой приглашались исключительно специалисты в своих областях, ознаменовало собой принципиально новый этап в прививочном споре.

Вряд ли могло сильно обрадовать вакцинаторов и появление на стороне противников прививок знаменитого ученого-

естествоиспытателя Альфреда Рассела Уоллеса (1823-1913), создавшего вместе с Дарвином теорию естественного отбора [Город Творцов](#) (1856-1950) и философа и социолога Герберта Спенсера (1820-1903).

В 1882 г. представитель бунтовавшего Лейстера в парламенте П. Тейлор (1810 -1892), почетный президент Лондонского Общества за отмену обязательных прививок, с подачи Вильяма Теббавнес частный законопроект, призывавший к полной отмене закона 1867 г. Законопроект был отозван после первого чтения, но свою роль он сыграл - было привлечено внимание прессы и независимых парламентариев. В июне 1883 г. Тейлор повторил попытку. Законопроект был провален, но тактической цели добиться удалось и на этот раз: парламентские дебаты Тейлор использовал, чтобы клеймить алчность и неразборчивость медицинской профессии и ее показательное пренебрежение методами санитарии и гигиены в угоду прививочным доходам [Город Творцов](#).

В 1885 г. Тейлора сменил Джеймс Пиктон. В 1888 г. он потребовал парламентского расследования по фактам оголтелого преследования антипрививочного инакомыслия в городе, и в том же году депутат от Манчестера Джекоб Брайт внес законопроект, требующий полной отмены закона 1867 г. И вновь законопроект был провален.

Поняв, что парламентское большинство будет продолжать блокировать попытки отменить закон, противники прививок сменили тактику. К концу 1880-х годов они располагали 111-ю общественными объединениями, поддержкой таких величин, как Крейтон и Крукшенк, а также детальной статистикой, полностью опровергавшей выводы вакцинаторов о спасительной роли прививок. Статистические отчеты были подготовлены Александром Вилером (1841-1909), «статистическим директором» Лондонского общества за отмену обязательных прививок. 5 апреля 1889 г. Пиктон потребовал от министра внутренних дел назначить Королевскую комиссию. Требование было удовлетворено. Вакцинаторы встретили это известие с нескрываемым озлоблением, самым мягким проявлением которого было заявление «Ланцета», что изучение

вопроса о необходимости прививок против оспы так же необходимо, как и изучение вопроса о необходимости существования спасательных лодок или пожарных. Одна мысль о том, что надо еще исследовать то, что девяносто лет назад уже было «научно исследовано» ими, казалась апологетам тотального прививания возмутительной ересью. В мае того же года королева утвердила состав комиссии. Возглавил ее бывший главный судья лорд Гершель.

На этот раз, в отличие от вопиюще убогой парламентской комиссии 1802 г. с бравым адмиралом Беркли во главе, созданной ради возвеличения Дженнера и его бизнеса, к созданию комиссии отнеслись с большей серьезностью, хотя, разумеется, правительство позаботилось о том, чтобы несомненное большинство принадлежало к «правильному» лагерю. Из тринадцати членов комиссии девять (пять медиков и четыре юриста) занимали выраженную пропрививочную позицию, трое (включая Пиктона) - такую же антипрививочную, и один считался «неприсоединившимся». Комиссия работала семь лет, проведя 130 заседаний и заслушав 187 свидетелей. Несмотря на то, что ни у кого не было сомнений в том, что прививки останутся священной коровой и, как бы ни повернулось дело, будут оправданы и всячески поддержаны, оппозиция максимально использовала полученную трибуну для достижения своих целей. Противники прививок были во всеоружии, и уже первые заседания показали, что легкой и приятной работа для консервативных членов комиссии не будет.

Первым свидетелем был Джон Саймон, бывший Главный санитарный врач, считавшийся ведущим прививочным экспертом. Допрашивая его, Джеймс Пиктон и его единомышленник д-р Уильям Коллинз показали совершенную путаницу и неразбериху, царившую в голове как самого Саймона, так и в головах других вакцинаторов. Стало очевидно, что не существует ни точной статистики, якобы свидетельствующей об успехе прививок (наличие которой постоянно подчеркивали их адвокаты), ни учета количества постпрививочных осложнений, ни сведений о характере и составе применяемых прививочных лимф, не говоря уже об их унификации, ни минимального представления о том, сколько требуется прививок, чтобы получивший их считался защищенным, ни даже того, какие

именно образования на коже и в каком количестве должны считаться свидетельствующими об успешности прививок.

Следующей жертвой Пиктона и Коллинза пал Уильям Огл, начальник отдела статистики при Службе регистрации актов гражданского состояния. Пиктон легко доказал, что никаких серьезных свидетельств в пользу того, что прививки снизили смертность от натуральной оспы, вакцинаторы представить не в состоянии. Само собой, Тебб не забывал публиковать «вести с полей» в своей газете, публика ему внимала, и стало ясно, что дело принимает нежелательный оборот. Большинству во главе с лордом Гершелем приходилось прибегать к не очень красивым мерам, чтобы не допустить новых разоблачений. Так, не был приглашен профессор гигиены и санитарной статистики Бернского университета Адольф Фогт (1823-1907), бывший в то время, вероятно, крупнейшим европейским экспертом в вопросе заболеваемости натуральной оспой, который выразил готовность прибыть в Лондон и дать свидетельские показания. Комиссия лишь присоединила его отчет, без всякого анализа, к остальным материалам. Не была изучена динамика инфекционной заболеваемости в XIX в. - комиссия сосредоточилась, да и то не в должной степени, на одной лишь оспе.

А между тем, как показал проф. Карло Руата из университета Перуджи (Италия), в первой трети XIX в. в Лондоне происходило снижение заболеваемости всеми инфекционными недугами, причем оспой, от которой делались прививки, медленнее всего. Руата указал, что снижение заболеваемости должно было быть приписано улучшению водоснабжения, созданию скверов и парков, резкому уменьшению скученности проживания благодаря активному строительству на окраинах города, улучшению качества дорог и соответственно доставке населению доброкачественных, свежих продуктов, в том числе овощей, строительству новых кладбищ исключительно за пределами городской черты и постепенному закрытию старых в самом городе и пр. [Город Творцов](#)

Комиссия же, просто взяв заболеваемость в отрыве от всего этого и увидев, что «в начале века оспы было больше до прививок - стало меньше после прививок», сделала в «Отчете большинства» (см.

далее) вывод о том, что прививки снижают заболеваемость натуральной оспой.

Комиссия, что должно быть поставлено ей в заслугу, охотно или не очень, но посвятила 1890 год изучению лейстерского опыта и внимательно отнеслась к доводам главы лейстерской оппозиции, члена городского попечительского совета, инженера-сантехника Дж. Т. Биггса, непримиримого врага прививочного принуждения (за отказ делать детям прививки и уплатить наложенный на него судом штраф судебными исполнителями были проданы вещи из его дома). Биггс представил Королевской комиссии материалы, позднее включенные в ее четвертый отчет, где в 56 таблицах и на 13 диаграммах продемонстрировал полную неэффективность прививок для предотвращения натуральной оспы. Кроме того, он показал, что в период отказа от прививок снизилась заболеваемость и другими инфекционными болезнями до уровня, которого Лейстер не знал за всю свою историю. Из таблиц следовало, что максимальная детская смертность в Лейстере выпадала на годы максимального охвата прививками (1868 -1872). При этом детская смертность, по статистике Биггса, неуклонно снижалась в городе с 1852 по 1860 г., когда значительно улучшилось санитарно-гигиеническое состояние; расти она начала лишь с введением обязательных прививок. Биггс также выступил перед комиссией, ответив на заданные ему вопросы. Не разделив в своем большинстве мнение о неэффективности и вредности прививок, комиссия тем не менее приняла за вариант возможной государственной политики контроля натуральной оспы именно лейстерский метод, предусматривавший отказ от массовых прививок как средства профилактики, раннее извещение о заболевании и скорейшую изоляцию заболевшего, а также активную дезинфекцию его вещей и жилища.

Предусматривались и прививки тем контактировавшим с заболевшим ' лицам, которые верят в их эффективность и захотят их получить [Город Творцов](#).

Уже первые годы активной работы комиссии показали столь неблагоприятные для прививок тенденции, что после 90 заседаний, на которых были заслушаны 135 свидетелей, и опубликованных

четырёх текущих отчетов лорд Гершель попытался смягчить ситуацию, выпустив в 1892 г. предварительный отчет, в котором рекомендовал отменить повторные наказания за уклонение от выполнения закона 1867 г. Это вызвало крайнее недовольство и раздражение как медиков, так и правительства, не ожидавшего внезапного появления этой головной боли. В 1893 г. был вновь подан законопроект, требовавший отмены закона 1867 г., и вновь был провален в первом чтении.

Членам комиссии были представлены в совокупности шесть тысяч случаев тяжелых болезней, развившихся после прививок, восемьсот из которых закончились смертью (вряд ли могут быть сомнения, что это был лишь очень небольшой процент от действительного количества несчастий, причинами которых стали прививки).

В 1896 г. Королевская комиссия закончила свою работу. Результатом стали прямо противоположные мнения ее членов, что и было зафиксировано в итоговом документе. Большинство подписало «Отчет большинства», меньшинство - «Отчет меньшинства». Хотя в целом заключение большинства комиссии было в пользу прививок, дурные предчувствия представителей медицинской профессии оправдались. Прививочный ритуал во многом держался на принуждении и страхе, и одно лишь создание комиссии придало смелости многим родителям. С момента начала работы комиссии процент привитых младенцев начал неуклонно снижаться, так как местные власти, ожидая публикации результатов ее работы и уже догадываясь, какими они будут, перестали прибегать к бывшим весьма непопулярными санкциям по отношению к непокорным родителям. Рекомендация 1892 г. еще более ободрила сторонников отказа от прививок. В итоге, помимо выводов чисто медицинского характера (так, комиссия подтвердила возможность передачи сифилиса при вакцинациях при переносе прививочного материала по методу «от руки к руке» и заявила о необходимости перейти исключительно на телячью «лимфу») она рекомендовала предоставить родителям право на отказ от прививок «по соображениям совести».

Вакцинаторы не только пытались игнорировать рекомендацию комиссии в своей практике, но и предприняли контратаку. Хотя рекомендация *de jure* не приняла еще форму закона, *de facto* число прививаемых после ее обнародования стало сокращаться еще быстрее. На фоне стремительно уменьшавшегося количества прививаемых комитет по парламентским законопроектам Британской медицинской ассоциации внес в 1898 г. предложение о том, чтобы функции принуждения и наказания за неповиновение закону об обязательных прививках были переданы от городских попечительских советов, часто контролировавшихся либо откровенными противниками прививок, либо просто людьми, не желавшими принимать участие в травле инакомыслящих, специальным «прививочным» чиновникам, назначаемым государством. Но эта партия была уже проиграна вакцинаторами. Когда послушные указаниям своего начальства медики из числа парламентариев, готовившие законопроект, попытались не включить в него пункт о свободе выбора, это привело к такому накалу страстей в парламенте, к такой буре общественного возмущения и такому катастрофическому падению популярности стоявших тогда у власти консерваторов, что лорд Артур Бальфур (1848-1930), лидер тори, сам симпатизировавший антипрививочному движению, поспешил исправить эту ошибку, и необходимая поправка была возвращена на место. Принятый в том же 1898 г. закон о прививках (*Vaccination Act*) предусмотрел возможность отказа по соображениям совести, ограничил штрафы двумя (или одним на сумму двух) и потребовал использования исключительно глицеризованной телячьей лимфы. О том, как ждали англичане этот закон, можно судить хотя бы по количеству воспользовавшихся правом на отказ от прививок детям: до конца 1898 г. местными властями было выдано 203413 сертификатов «отказника по соображениями совести», освободившим от прививок не менее 230 тыс. британских детей. Однако сформулированное законом 1898 г. требование к родителям предоставить местным властям «удовлетворительное доказательство того, что отказ действительно делается по соображениям совести» было слишком расплывчатым и допускающим слишком много вольных толкований, чем не замедлили воспользоваться

вакцинаторы. Они резко усилили нажим на местные власти, требуя ограничить количество выдаваемых сертификатов, дабы не допустить полного краха прививочного бизнеса. Кроме того, в ответ на принятие неугодного закона в 1888 г., в 1899 г. была создана Имперская прививочная лига (Imperial Vaccination League), развернувшая активную пропагандистскую работу. Под давлением вакцинаторов в следующие годы количество выданных сертификатов резко снизилось, и общественное недовольство выхолащиванием с таким трудом добытого закона сразу же возродило к жизни антипрививочные лиги. Дорога уже была протоптана, и потребовалось всего несколько лет активной борьбы, чтобы поставить точку. В 1907 г. либералами была принята новая формулировка закона о прививках, уничтожившая последнюю лазейку вакцина-торов. Теперь родителям требовалось лишь декларировать отказ от прививок на основании собственных убеждений, без всяких «удовлетворительных доказательств» - как это и предлагалось с самого начала, но не было принято Бульфуром, увидевшим в такой формулировке закона слишком большую уступку антипрививочному лобби в парламенте. Здесь интересно отметить, что лейстерские радикалы не удовлетвоались и этим, продолжая отказываться прививать своих детей безо всяких деклараций, и считая необходимость декларировать отказ также нарушением их священных гражданских прав. Эта бессмысленная война на истощение продолжалась еще несколько лет, пока бесконечные скандалы, в том числе и в парламенте, куда Лейстер неизменно делегировал противников прививок, и стойкость горожан не вынудили вакцинаторов примириться с антипрививочной вольницей в том виде, как ее понимали лейстерцы. Законодательная же обязательность прививок, в которой закон от 1907 г. допустил исключение в виде отказа по убеждениям, была окончательно ликвидирована в Англии лишь в 1948 г. После 1907 г. антипрививочная активность постепенно сошла на нет - цель была достигнута.

Был, впрочем, еще один фактор, в некоторой степени примирявший британских врачей и производителей прививочных лимф с неминуемой потерей оспеннопрививочного заработка и

своего влияния в обществе. В конце 1870-х - начале 1880-х годов французский химик Луи Пастер (1822-1895), занимавшийся бактериологией, предложил свой метод ослабления «начал» различных инфекционных болезней, проложив тем самым дорогу к созданию новых вакцин [Город Творцов](#).

Заключался он в последовательных разведениях продуктов болезни, содержащих в себе возбудителя, с целью ослабления вирулентности последнего. Назвать этот метод новым просто не поворачивается язык, потому что Пастер «открыл» то, что гомеопатам было уже известно и практиковалось ими свыше полувека. В основе своей идея использовать лекарства по принципу «чем ушибся, тем и лечись», видоизмененному на «чем можешь ушибиться, тем заранее защитись», разумеется, коренилась в старой инокуляционной практике. Но никакой новизны не было и в предложении последовательно ослаблять ядовитое вещество, призванное дать невосприимчивость к болезни. Ослаблением исходного действующего вещества занимался основатель гомеопатии Самуил Ганеман, а позднее и все его последователи с самого начала ХХ в.

Идею использования продуктов болезни в виде гомеопатических препаратов, т.е. в разведенной и потенцированной форме, для лечения той же самой болезни высказал в 1828 г. будущий основатель американской гомеопатии и один из крупнейших мировых гомеопатов - д-р Константин Геринг (1800-1880). В этом году мы впервые узнаем об изопатии (лечении не по ганемановскому принципу подобия, а по принципу тождественности; не *similia similibus curantur*, а *aequalia aequalibus curantur*) из его статьи «Дополнительные сведения о яде змей», опубликованной в «Архиве Штаифа» (том 10, тетрадь 2, с. 24).

В этой статье Геринг предложил использовать приготовленные по законам гомеопатии (т.е. разведенные и потенцированные) продукты натуральной и коровьей оспы (последней - исходя из утверждения французских врачей, что коровья оспа есть видоизменившаяся на животном человеческая оспа) для профилактики и лечения натуральной оспы. Позднее, в 1833 г., он приготовил лекарство *Hydrophobinum* (он же *Lyssinum*) из слюны бешеной собаки и

испытал его. В том же, 1833 г. в Лейпциге была опубликована книга немецкого ветеринара Иоганна Йозефа Вильгельма Люкса (1796-1849) «Изопатия заразных болезней, или Все заразные болезни носят в своем заразном веществе средство к исцелению от них», в которой тот делился своими успехами в лечении сапа, сибирской язвы и друпях заболеваний разведенными и потенцированными препаратами [Город Творцов](#).

В настоящей книге будут упоминаться некоторые нозоды, предлагаемые рядом гомеопатов для профилактики и лечения их «материнских» болезней. Относительно же «гениальных открытий» Пастера я вполне разделяю мнение д-ра Карла Боянуса (1812-1897), которого уважительно называли «отцом русской гомеопатии»: «Пастер... пожинает плоды чужой мысли, и дня характеристики этого ученого интересно отметить, что он нигде ни одним словом не упоминает о тех лицах, которые уже 50 лет тому назад сделали то открытие, за которое он теперь получает от правительства ежегодные субсидии в сотни тысяч франков... Пастер в своих предохранительных вакцинациях совершенно сознательно и с большим талантом практикует настоящую изопатию» [Город Творцов](#).

Знаменитый российский гомеопат был не прав лишь в том, что эта изопатия (настоящая) -ухудшенный вариант изопатии (позднее на эти же грабли наступил не извлекий урока из пастеровских неудач Роберт Кох, пытаясь лечить туберкулез своим туберкулином и приводя тем самым пациентов к скорой смерти), так как Пастер, как истинный материалист, исходил из того, что как бы велико ни было разведение, в лекарственном препарате непременно должно оставаться определяемое действующее вещество, а потому он не видел необходимости в потенцировании лекарственных препаратов. Это стало причиной немалого количества трагедий, связанных с его антирабическими сыворотками. Отнюдь не редкими были случаи, когда получивший «спасительное лечение» от бешенства «по Пастеру» погибал, а тот, кто был искусан той же «бешеной» собакой, но отказался от прививочного лечения, оставался жив и здоров [Город Творцов](#).

Из стран, принявших пастеровский метод лечения, сообщали об увеличении случаев зарегистрированного бешенства после введения прививок. Как справедливо заметил проф. Майкл Питер, **«г-н Пастер не лечит гидрофобию - он заражает ею!»**.

Случаи смерти и параличей замалчивались директорами сети антирабических институтов Пастера до 1927 г. (!) - как из-за боязни дискредитировать метод (и соответственно своими руками лишиться себя доходов), так и из-за страха расплаты за свое «лечение» - и были признаны лишь тогда, когда прививочные теории окончательно укоренились и никакое разоблачение уже не могло устоять перед успехами многолетнего промывания мозгов прививочной пропагандой.

Что же касается Пастера как беззастенчивого компилятора и плагиатора, то опыт творческого «заимствования» у гомеопатов был далеко не единственным в его биографии, которая была весьма богатой также выдумками, фальсификацией экспериментальных данных и - говоря современным языком - великолепными пиар-кампаниями. Если Дженнер прославился тем, что купил себе титул врача, выдумал 25-летний опыт работы с коровьей оспой, в течение которого «открыл», что та на всю жизнь защищает от натуральной оспы, а также без малейших угрызений совести экспериментировал над детьми, одних отправляя в могилу, а других превращая в больных, то и Пастер во многих аспектах, особенно в прививочном мифотворчестве, оказался вполне достойным своего учителя. Вспомним хотя бы кочующую из книги в книгу историю мальчика Йозефа Мейстера, покусанного якобы бешеной собакой, первый объект пастеровских экспериментов, который в 1885 г. был привит антирабической сывороткой и... о чудо! - остался жив [Город Творцов](#).

Не говорится нам почему-то о том, что та же собака, в тот же самый день, покусала ещё нескольких человек, включая и своего владельца. Никто из них не обратился за спасением от неминуемой смерти к Пастеру, и **все они остались живы и здоровы**.

На пастеровских чудесах и рецептах, по которым они готовились [Город Творцов](#)), создал теорию, согласно которой виной

всему являются микроорганизмы, проникающие в тело человека, там размножающиеся и вызывающие болезни.

Сама по себе эта идея также не была абсолютно нова - впервые ее высказал знаменитый итальянский врач, поэт, ботаник, астроном и философ эпохи Возрождения Джироламо Фрака-сторо (1483-1553), известный современным медикам главным образом тем, что он дал сифилису его нынешнее название. Мысль о микроорганизмах была развита им в книге «О контагии, контагиозных болезнях и их лечении» («De Contagionibus et Contagiosis Morbis, et eorum Curatione»), увидевшей свет в Венеции в 1546 г. Невидимые частицы или тельца, предположительно вызывающие болезнь, были названы им *seminaria contagionum* (напомню читателям, что первый микроскоп, сделанный голландцем Антони ван Левенгуком, появился лишь в 1683 г.). Впоследствии мысль о невидимых частицах или организмах как причине болезней находила отражение в трудах многих выдающихся медиков (так, вполне разделял ее и Самуил Ганеман в отношении холеры), но именно Пастер, и никто другой, возвел ее в ранг абсолюта и построил на ней теорию инфекционных заболеваний, мало изменившуюся за прошедшие с того времени свыше ста лет. Уничтожение этих пагубных частиц, оказавшихся живыми организмами, должно было, по Пастеру, стать задачей и смыслом существования медицины.

***Эта идея была принята с восторгом по многим причинам. Во-первых, в отличие от многих научных теорий, она была доступна даже для понимания человека с самым низким уровнем образования и интеллекта. Врач и пациент могли теперь говорить друг с другом на одном языке. Во-вторых, роль жертвы и объекта несправедливых преследований традиционно была близка и понятна большинству людей. Но если раньше человек страдал от злых духов и бесов, а спастись следовало обращением к религии, молитвой и покаянием, то теперь виновниками были признаны вредоносные микроорганизмы, а функции церкви на себя охотно взяла целая армия профессиональных защитников и спасителей, а именно медиков, со своим оружейным арсеналом - вакцинами, таблетками, лабораторными исследованиями для определения возбудителя и иными ритуалами. Появление такой теории, основанной на традиционной паре «агрессор - жертва», как нельзя лучше отвечало чаяниям врачей, никогда не упускавших возможность поставить даже***

**самую абсурдную и ни на чем не основанную теорию на службу своему карману, не говоря уже о вполне уважаемых научных разработках. Разговоры об улучшении санитарно-гигиенического состояния городов и сел, о приведении в порядок канализации и водоснабжения, об изменении характера питания и повышении жизненного уровня населения предполагали прежде всего социальные реформы и не обещали прямого заработка медикам, в то время как наличие такого чудесного и осязаемого с помощью научных приборов врага, как микробы, гарантировало, что врачи продолжают играть одну из главных ролей в обществе.**

В целом теория Пастера как нельзя лучше отражала примитивно-механистические представления о природе и ее законах, характерные для XIX в. Взяв идеи проф. Вешана, Пастер заботливо выхолостил их, оставив лишь то, что предполагало дальнейшее развитие прививочного бизнеса, и выбросив из них самое главное - указание на то, что первопричиной болезни являются отнюдь не микроорганизмы, а состояние макроорганизма, предрасполагающее к инфицированию этими микробами и последующему развитию инфекционного процесса. А уж такие пророческие высказывания гениального Вешана, как, например: «Самые серьезные, даже смертельные последствия могут быть вызваны введением живых организмов в кровь; эти организмы, когда живут в определенных органах, выполняют необходимые химические и физические функции, введение их в кровь - среду, для них не предназначенную, вызывает страшную манифестацию их худших болезнетворных свойств... Микрозимы (так проф. Вешан называл микроорганизмы. - А.К.), даже морфологически идентичные, могут различаться функционально, и те, что характерны для одного вида или центра определенной деятельности, не могут быть введены животному другого вида или даже в другой центр деятельности того же самого животного, не создав при этом серьезной опасности..» [Город Творцов](#), не могли быть отражены в трудах Пастера по определению.

Вернемся к истории прививок против оспы, в начале XX в. С появлением у населения права свободного выбора прививок на Британских островах, естественно, стало еще меньше. Вакцинаторы были правы, предполагая, что отмена обязательности прививок

скажется на заветном «массовом охвате» и «коллективном иммунитете к болезни». К 1905 г. прививки против оспы ежегодно получали лишь 53,8% британских младенцев, а к 1921 г. - около 40%. При этом... все меньше становилось и оспы! Количество прививок и заболеваемость натуральной оспой снижались в Британии параллельно друг другу. Надо, правда, сказать, что тенденция к снижению заболеваемости натуральной оспой достаточно четко обозначилась в развитых (и даже среднеразвитых - таких, как Россия) странах во второй половине 1880-х годов и оспа, терзавшая их с середины XVII в. и «не обращающая внимания» ни на молитвы, ни на инокуляции, ни на прививки, с того времени неуклонно шла на убыль.

Одной из причин этому, как считается сегодня, было постепенное вытеснение в Европе и США вирулентной разновидности оспенного вируса (*variola major*), другой, мягкой (*variola minor* или аластрим), о чем уже говорилось выше. С вопросом, почему это случилось, ясности не больше, нежели с вопросом, почему обратный процесс произошел в XVII в. Просто как пример отмечу, что в своей статье «Некоторые малопонятные эффекты сывороточной терапии» лондонский хирург Беддоу Бейли (1887-1961), активист антипрививочного движения в Англии и основатель Общества против вивисекций, приводит слова д-ра Мак-Донафа. Последний пишет о том, что, вероятно, широкое распространение инфекции среди людей приводит к постепенному изменению свойств возбудителя в сторону большей мягкости вызываемых им болезней, а потому прививки могут лишь нарушить естественный процесс.

В качестве примера такого нежелательного вмешательства Мак-Донаф привел оспу: «Становится все более сомнительным, благодаря ли прививкам снизилась частота натуральной оспы, которая в последние годы сменилась аластри-мом... Это, конечно, никак не может быть отнесено на счет прививок, потому что учащение случаев аластрима совпало с увеличением числа непривитых. Возможно, что изменение [в пользу аластрима] случилось бы и раньше, не стань прививки столь распространены» [Город Творцов](#).

Не желая утомлять читателя статистикой, ограничу себя несколькими цитатами. Так, выдающийся российский педиатр Нил Филатов (1847-1902) в 1899 г. писал: «Оспа принадлежит в настоящее время к числу довольно редких болезней»[Город Творцов](#).

В брошюре другого, менее известного российского педиатра, проф. Николая Гундобина (1860-1908) «Детская смертность в России и меры борьбы с нею», содержащей всего 31 страницу, оспа впервые появляется лишь на 14-й странице.

До этого читаем, например: «Что касается причин высокой детской смертности, то здесь все исследователи на первом месте ставят бедность русского народа и низкую его культурность. Малая культурность населения ясно выражается в неумении ухаживать за грудными детьми и, главным образом, в варварском обычае давать младенцам соску из жеваного хлеба чуть ли не с первых дней жизни.

Бедность народа объясняет плохое его питание, к ней присоединяется еще прогрессивное развитие во всех культурных странах таких болезней, как сифилис, алкоголизм и чахотка. В результате означенных условий дети уже нередко рождаются слабыми и нежизнеспособными. Среди других причин высокой смертности следует еще отметить питомнический промысел и современный рост фабричной промышленности, которая занимает не только мужское, но и женское и даже детское население.

Наконец, некоторые исследователи указывают, что всю европейскую Россию можно разделить относительно детской смертности на два района: северо-восточный и юго-западный. В южном районе богатство водных путей сообщения благоприятствует развитию заразных болезней, от которых, главным образом, погибают дети 2-10-летнего возраста. В северо-восточных губерниях особенно высокая смертность приходится на нерациональное питание и заразу детской холеры, распространению которой в значительной степени способствует летняя жара, душные и тесные избы крестьян. Таковы главные причины детской смертности в нашем отечестве»[Город Творцов](#).

Относительно натуральной оспы Н. Гундобин пишет: «Брюшной тиф почти неизвестен в Германии, а от оспы там погибает всего

несколько десятков человек в год. У нас в России средняя смертность от оспы составляет около 60000 жителей, значительная часть населения остается непривитою, а наши раскольники, согласно религиозным заблуждениям, считают само оспопрививание за печать Антихриста. Таким образом, снова невежество крестьян и незнакомство их с необходимыми- гигиеническими мерами сильно способствует распространению эпидемий» [Город Творцов](#).

В 1901 г. читал свою лекцию «Общественное значение, причины детской смертности и борьба с нею» главврач Софийской (ныне Филатовской) больницы, д-р Д. Е. Горохов, возглавлявший Московское общество борьбы с детской смертностью вместе с такими прославленными деятелями российской медицины, как Г. Л. Грауэрман, В. Я. Канель, Л. А. Тарасевич, С. А. Четвериков. Среди основных причин детской смертности раннего возраста он назвал желудочно-кишечные заболевания (40 - 50%), относя к ним дизентерию, тиф, холеру и энтериты. Вслед за ними шли «пневмонии, болезни питания (рахит), болезни нервной системы (менингиты, в том числе туберкулезный) и несчастные случаи». Далее Д.Е. Горохов сказал: «Обыкновенно наибольшие числа заразных заболеваний падают на возрасты после 5 лет. Наиболее частые заразные болезни у детей следующие: грипп... коклюш... корь... дифтерия... скарлатина... и дизентерия...» [Город Творцов](#).

Как мы видим, натуральная оспа - преимущественно детская болезнь по своей природе - в этом перечне вообще отсутствует.

Разумеется, я далек от мысли, что натуральная оспа не представляла в царской России ни малейшей проблемы, хотя проф. Филатов и называл эту болезнь редкой. К концу XIX в. заболеваемость ею в России снизилась, но ни уникальной, ни даже особенно редкой она всё-таки не была. Хочу лишь подчеркнуть, что эпидемические масштабы болезни в описании нынешних историков медицины и эпидемиологов безмерно раздуты, и акцент с крайне неудовлетворительной санитарно-гигиенической обстановки, в которой жило наиболее страдающее от оспы население и которая и была истинной причиной как оспы, так и десятков других «беспрививочных» болезней, умышленно переносится на отсутствие

прививок. Такая подмена недопустима и должна быть резко осуждена, как чисто пропагандистская и не имеющая ничего общего с серьезным научным подходом.

Если вернуться к истории антипрививочного движения в Великобритании, то закономерным будет вопрос: так выиграла или проиграла Англия, в которой общественное давление добилось права выбора в прививочном вопросе? Удачным будет сравнение английской политики в области прививок с политикой Пруссии и впоследствии Германии.

Не побрезговав откровенной ложью, Прусская Медицинская комиссия, поголовно состоявшая из сторонников прививок, заявила рейхстагу, что «нет ни одного достоверного факта, который бы говорил за вредное влияние вакцинации на организм человека», хотя недостатка в таких фактах, разумеется, не было со времен «спасителя» Дженнера и ни для кого они не были секретом, как не являются секретом бесчисленные нынешние осложнения прививок, которые исхитряются проводить по статьям «совпадение», «обострение имевшейся болезни», «интеркуррентное заболевание».

С минимальным перевесом голосов в 1874 г. был принят закон, сделавший обязательными прививки младенцам и ревакцинации детям в возрасте 12 лет, если только родители последних не могли представить свидетельства ревакцинации, сделанной в течение последних пяти лет или свидетельства того, что дети перенесли натуральную оспу. Имея примерно одинаковый уровень прививочного «охвата» до 1889 г., когда начала свою работу Королевская комиссия, страны затем разнились по этому показателю из года в год все больше и больше. Образцовый немецкий порядок строго выдерживался и в прививочном вопросе, а в Англии количество прививок шло на убыль.

Динамика заболеваемости оспой в обеих странах была проанализирована в опубликованной несколько лет назад статье проф. Хеннока из Ливерпульского университета. Автором было показано, что в итоге заболеваемость в обеих странах - в одной с почти поголовным прививанием и ревакцинацией детей и в другой, с постоянно снижающимся количеством прививок, полагавшейся главным образом на санитарные меры для контроля натуральной

оспы, к концу первого десятилетия XX столетия оказалась стабильно одинаковой и в дальнейшем уже практически не менялась, так что утверждения о германском беспримерном успехе в борьбе с натуральной оспой исключительно благодаря прививкам должны быть пересмотрены [Город Творцов](#).

Здесь важно отметить, что Англия изначально находилась в значительно худшем положении по сравнению с континентальными странами (особенно такими «запертыми» внутри материка, как Германия), так как в нее натуральная оспа непрерывно «импортировалась» из южно - азиатских колоний и проникала повсюду через морские порты, а потому контроль за этой болезнью действительно требовал полного напряжения сил, и особенно безупречной работы портовой карантинной службы.

Однако при этом англичане, раз приняв закон, никогда более не впадали в истерику обязательных тотальных детских прививок, ликвидировав в итоге натуральную оспу так, как это предложил Дж. Т. Биггс. Сколько немецких детей заплатили жизнью и здоровьем за утверждение теории «спасающего коллективного иммунитета», осталось неизвестным [Город Творцов](#).

Лишь попутно отмечу, что немецкие противники прививок отнюдь не прекратили борьбу с прививочным насилием. Врачи и неврачи объединились в «Союз противников прививок» со штаб-квартирой в Лейпциге («Verband der Impfgegner, e.V., Sitz Leipzig»), долгие годы регулярно выпускавший журнал «Противник прививок» («Der Impfgegner»), в котором сообщал о неугодных вакциниаторам фактах.

В своей книге «Природа как врач и помощник» известный немецкий писатель и врач д-р Фридрих Вольф (1888-1953) писал: «Вот случай, с которым я столкнулся: здоровый сын одного торговца сразу после прививки заболевает тяжелым гнойным воспалением лимфатических желез на руке, в которую была сделана прививка, дело доходит до тяжелого абсцесса подмышечной железы с гангренозным распадом; через несколько дней ребенок умирает. Отца, несмотря на отчаянное сопротивление, принуждают прививать и других детей... хотя он уже потерял таким образом своего первого

ребенка и хотя в этой местности в течение десятилетий не было ни одного случая оспы.

К сожалению, такие случаи не редкость. Почти в каждом номере журнала ("Союза противников прививок") можно найти свидетельства и фотографии таких случаев тяжелых осложнений от прививок. Даже такой сторонник прививок, как Штауффер вынужден признать: "Нельзя отрицать, что в результате прививки коровьей оспы скрофулёз, протекающий до сих пор латентно (скрыто), может перейти в активную (воспалительную) стадию и зачастую привести к роковым для ребенка последствиям. Поражения желез, экзема (высыпания), заболевания глаз и ушные болезни, также туберкулез могут встречаться после прививки в острой форме". При этом нерешенным остается вопрос, обеспечивает ли прививка действительную защиту от оспы. Невозможно оспорить то, что прививочный яд приводит к опасности тяжелых прививочных осложнений у детей» [Город Творцов](#).

Борьба против обязательных прививок в Германии продолжалась до самого крушения демократических институтов после прихода к власти национал-социалистов. Пример Германии важен еще и потому, что именно на него ссылаются при изложении истории прививок российские вакцинологи, утверждая, что никакой альтернативы массовым прививкам нет и быть не может. Вот, например, отрывок из статьи 1915 г.: «Что оспопрививание является единственной надежной мерой от заболевания оспой, в настоящее время признается аксиомой. Где введено обязательное оспопрививание... там заболевания оспой или совершенно прекратились, или появляются в незначительных долях процента» [Город Творцов](#).

Вслед за этим безапелляционным утверждением автор публикации АС. Ноздровский приводил список стран, среди которых почему-то была и Англия (!), а также Америка, в которой количество привитых от оспы традиционно было невелико, невзирая на решения властей [Город Творцов](#), и упускал, например, Швейцарию, давно (еще в 1883 г.!) отменившую обязательность прививок, или Австралию, где обязательность прививок существовала в течение лишь очень

недолгого времени (после смерти от прививок нескольких детей правительство отменило обязательность этой процедуры); в этих и других «беспрививочных» странах оспы практически не было. В то же время среди упоминавшихся автором в качестве «свободных» от оспы стран была Япония - действительно, с самыми жесткими прививательными законами, и при этом... беспрерывно страдающая от тяжелейших оспенных эпидемий. Об этой стране я хотел бы сказать несколько слов особо.

Япония приняла закон об обязательных прививках младенцам в 1872 г. Закон исполнялся, как и принято у японцев, неукоснительно.

Оспа «не обратила на это никакого внимания», и эпидемии продолжались. Тогда в г. был принят новый закон, требующий прививки каждые 7 лет. С по 1892 г. в Японии было проведено 25 474 370 вакцинаций, ревакцинаций и реревакцинаций, если можно так выразиться.

Итог был вполне предсказуем: в течение этих самых семи лет в Японии было зарегистрировано 156 175 случаев оспы, из которых 38 379 (почти 25%) закончились смертью.

Это было значительно выше смертности в тот период, когда в Японии вообще не было ни одного привитого против оспы.

Заключительным аккордом к семилетке прививочного безумия стал 1893 год: 41898 случаев заболевания оспой и 11852 случая смерти. В 1896 г. японский парламент принял закон, который немедленно было подписан микадо: возраст первой ревакцинации снизился с семи до пяти лет. Невыполнение закона каралось строжайшим образом.

Главный хирург Японии, барон Такалира, принимавший участие в некоем торжественном мероприятии английской медицинской администрации в 1906 г., гордо сообщал: «В Японии нет противников прививок. Каждый ребенок получает прививку в возрасте до 6 месяцев, ревакцинируется, когда идет в школу в возрасте 6 лет. Следующая ревакцинация в 14 лет, когда он переходит в среднюю школу. Мужчины получают прививку перед поступлением на военную службу. Потом прививки проводятся каждый раз при очередной вспышке оспы». История умалчивает о том, задали ли барону вопрос: откуда же берутся эти самые «очередные вспышки»,

когда среди населения давным-давно уже нет никого, кто бы не получил полную порцию прививок? Пример Японии подтвердил вывод некоторых исследователей: при неменяющихся санитарно-гигиенических условиях смертность населения от оспы возрастает по мере увеличения количества прививок от нее... [Город Творцов](#)

Вполне иллюстрирует знакомство АНоздровского с предметом его изучения такая цитата: «В тех городах и государствах, где исчезла оспа благодаря обязательной иммунизации населения, % отношение успешных прививок достигает 97,01 и не бывает менее 95,45%» [Город Творцов](#).

Такие фантастические цифры прививочного «охвата» вряд ли можно было тогда найти и в наиболее прививающих странах с самым что ни на есть законопослушным населением [Город Творцов](#).

Вывод автора был вполне ясен: «...система оспопрививания, основанная на увещеваниях и уговорах, не может сопровождаться успехом, о чем свидетельствует столетний опыт практического оспопрививания в России, не уменьшивший количества оспенных больных... Очевидно, само население не может преодолеть своей пассивности в приобретении иммунизации посредством оспопрививания и нуждается во внешних стимулах воздействия - в обязательности оспопрививания или в интенсивных моральных воздействиях» [Город Творцов](#).

Разумеется, слабое и безвольное царское, а потом и Временное правительство на такие «интенсивные моральные воздействия» оказалось неспособным, чего нельзя было сказать о большевиках, с которыми вакцинаторы быстро нашли общий язык и которые незамедлительно помогли населению «преодолеть свою пассивность», причем далеко не только в прививочном вопросе.

Русский, а потом и верноподданный советский микробиолог Н. Ф. Гамалея (1859-1949), с 1912 г. заведовавший Санкт-Петербургским (позднее - Петроградским) оспопрививательным институтом, один из тех чиновников с академическими титулами от медицины, кто был готов служить любой, даже самой людоедской власти, лишь бы та давала ему сытный паек и сохраняла за ним посты, вовремя ввернул проект борьбы с натуральной оспой. Нет сомнений, что и

малограмотным, особенно в медицинских вопросах, красным комиссарам Гамалея повторил вслед за Прусской Медицинской комиссией, что прививки коровьей оспы совершенно безопасны [Город Творцов](#).

Уже в 1918 г. оспопрививание стало всеобщим и обязательным в северных областях, а 10 апреля 1919 г. Ленин подписал декрет Совета Народных комиссаров «Об обязательном оспопрививании», которым устанавливалось: «В целях более успешной борьбы с эпидемией оспы и для улучшения существующей ныне постановки оспопрививания Совет Народных комиссаров постановил: установить в Республике обязательность оспопрививания на нижеследующих основаниях: 1) обязательному оспопрививанию подлежат все родившиеся, 2) все поступающие в учебные заведения всех типов, приюты и интернаты, 3) все поступающие и поступившие в армию и флот, 4) все рабочие и служащие во всех предприятиях и учреждениях, 5) все поступающие в тюрьмы и др. места заключения... Лица, уклоняющиеся от обязательного оспопрививания, а равно и лица, не озаботившиеся своевременным производством обязательного оспопрививания своим несовершеннолетним детям или другим несовершеннолетним, находящимся на их попечении, а также учреждения, в ведении которых находятся подлежащие оспопрививанию группы населения, подлежат ответственности перед Народным Судом» [Город Творцов](#).

Впрочем, вряд ли дело часто доходило до народных судов. Были и другие, вполне большевистские методы решения проблемы: «Помимо санитарной пропаганды... использовался и ряд достаточно жестких нестандартных мер (при уклонении от прививок - лишение продовольственных карточек, жалованья, отказ в прописке для приезжих и др.). Факт прививки подтверждался специальным штампом в трудовой книжке, а у детей - в метрике» [Город Творцов](#).

Нестандартно, что и говорить. Но вполне в рамках представлений о законности - так, как это понималось в Советской России.

Сейчас трудно сказать, были ли фантастические успехи (практическое исчезновение натуральной оспы к 1930 г.), достигнутые в СССР, выдумкой или же в какой-то степени соответствовали реальному положению дел. Вакцинаторы всегда

очень любили фальсифицировать статистику в свою пользу, а в стране, где фальсификация являлась официальной государственной политикой, им, конечно, было особое раздолье. Одно несомненно: не будь в 1920-х годах реорганизована вся медицинская система и введен жесточайший санитарный контроль с ранней изоляцией заболевших и наблюдением за контактировавшими с ними (очевидно, среди консультантов были и другие специалисты, грамотнее патологических при-вивателей вроде Гамалеи), оспа вряд ли была бы серьезно потревожена даже в том случае, если бы всех прививали каждый год.

В то время, когда в Советской России принимались законы об обязательном оспопрививании, позднее распространившиеся на весь СССР, прививочная кампания терпела очередное фиаско - на этот раз на Филиппинах. Под испанским владычеством эта страна уже вкушала прививочные «блага» с 10%-ной эпидемической смертностью от оспы, но особого усердия в этом деле традиционно ленивые испанцы не проявляли, что, вероятно, и спасало какое-то время филиппинцев. Оспа действительно причиняла островитянам немало неприятностей из-за совершенно неудовлетворительной санитарно-гигиенической обстановки.

Но вот Филиппины были захвачены Соединенными Штатами [Город Творцов](#), и положение резко изменилось. Новые территории стали отличным рынком сбыта вакцин - естественно, принудительного, иначе аборигены не уразумеют всех «преимуществ» изобретенного европейцами метода отравления организма и распространения болезней.

Постоянные и обязательные прививки против оспы начались в 1905 г. С 1911 по 1920 г. на островах было сделано 24 436 889 прививок [Город Творцов](#).

На фоне 95% привитого десятиmillionного населения в страшную эпидемию оспы 1918-1920 гг. было зарегистрировано 163 000 случаев, из которых 71 000 закончилась смертью (здесь есть некоторый разнобой в данных: по некоторым найденным мною источникам, это соотношение было 112 549 и 60 855 соответственно; меньше случаев, но смертность ощутимо выше).

В наиболее вакцинированной части Филиппин, а именно в Маниле... читатели уже догадываются? Смертность от оспы была чудовищно высокой - 65,3%: 1326 случаев заболевания и 869 смертей. Наименьшая смертность (11,4%) была там, где вакцинаторам активно сопротивлялись; на Филиппинах это был остров Минданао, жители которого известны своими «религиозными предрассудками» (включавшими отказ от прививок). Попутно: эпидемия оспы была лишь частью эпидемических несчастий, свалившихся на население Филиппин в эти годы. По Лионелю Доулу, эта эпидемия совпала (случайно ли?) с эпидемиями малярии (93000 умерших), инфлюэнцы (91000 умерших), туберкулеза (80000 умерших), дизентерии, холеры и тифа (70000 умерших от всех трех болезней)[Город Творцов](#).

Несмотря на все прививки, оспе не было сделано исключения в скорбном мартирологе. Есть очень интересная дополнительная информация относительно этой страшной эпидемии, которая, возможно, прольет свет на ее причину. В 1918 г. США почему-то потребовалось реализовать большее количество вакцин, чем обычно. В этом году, при отсутствии каких-либо признаков эпидемии (были единичные случаи оспы с мягким течением, которые уже долгие годы постоянно присутствовали на Филиппинах), с помощью армии (наряду с полицией - отличный инструмент для обеспечения потребления спасительных медицинских услуг!) прививки были сделаны 3 285 376 филиппинцам. Из ранее привитых 47 369 заболели оспой, а 16 477 умерли. Само собой разумеется, что единственно возможный вывод, к которому могли прийти вакцинаторы, - мало прививок. Тем более что по какому-то загадочному стечению обстоятельств именно в этом году началась оспенная эпидемия. В 1919 г. прививки были сделаны уже 7670252 человекам. Из них заболело 65180, а 44408 умерло. То есть после первого прививочного налета умерло около трети заболевших, а после второго - две трети. Вероятно, если бы эпидемия продлилась еще, американцы (со своими прививками) и другие инфекционные болезни просто бы постепенно истребили всех островитян[Город Творцов](#).

Вернемся снова на Британские острова. После 1907 г. острота прививочного вопроса сошла с повестки дня, и многие организации,

боровшиеся с прививочным насилием, постепенно прекратили свое существование. Однако промывание мозгов публике и, естественно, молодой врачебной смене не прекратилось ни в малейшей степени. Хочу ненадолго обратиться к дискуссии, начало которой было положено статьей д-ра Р. Гарроу, опубликованной в «Британском медицинском журнале» 14 января 1928 г., в которой он показал, что смертность от натуральной оспы в Англии и Уэльсе в 1923 и 1926 гг. среди привитых в возрасте старше 15 лет была **в 5 раз выше, чем среди непривитых**.

В обсуждении, состоявшемся на страницах журнала 21 января, д-р Гарроу, помимо всего прочего, был обвинен еще и в том, что он (а не прививки, разумеется) своими вредительскими публикациями дает могущественное оружие в руки противников вакцинаций (письмо д-ра Ф. Вине). Там же было опубликовано письмо недоумевающего д-ра Перри. Молодой врач был воспитан, по его собственным словам, в вере, что натуральная оспа - болезнь непривитых, у которых она ведет к ужасающим последствиям; привитым же она не доставляет никаких беспокойств. Как статья Гарроу, так и его собственные наблюдения убеждали д-ра Перри в обратном.

Накопившиеся у него вопросы он суммировал следующим образом:

1) Каким образом может быть, что натуральная оспа в пять раз смертельней для привитых, чем для непривитых?

2) Как могло случиться, что при неуклонно снижающемся проценте привитого населения (с 85% в 1870 г. до 40% в 1925 г.) процент заболевающих натуральной оспой эквивалентен этому снижению, причем в те годы, когда меньше всего прививок, регистрируется и самая низкая заболеваемость оспой?

3) Каким образом могло произойти, что в самых прививаемых городах - Бомбее и Калькутте - оспа постоянно на подъеме, в то время как в наименее привитых городах, вроде Лей-стера, она почти неизвестна?

4) Как может быть объяснен тот факт, что 80% поступающих в городские больницы из-за оспы привиты и лишь 20% не привиты?

5) Как могло быть такое, что в Германии, наиболее прививаемой стране мира, больше смертей от оспы пропорционально населению, нежели в Англии: в 1919 г. - 28 смертей в Англии и 707 в Германии, в 1920 г. - 30 в Англии и 354 в Германии; в 1919 г. в Германии 5012 случаев заболевания и 707 смертей, а в Англии в 1925 г. - 5363 случая и 6 смертей. Как можно все это объяснить?

б) Можно ли приписать снижение заболеваемости натуральной оспой и смертности от нее тому же, чем объясняется снижение заболеваемости другими инфекциями и смертности от них, т.е. улучшившимися санитарией и административным контролем?»[Город Творцов](#).

В редакционном комментарии ощущалось с трудом скрываемое раздражение и имелся бессильный совет доктору «быть достаточно умным, чтобы не выдавать допущения за факты», хотя Перри ссылался именно на хорошо всем известные факты, от которых упорно бежали вакцинователи...

Заболеваемость оспой, начав стремительно снижаться в конце XIX столетия, к середине XX в. практически исчезла из развитых стран, при этом вне всякой зависимости от того, насколько хорошо было в них поставлено прививочное дело и имелись ли соответствующие законы, требующие обязательных вакцинаций-ревакцинаций. Продолжали страдать от натуральной оспы лишь страны третьего мира, причем опять же вне всякой зависимости от прививочной политики. Так, хуже всего дела обстояли в Бразилии, Индии, Индонезии, Конго, Нигерии, Пакистане и Сьерра-Леоне.[Город Творцов](#).

В ряде стран прививки были отменены не потому, что перспектива оспенной вспышки казалась ничуть не страшной, а потому, что перед последствиями прививок бледнела сама натуральная оспа. Даже советским авторам дозволили (правда, лишь в книге для врачей) написать следующее: «Почти параллельно с введением в практику вакцин появились сообщения о побочном их влиянии. Так, вакцинация против оспы, даже проводимая по всем правилам, вызывала у ряда больных осложнения. О наиболее тяжелых из них - менингоэнцефалитах - вначале запрещали сообщать в печати, чтобы не отпугнуть население от проведения вакцинаций. Несмотря на

запрет, рост числа поражений мозга после прививок привел к появлению сообщений в литературе, в первую очередь в Дании, затем в Голландии, Германии, Франции, России. В некоторых странах от этих осложнений умерло людей больше, чем от заболевания натуральной оспой. В Голландии в 1954 г. от поствакцинальных энцефалитов погибал один на 60 привитых, что вызвало панику в стране... Кроме энцефалита описывались и другие осложнения - вакцинальная экзема, генерализованная и ползучая вакциния и др. Выделение вируса из ликвора и мозга погибших показало, что возбудитель этих осложнений один и тот же - вирус вакцины»[Город Творцов](#).

Впрочем, это было только в книгах для специалистов. Аширокую публику продолжали потчевать баснями: «Своевременная прививка всех здоровых детей против оспы практически безопасна и полностью предохраняет от этой страшной болезни»[Город Творцов](#).

Прививки собирали свою жатву и при ликвидации вспышек, когда прививали всех контактировавших подряд. Так, при вспышке натуральной оспы в марте 1953 г. в йоркширском городке Тодмордене (19 тыс. населения, последняя смерть от натуральной оспы в 1893 г., последние случаи заболевания - в 1920-х годах), детально описанной в книге Диксона в изложении д-ра Лайонса, принимавшего участие в ее ликвидации[Город Творцов](#), при 38 заболевших и шести скончавшихся прививки были сделаны нескольким тысячам человек, что привело к двум дополнительным смертям (от генерализованной вакцинии и энцефалита), и еще один человек тяжело пострадал от энцефалита, хотя и остался жив.

Показательно, что никто из них вообще не находился в фактической группе риска (среди так называемых контактов 1-й, 2-й или даже 3-й групп). Д-р Лайонс в своем отчете критиковал систему, при которой врачи получают деньги за прививочный «охват», стимулирующий проведение никому не нужных прививок в погоне за заработком: все, что на самом деле требовалось, это сделать прививки нескольким десяткам «контактов» 1-й группы. Врачи-прививатели заработали на этой вспышке по 200 фунтов стерлингов (что тогда, вероятно, было очень неплохими деньгами). В 1962 г., когда

во время локальной вспышки оспы в Южном Уэльсе заболели 66 человек, 21 из которых скончались, обезумевшие с перепугу, забывшие лейстерские уроки и зомбированные на прививках власти начали срочно вакцинировать всех, кто контактировал, мог контактировать, мог контактировать с теми, кто контактировал (по некоторым данным, привито было до 900 тыс. человек!)... и в итоге поствакцинальные осложнения отправили на тот свет еще 17 человек, не говоря уже о тех, кто пострадал от прививок «легко», став инвалидом или тяжело заболел.

В 1958 г. с инициативой начать кампанию по искоренению натуральной оспы выступил представитель СССР на Всемирной Ассамблее здравоохранения, вирусолог проф. В.М. Жданов (1914-1987). «По представленным расчетам, при 80% привитых можно было достичь прекращения циркуляции вируса и ликвидации болезни в 4-5 лет. Советский Союз предложил большое количество вакцины; так же поступили и многие другие индустриально развитые страны»<sup>Город Творцов</sup>.

Советская инициатива была встречена среди экспертов ВОЗ отнюдь не единодушно. Так, проф. Арье Цукерман из вирусологической экспертной группы ВОЗ категорически противился плану всепланетных прививок, заявляя, что последствия такого мероприятия будут неизмеримо опаснее самой болезни<sup>Город Творцов</sup>.

Впрочем, сама идея искоренения натуральной оспы была вполне реаль-

87

88

89 (ст. след. стр.)

ной по причинам, не имеющим к наличию или отсутствию прививок ни малейшего отношения. Натуральная оспа принадлежит к числу антропонозов, т.е. болезней, возбудители которых поражают лишь человека (как и скарлатина, корь, полиомиелит и др.). Кроме того, при натуральной оспе нет животных и насекомых, переносящих болезнь (в отличие от чумы или брюшного тифа), нет и естественных животных резервуаров возбудителя (в отличие от малярии). При

натуральной оспе не бывает «здоровых носителей» инфекции (в отличие от дифтерии) - заражающийся оспой непременно заболевает ею в той или иной форме. При этом клинические симптомы оспы ясно различимы и практически не могут быть перепутаны с симптомами других болезней (как нередко путают, например, симптомы кори и краснухи). Вирус натуральной оспы генетически стабилен (в отличие, скажем, от вируса гриппа), так что человечеству за всю его историю борьбы с натуральной оспой приходилось иметь дело с одной и той же болезнью в двух ее основных разновидностях (вариола и вариолоид, вызывавшихся вирусами *variola major* и *variola minor*), с одними и теми же проявлениями, различавшимися лишь степенью своей выраженности. Восприимчивость к вирусу натуральной оспы в человеческом сообществе далека от абсолютной и намного ниже таковой, например, к вирусу коклюша и ветряной оспы, не говоря уже о кори (по данным некоторых авторов, восприимчивость к натуральной оспе не превышает 50%), а потому любая вспышка заболевания вполне поддается контролю путем ранней изоляции заболевших и активного наблюдения за контактировавшими с ними.

Кроме того, имелись примеры стран, которые были практически свободны от натуральной оспы без всяких повелевавшихся законом прививок. Так, в Австралии, Англии, Бахрейне, Лихтенштейне, Люксембурге, Монако, Омане, США, Уругвае, Франции, Финляндии, Швейцарии и еще ряде мелких стран прививки против натуральной оспы не были обязательными [Город Творцов](#), и соответственно привит там был небольшой процент населения, а ревакцинирован совсем уж незначительный. Фактически в ряде стран эндемическая натуральная оспа не отмечалась уже много лет (в СССР последний «собственный» случай был отмечен в 1937 г., в США - в 1949, в Канаде последняя вспышка была в 1916 г. и т.д.), а «импортированную» оспу благодаря системе четко отлаженных санитарных и административных мероприятий удавалось быстро локализовать.

В СССР последний случай ввозной оспы был зарегистрирован в 1960 г. От больного, побывавшего в Индии и там заразившегося оспой, в Москве были инфицированы 19 человек (7 родственников, 9

человек персонала и 3 пациента больницы, в которую он был госпитализирован с нераспознанной оспой), затем от этих 19 заразились еще 23 человека и от последних - еще трое [Город Творцов](#).

Неужели же все они были непривиты, откуда столько непривитых в стране тотальных прививок? Ну, нет. «Все заболевшие вакцинировались в детстве. В 1957 г. ревакцинировались 10 человек, у трех из них была положительная реакция на прививки. В 1960 г. было ревакцинировано 23 человека до заболевания, из них с положительной реакцией - 14. Во время заболевания было ревакцинировано 14 человек, из них с положительным результатом - пятеро» [Город Творцов](#).

Итак, из 46 заболевших в Москве в детстве получили прививки все, 23 человека - в том же самом году, в каком заболели (аи да эффективные прививки!), десять человек - за три года до болезни, и еще четырнадцати прививки, сделанные на фоне уже имевшегося заражения, также не помогли. Трое заболевших скончались (из них двое с тяжелыми фоновыми заболеваниями), остальные перенесли оспу разной степени тяжести (в основном вариолоид). Ну и какой же вывод? Вот он, изумительный перл вакцинаторской логики: «Преобладание легких, стертых форм заболеваний при вспышке оспы в Москве в 1960 г. еще раз подтверждает огромное значение обязательных в СССР прививок против оспы» [Город Творцов](#).

Хорошо хоть, что уже не говорилось о прививках как средстве предупреждения оспы - теперь всего лишь утверждалось, что прививки делают оспу легкой и чуть ли не приятной. Этот творческий подход впервые был развит вакцинаторами во время оспенной эпидемии 1816-1819 гг. в Англии, когда впервые обнаружился провал прививок коровьей оспы в национальном масштабе.

Во время той эпидемии, как это нередко случалось и ранее (примеры были приведены проф. Крейтоном в главе о натуральной оспе в его «Истории эпидемий в Британии»), преобладали мягкие формы оспы, что немедленно было приписано благотворному действию прививок. С тех пор присказка «если прививка и не защищает, то делает болезнь мягче» стала одной из самых ходовых в прививочной пропаганде. И в самом деле, как бы ни тяжела была

болезнь, если только она не заканчивается смертью, всегда можно предположить, что без прививки она была бы еще тяжелее, а потому искренне верящему в прививки возразить и в самом деле нечего. Здесь по ходу дела интересно отметить постепенное развитие прививочных установок.

Дженнер заявлял, что прививка коровьей оспы делает привитого на всю жизнь невосприимчивым к натуральной оспе. Его последователи уточнили: не на всю жизнь, а только на время, прививки нужно повторять. Потом оказалось, что прививки, сколько ни повторяй, от болезни все равно не спасают. Лев Бразоль писал об этом в своей книге: «Предохранительная сила вакцинации должна была действовать всю жизнь; потом только 20 лет, потом 15, 10 и 5 лет. Но в последние эпидемии 70-х годов стало ясно, что и 5-летний срок чересчур велик, потому что от оспы сплошь и рядом заболевали и умирали дети спустя три, два года, даже спустя год или часто несколько месяцев после успешной вакцинации».

Наконец, профессор Фридберг в Бреславле, известный защитник принудительного оспопрививания, в своем сочинении о предохранительной вакцинации... говорит, что вакцинация предохраняет от оспы только до тех пор, пока нет оспенной эпидемии, а «при появлении оспенной эпидемии оспенный яд приобретает такую силу заразительности, что уничтожает предохранительную силу предшествовавшей вакцинации». Из этого ясно, что предохраняющая сила вакцинации равняется нулю и то, чего не может дать вакцинация, понятно, не может быть достигнуто посредством ревакцинации» [Город Творцов](#).

Когда факт бессмысленности и повторных прививок стало уже невозможно отрицать, тогда в ход пошло новое изобретение: да, заболевания они вообще не предотвращают, но зато уменьшают смертность среди привитых и делают течение болезни у них мягче. Это последняя линия прививочной обороны, дальше этого идти уже некуда: следующим логическим шагом остается только заявить, что прививки вообще никакого влияния на заболеваемость и смертность не оказывают.

Впрочем, наряду со стандартными пропагандистскими рассуждениями было подтверждено и всем давно известное: «Московская вспышка, как и многие аналогичные за рубежом, подтверждает, какое большое значение для предупреждения оспы имеет полноценная своевременная диагностика первого заболевания. Вместе с тем даже в больших городах при достаточно развитой медицинской сети просмотр заболеваний оспой, как показывает опыт ряда стран, не может вызвать значительных эпидемий. В худшем случае вспышка ограничивается десятками заболеваний. Этим оспа в странах, высокоорганизованных в медицинском отношении, отличается по течению от развития заболевания в отсталых странах, где оспой болели и болеют тысячи и десятки тысяч людей даже в последние годы» и «Далеко не всегда завоз инфекции ведет к вспышкам ее, а тем более к эпидемическому распространению оспы. Материалы Всемирной Организации Здравоохранения служат доказательством, что в половине (10 из 18) случаев завоза оспы в страны, где болезнь ликвидирована, наблюдаются лишь единичные случаи. Медицинские работники должны помнить, что болезнь не получает распространения не только в связи с достаточно напряженным иммунитетом населения, но даже при его недостаточной резистентности, если вовремя изолировать больного (выделено мной. - А.К.)[Город Творцов](#).

Или: «Фридеман (Friedeman, 1927) наблюдал сотни лиц, контактировавших в общих помещениях с больными оспой. Он изолировал из числа контактировавших только заболевших при появлении первых же признаков заболевания и не видел ни одного случая дальнейшего распространения оспы, зависевшего от передачи инфекции изолированными больными. Диксон (1948) приводит аналогичные наблюдения. Эти данные показывают, что ранняя госпитализация больных оспой представляет собой мощное средство предупреждения ее распространения. А если это так, то обсервация "контактов", сопровождающаяся госпитализацией всех тех, у кого появились микросимптомы инфекционного заболевания, является достаточно сильным профилактическим мероприятием. Вместе с вакцинацией эти мероприятия достаточны для

профилактики оспы. При них отпадает необходимость карантинизации лиц, контактировавших с больными. Обсервация заключается в измерении температуры до и после окончания работы и осмотре кожных покровов и слизистых оболочек лиц, контактировавших с больным оспой»[Город Творцов](#).

Выкинуть отсюда вакцинацию, и мы получим Лейстер в чистом виде!

Уже в разгар «коллективных усилий всего человечества по искоренению натуральной оспы», в 1971 г. Англия и США вообще прекратили прививки против натуральной оспы, поскольку риск тяжелых осложнений безмерно перевешивал предполагаемую пользу. Так, в США при фактическом отсутствии самой болезни за 1959-1968 гг. противооспенные прививки стали причиной только официально зарегистрированных 68 смертей - 60 при первичной вакцинации и 8 при ревакцинации [Город Творцов](#).

О точной статистике смертей и инвалидностей после оспенных прививок в СССР мы вряд ли когда-нибудь узнаем, но по некоторым отрывочным сведениям можно предположить, что их число не только ничуть не уступало американскому, но и, вероятнее всего, его превосходило. Так, в одном только Ленинграде за четыре года в клинике прививочных реакций НИВДИ после прививок против оспы было госпитализировано 173 ребенка, из них 37 - с поражением центральной нервной системы (энцефалопатия - 29, энцефалит и миелит - по 3, менингоэнцефалит и серозный менингит - по 1), остальные - с генерализованной вакцинией, вакцинальной экземой, ползучей вакцинией, обострением других болезней на фоне прививок. Сколько детей погибло, сколько осталось инвалидами и вообще были ли выздоровевшие, автор публикации не сообщает, ограничиваясь скромным, «исход заболевания чаще зависел от времени начала специфической терапии (гамма-глобулин, метисазонидр.)» [Город Творцов](#).

Вопрос об осложнениях прививки от натуральной оспы довольно подробно разбирается в ВОЗовской «Натуральной оспе и ее искоренении» Ф. Феннера и соавторов [Город Творцов](#).

Учитывая, что смертность при поражении мозга после оспенных прививок традиционно была высокой (от 30 до 80% - по данным разных авторов) и, кроме того, вакцинальная экзема и ползучая вакцинация также отнюдь не редко могли стать причиной смерти <sup>Город</sup> [Творцов](#), и экстраполируя эти данные на весь СССР за 60 лет прививок против оспы (включая в расчет систематически ревакцинируемых, также дающих свой процент заболеваемости и смертности после прививок), можно очень осторожно предположить, что не менее нескольких десятков тысяч человек от оспенных прививок в СССР погибло и многократно больше стало инвалидами. Была ли в этом необходимость?

И разумеется, я обязан подчеркнуть, что речь здесь идет только о непосредственно связанных с прививками и доказанных осложнениях. Однако на протяжении всей прививочной истории говорится и пишется о том, что прививки способствуют развитию самых опасных болезней. Например, относительно рака д-р Элеонор Мак-Бин в своей книге приводит такие высказывания специалистов: «Главной, если не единственной причиной чудовищного роста заболеваемости раком являются прививки» (д-р Роберт Белл, ведущий специалист Лондонского ракового госпиталя); «Я уверен, что около 80% всех смертей от рака обусловлено прививками.

Последние известны своим опасным и необратимым воздействием также на сердце» (д-р Герберт Сноу, хирург Лондонского ракового госпиталя); «Я не стесняюсь заявить, что, по моему мнению, самая частая предрасполагающая причина развития рака вносится в кровь вакцинациями и ревакцинациями» (д-р Деннис Тернбул, исследователь рака после 30 лет изучения проблемы) <sup>Город</sup> [Творцов](#).

Формат книги в целом и этой главы в частности является единственным ограничением для того, чтобы опубликовать сотни заявлений такого рода, связывающих прививки с самыми разными заболеваниями. Из той же книги Мак-Бин я просто приведу статистику увеличения заболеваемости в США за 70 лет (до 1957 г.): психические болезни - 400%, рак - 308, анемия - 300, эпилепсия - 397, болезни сердца - 179, диабет - 1800, полиомиелит - 680. Многие

уважаемые доктора, серьезно занимающиеся проблемами прививок и не связанные с прививочным бизнесом, могли бы сказать читателям, что за эти страшные цифры во многом следует «благодарить» вакцинации.

Курс на искоренение натуральной оспы был одобрен ВОЗ в 1959 г., а кампания стартовала в начале 1960-х годов. Разумеется, лейстерский опыт не был указом для ВОЗ, а потому никаких иных идей, как ликвидировать оспу без прививок, у большинства ВОЗовских экспертов возникнуть не могло. Ударная кампания по борьбе с оспой прививками довольно быстро показала свою полную неэффективность - оспу вакцинациями обмануть не удалось, как не удавалось в течение всего прививочного периода со времен Дженнера.

Прививок становилось все больше, а количество случаев заболевания оспой ничуть не уменьшалось. Пришлось скрепя сердце возвращаться к лейстерским баранам... Новая стратегия и новая «интенсифицированная» программа были опробованы в 1967 г., когда после 7 лет усердного прививания 42 страны сообщили о 131 000 случаях оспы (причем, по оценкам экспертов ВОЗ, это составляло лишь около 5% всех действительных случаев). Перенесение акцента с прививок на раннюю изоляцию заболевших и наблюдение за контактировавшими с ними, как это было и в Лейстере, оказалось таким же «удачным» и в мировом масштабе. Ливерпульский микробиолог, проф. Деррик Бэксби, один из крупнейших специалистов по оспенным вакцинам и автор многочисленных публикаций по натуральной оспе, заявивший в своей заметке в «Британском медицинском журнале», что рассказы об искоренении оспы прививками подходят разве что для научно-популярных брошюр [Город Творцов](#).

Заключение. Думаю, что, прочитав эту главу, читатель захочет спросить: хорошо, что же вообще представляли собой эти самые болезни, прививание которых человеку якобы защищало его от натуральной оспы? Забавно, но, похоже, четкого ответа на этот вопрос нет. Вся эта история с лошадиным мокрецом и коровьей оспой с самого начала была тесно связана с корыстными выдумками

Дженнера, несколько раз менявшего свои взгляды на природу и свойства коровьей оспы в зависимости от того, что можно было удачнее «сбыть» публике, а потому, по точному выражению проф. Крейтона, никогда не говорившего прямо, если можно было быть скрытным и туманным.

Начнем с так называемого лошадиного мокреца (horsegrease), болезни лошадиной бабки, которую Дженнер в первом и самом главном своем эссе 1778 г. объявил «источником истинной коровьей оспы». Мысль о прививании вонючего гноя с лошадиных копыт была принята публикой столь недружественно (особенно отговаривали Дженнера от этой идеи д-ра Вудвиль и Пирсон в Лондонском инокуляционном госпитале), что с 1799 г. и далее Дженнер не обмолвился о ней более ни единым словом, переключившись на уникальную «самозарождающуюся» коровью оспу. Проф. Д. Бэксби дает в своей книге лаконичные сведения о тех заболеваниях лошадей, которые могут рассматриваться в качестве имеющих отношение к вопросу о натуральной оспе и защите от неё [Город Творцов](#).

Я лишь вкратце суммирую эту информацию. Существует очень много неточностей в описаниях различных лошадиных болезней и в их названиях. Если предположить, что Дженнер говорил о той болезни, что называется мокрецом и в наши дни, то она не имеет никакого отношения к натуральной оспе и в целом к семейству вирусов Poxviridae, к которому относятся разные «оспенные» вирусы. Эта болезнь возникает у лошадей, которые содержатся в условиях повышенной влажности и имеют постоянный контакт с грязью. При улучшении условий содержания эта болезнь, предположительно вызываемая грибом *Dermatophilus congolensis*, проходит бесследно. Под болезнью же, называвшейся в ХГХ в. лошадиной оспой (horserox), ныне понимают совершенно другую болезнь, также не имеющую никакого касательства к интересующему нас предмету, а именно лошадиную экзантему, вызываемую вирусом герпеса.

Сейчас трудно сказать, откуда именно брали вакцинаторы свой «чудодейственный» материал и насколько можно верить их рассказам о невероятных успехах в защите от натуральной оспы с помощью лошадиного мокреца. Бэксби предполагает, что тем не

менее в XIX в. существовала некая другая, истинная лошадиная оспа, предположительно вызывавшаяся вирусом из того же семейства Poxviridae, подсемейства Chordopoxviridae и вида Orthopoxviridae, при этом невесть откуда бравшимся - вероятно, так же как и в случае с коровьей оспой (см. далее), источником становилось «неизвестное маленькое дикое животное» (some unknown small wild animal)<sup>Город Творцов</sup>, усердно поставлявшее нужные вирусы домашним животным.

Отдавая дань ловкости этого неуловимого маленького хитреца<sup>Город Творцов</sup> (бывшего, кстати, директором английского Правительственного института прививочных лимф, открывшегося в 1899 г.), да и в том описании не было ничего важного.

Известно, что при контакте с рукой человека она вызывала язвы, сходные с теми, которые вызывала коровья оспа. Д-р Джон Лой из Йоркшира экспериментировал с лошадиной оспой, прививая ее сначала коров, а потом уже детей, в том числе и друг от друга, и инокуляционный тест у него неизменно показывал, что они защищены. Об этом он сообщил в своей статье «Отчет о некоторых экспериментах по выяснению источника коровьей оспы» в 1801 г.<sup>Город Творцов</sup> Он послал ее копию Дженнеру; тот одобрил эти изыскания и заявил в одном из частных писем, что «они убедительно подтверждают мои ранние высказывания».

Однако к тому времени, как я сказал выше, Дженнер навсегда решил отказать лошадиному мокрецу в каком-либо участии в своей теории, и никакого дальнейшего развития дело не получило, хотя Дженнер и потом использовал лошадиную оспу наравне с коровьей. Поскольку сама эта болезнь была достаточно редкой и практически никогда не служила источником приви-вочныхлимф<sup>Город Творцов</sup>, никакой объективной интерпретации результатов нескольких сомнительных по качеству экспериментов восторженных исследователей сейчас быть уже не может, а самой болезни более не существует, то всю историю с лошадиной оспой можно признать слишком туманной и не слишком достоверной, хотя и в цитируемой книге, и в более поздних своих работах проф. Бексби заявлял, что вирус вакцины происходит именно от той самой (таинственной и так вовремя исчезнувшей!) лошадиной оспы. В первую очередь

возникает вполне логичный вопрос о причинах этого поспешного исчезновения «правильной» лошадиной оспы. Неужели из-за того, что перевелись загадочные «неизвестные маленькие дикие животные», не дожидаясь, когда они станут предметом беспристрастного научного изучения?

Но что же с заветной коровьей оспой? Не желая утомлять читателя деталями, которые могут представлять интерес лишь для специалистов, я, как и в случае с лошадиным мокрецом, лишь суммирую нынешние представления по этому вопросу (которые до сих пор являются предметом дискуссии).

То, что в XIX в. и ранее именовалось коровьей оспой, может быть проявлением нескольких совершенно различных болезней, в том числе чаще всего встречающейся паравакцинии, вызванной парапоксви-русом, которой нередко заражаются от скота фермеры [Город Творцов](#), коровьей оспы (вирус которой, как и вирус натуральной оспы, относится к тому же виду Orthopoxviridae), а также бычьего герпеса и нескольких видов бородавок.

Коровья оспа, несмотря на свое название, на самом деле не является болезнью коров (ею, так же как и коровы, заражаются представители семейства кошачьих, а также слоны, носороги, муравьеды, окапи; описано заражение коровьей оспой домашней собаки), но кто является истинным хозяином этого вируса - неизвестно (см. выше, о «неизвестном маленьком диком животном»). Человек в целом очень мало восприимчив к этой болезни (так, в Англии регистрируется один-два случая в год) [Город Творцов](#), причем в половине случаев заражение происходит вовсе не от коров, а от кошек.

Увидел ли Дженнер настоящую коровью оспу или позднейшее обнаружение этой болезни как вызываемой вирусом того же семейства и вида было простым совпадением, останется загадкой. Коровья оспа у домашнего скота традиционно была столь редким явлением, что на всем протяжении XIX в. никогда не служила хоть сколько-нибудь надежным источником прививочного материала.

Сам Дженнер, сделав всего несколько успешных (с его собственных слов) прививок, быстро утратил этот источник и через

некоего студента-ветеринара по фамилии Тэннер, ассистировавшего д-ру Вудвиллю в уже упоминавшемся Лондонском инокуляцион-ном госпитале, получил какой-то весьма подозрительный материал из пустул пациентки по имени Энн Бампас, которая вскоре после прививки коровьей оспы заболела самой настоящей натуральной оспой [Город Творцов](#).

Именно лимфа, полученная Вудвилем из лондонского коровника в Грэйс Инн Лейн и, очевидно, зараженная в его госпитале натуральной оспой, в том числе и от Энн Бампас, дала начало многим европейским лимфам (в том числе и использовавшимся Дженнером). Проследить их судьбу трудно, но, вне всякого сомнения, то, что в течение всего XIX века зачастую выдавалось за прививки коровьей оспы, было не чем иным, как старыми добрыми инокуляциями, с примесью коровьей оспы или без нее не суть важно.

Редкость самой болезни, т.е. этой настоящей коровьей оспы, и еще большая редкость инфицирования ею человека заставляют задуматься над тем, что же Дженнер, Вудвиль и другие действующие лица принимали за коровью оспу. Очень вероятно, что не человек заражался коровьей оспой от коров (как в силу своей малой восприимчивости к вирусу коровьей оспы, так и в силу редкости самой болезни), а коровы заражались натуральной оспой от человека (например, от кого-то из недавно инокулированных работников фермы), а потом уже ослабленной натуральной оспой вновь заражался кто-то из ухаживавших за скотом. Это объясняет, почему пустулы возникали только у коров (а не у быков и телят), и только на вымени - ведь с ним и соприкасались руки свежеинокулированных дояров и доярок. Хотя такое развитие событий вряд ли было очень частым, все же вероятность его была намного выше вероятности заражения человека настоящей коровьей оспой.

В свое время вопросом относительно возможности заражения коров человеческой натуральной оспой занималась так называемая Лионская комиссия во главе с д-ром Шаво, опубликовавшая свой отчет в 1865 г. Хотя коровы и не заболевали типичной натуральной оспой (по ироничному замечанию проф. Крейтона, с таким же

успехом можно было пытаться превратить конский каштан в каштанового коня), тем не менее пустулы получать все же удавалось. Логично предположить, что точно такая же история могла быть не только с коровами, но и с лошадьми, бабки которых могли заражать недавно инокулированные конюхи (которые в те времена, кстати, занимались и дойкой коров, так что могли переносить инфекцию и с вымени коров на бабки лошадей). Полагаю, что частичным подтверждением этой гипотезы может быть описывавшийся гомеопатами успех в лечении натуральной оспы нозодами *Malandrinum* (из лошадиного мокреца) и *Vaccininum* (из коровьей оспы).

Если все это так, то круг замыкается. Никаких оригинальных прививок новой болезни не было - речь шла всё о тех же инокуляциях в различных их модификациях (вирус проходил через коров, лошадей, потом через людей). Да, он терял свойство вызывать типичную натуральную оспу. Однако невозможно отмахнуться от факта, который ряд исследователей со статистикой в руках доказывали, что прививки предрасполагают к последующему заболеванию натуральной оспой, не говоря уже о бесчисленных документированных фактах позорного провала обещанной «защиты», которые вакцинователи традиционно пытались списывать на что угодно, лишь бы не поставить под удар, говоря словами д-ра Седильо, «неприкосновенную святыню», какой является сам оспопрививательный обряд [Город Творцов](#).

После того как тысячи и тысячи спасаемых от натуральной оспы были заражены сифилисом и иными столь же малоприятными болезнями при методе переноса материала «от руки к руке», в разных странах постепенно пришли к необходимости (несмотря на яростное сопротивление некоторых вакцинователей, все еще пытавшихся отрицать очевидное) отказаться от гуманизированной лимфы в пользу телячьей лимфы или метода ретровакцинации. Для получения такой лимфы теленку вносилось содержимое оспенных пустул больного натуральной оспой человека, а когда на животном вызревали десятки оспенных пустул, жидкость бралась из них и фиксировалась глицерином. Никакого отношения к коровьей оспе,

разумеется, эта процедура не имела. Это опять-таки была инокуляция, хотя и модифицированная - ослабление достигалось прохождением вируса оспы через животное. Позднее теленку стали вносить разные штаммы вируса вакцины, о котором необходимо сказать несколько слов.

Когда в конце 1960-х годов были проверены прививочные штаммы, использовавшиеся в ряде стран, то было обнаружено, что некоторые из них (это следовало из структуры ДНК) явно имели своим предшественником вирус *variola*, т.е. вирус, вызывающий натуральную оспу у человека. Такая практика «человек-теленоч-человек» (ретривакцинация) с различными модификациями была распространена до конца 1930-х годов, когда ливерпульским бактериологом Алленом Уолтером Доуни (1901-1988) был обнаружен так называемый вирус вакцины - третий в дополнение к двум уже известным нам вирусам из вида *Orthopoxviridae* (коровьей и натуральной оспы; последний, кстати, был окончательно идентифицирован лишь в 1947 г.) семейства *Poxviridae*. Именно его штаммы лежат в основе всех нынешних противооспенных вакцин. Происхождение этого вируса неизвестно, но предполагается, что он является гибридом коровьей и натуральной оспы. Взаимоотношения трех представителей одного семейства достаточно сложные и не всегда укладываются в традиционные представления о «перекрестной защите» (если вообще верить в универсальность защиты такого рода). Так, прививка оспенной вакцины, основанной на вирусе вакцины, не защищает от инфицирования коровьей оспой, «хотя, возможно, и делает проявления болезни мягче»<sup>Город Творцов</sup> (опять это неизменное «мягче!»).

Итак, «темна вода во облацех». Что именно открыл Дженнер, да и открыл ли он что-то вообще? Вряд ли кто-то может дать ответ на этот вопрос, потому что мы не знаем, с чем он и его последователи имели дело. Если все, что обнаружил Дженнер, это следы натуральной оспы человека на вымени коров (что вероятнее всего и что, я предполагаю, так и было), то приходится отказать ему даже в минимальных почестях. Оставим всё это, однако, под вопросом. Но отвратительные, безнравственные эксперименты на детях, научная

недобросовестность, корысти ради [Город Творцов](#) и безмерная алчность «благодетеля и спасителя человечества» вряд ли могут вызывать какие-либо сомнения у непредубежденного читателя.

Завершая эту главу, вернемся к главному вопросу: какова же была роль прививок в искоренении натуральной оспы? Точный ответ мог бы дать только следующий фантастический сценарий: изобрести машину времени, отправиться в прошлое и каким-то образом помешать Дженнеру объявить об открытии средства, на всю жизнь спасающего от натуральной оспы. Вполне возможно, что тогда исчезновение оспы человечество увидело бы намного раньше, чем это произошло вместе с прививками (как фактически исчезла чума, но с натуральной оспой это сделать, вероятно, было бы еще проще, так как натуральная оспа - это антропоноз, т.е. болезнь лишь человека).

Однако машины времени у нас нет. Значит, остается проанализировать имеющиеся факты. Провалы оспенных прививок на протяжении всей истории прививочной борьбы человека с натуральной оспой хорошо документированы независимыми наблюдателями в разных странах - в настоящей главе я привел лишь самую незначительную часть из наиболее известных. В тех странах, которые полагались исключительно на одни прививки, ничего кардинально не меняя в сфере гигиены и санитарии (Япония, Мексика, Англия до последней четверти ХК в. и др.), натуральная оспа не только никуда не исчезала, но оспенные эпидемии усиливались и становились чаще, забирая, по мере всё большей «привитости» населения, всё больше жертв.

Когда ВОЗ, принципиально игнорировавшая имевшийся опыт, упрямо старалась ликвидировать натуральную оспу одними прививками, она быстро убедилась в полном провале этого плана, после чего была вынуждена фактически перейти к лейстерскому методу - ранней изоляции заболевших и наблюдению за контактировавшими с ними. Однако это был ухудшенный вариант, поскольку он включал прививки контактировавшим с заболевшими оспой, чего в Лейстере практически не делалось. Если проецировать успешный опыт Лейстера, частично предсказанный д-рами

Хейгартом и Симпсоном, на весь мир, то прививки можно смело выбросить - в них просто не было никакой необходимости.

С другой стороны, перед нами примеры не только Лейстера, но и стран, где прививки против натуральной оспы либо не требовались по закону вообще, либо процент привитых был традиционно настолько невелик, что и по самым заниженным вакцинационным меркам ни о каком коллективном иммунитете не могло идти и речи. Впрочем, всё это имеет значение лишь в том случае, если мы верим, что прививки защищают на практике, а не на страницах престижных научных журналов. Ясно одно: не будь прививок - были бы сохранены жизни десятков тысяч жертв поствакцинальных осложнений, не были бы разрушены жизни еще сотен тысяч, ставших после прививок инвалидами, и жизни членов их семей...

Глава об истории натуральной оспы была бы неполной, если бы я не упомянул о научной гипотезе, связывающей с прививками против натуральной оспы СПИД. 11 мая 1987 г. на первой странице лондонской «Тайме» появился большой материал подзаголовком «Прививки против натуральной оспы запустили вирус СПИДа». Советник ВОЗ, пожелавший сохранить анонимность, заявил в своем интервью «Тайме»: «Я считал эту связь чистым совпадением, пока не были получены последние данные относительно возможных реакций на оспенную вакцину. Сегодня я полагаю, что теория, связывающая эту вакцину и СПИД, объясняет внезапное появление последнего». В пользу этой теории, по мнению эксперта ВОЗ, говорит следующее: 1) Семь африканских государств, наиболее страдающих от СПИДа, - это именно те семь стран, в которых наиболее активно проводилась кампания по прививанию от натуральной оспы. 2) Бразилия, единственная страна в Южной Америке, в которой проводились массовые прививки против оспы по программе ВОЗ, имеет самый высокий уровень заболеваемости СПИДом 3) Дети из стран Центральной Африки в возрасте младше 11 лет (т.е. не прививавшиеся против натуральной оспы) имеют меньшую заболеваемость СПИДом 4) Факт, что в Африке СПИД не делает различия между полами, в то время как в западных странах им болеют в основном гомосексуалисты, может быть объяснен следующим образом. Около 14 тыс. гаитян, работавших в Африке под

эгидой ООН, получили там прививки против оспы. Они вернулись на Гаити как раз в то время, когда Гаити стал излюбленным местом развлечений сан-францисских гомосексуалистов 5) Возбудитель СПИДа, который ранее считался учеными «слабым, уязвимым и медленным», приобрел в африканских странах новые, агрессивные черты, что можно объяснить способностью живых вирусов (полученных с прививками против натуральной оспы) пробуждать к жизни дремлющие вирусы, в частности и вирус СПИДа. Когда «Тайме» обратилась за разъяснениями к д-ру Роберту Галло, идентифицировавшему вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), вызывающий СПИД, то он ответил: «Связь между программой ВОЗ по искоренению натуральной оспы и эпидемией СПИДа в Африке - интересная и важная гипотеза. Я не могу утверждать, что всё было именно так, но я давно уже говорю о том, что использование живых вакцин - как например, вакцина против оспы - может активировать дремлющую инфекцию, такую, как ВИЧ» [Город Творцов](#).

Представляет ли всё написанное в этой главе исключительно исторический интерес? Отнюдь. Хотя угрозы натуральной оспы больше не существует, иным вакцинаторам не лень бросить идею о новом массовом оспенном прививании - то в свете ими самими же придуманной угрозы оспенного биотерроризма, то в свете местных вспышек инфекций, связанных с другими вирусами вида *Orthoroxviridae*. Когда американцы в 2002 - 2003 гг. пытались планомерно привить полмиллиона работников служб здравоохранения и спасения, то на прививки согласились лишь 39 тысяч, причем трое заплатились за это жизнью, и еще несколько десятков - лечением в реанимационном отделении. Несколько военнослужащих, привитых от натуральной оспы, наградили контактной вакциной своих жен и детей.

А вот одно из сообщений, повторенных 21-22 февраля 2002 г. во многих российских СМИ: «Как полагает директор НИИ вирусологии имени Ивановского академик РАМН Владимир Львов, есть достаточно оснований, чтобы ввести в России поголовную вакцинацию от этой болезни. Об этом, как передает РИА "Новости", он рассказал во вторник на коллегии Минздрава. Академик отметил, что

хотя оспа и ликвидирована как болезнь, ее возбудитель в природе остался. В африканских джунглях в последнее время регистрируется так называемая "обезьянья оспа", которая, по сути дела, является "оспой, передаваемой через мелких грызунов, обитающих на этом континенте". Возбудитель оспы, передаваемый грызунами, был обнаружен и в нашей стране, в частности на Кольском полуострове, в Заполярье, в среднеазиатской пустыне. По словам Владимира Львова, в мире сейчас существует огромное количество природных очагов, в которых может произойти адаптация к передаче оспы человеку. В связи с этим академик отметил, что он совершенно убежден, что нужно начинать массовую вакцинацию. Правительство США, по его словам, уже закупило 100-300 миллионов доз вакцины для иммунизации населения. Академик отметил также, что наилучшие результаты достигаются при вакцинации детей»[Город Творцов](#).

Не спешите назвать это сумеречным бредом, мои информированные читатели. Российские вакцинологи настолько уверены в том, что раз появившаяся вакцина не может исчезнуть навсегда, что ныне разрабатывают новую адскую смесь: вакцина против натуральной оспы вместе с вакциной против гепатита В. Одна вредная и бессмысленная вакцина будет скомбинирована с другой, не менее вредной и еще более бессмысленной. Как вам понравится вот это: «Российскими учеными из новосибирского научного центра "Вектор" разработан новый, модифицированный вариант вакцины против оспы». Об этом... заявил заместитель директора ГНЦ вирусологии и биотехнологии «Вектор», член-корреспондент РАН Сергей Нетесов. «В центре "Вектор" получен пока лабораторный вариант вакцины на культуре клеток вируса оспы», - уточнил ученый. При этом новый вариант вакцины может одновременно защищать человека и от оспы, и от гепатита В. «Россия и сейчас защищена против оспы - на случай эпидемии в стране есть достаточный запас противооспенной вакцины, но она в ряде случаев вызывает различные болезненные реакции у человека, вплоть до смертельных случаев», - рассказал Нетесов. «То, что сейчас разработано нашими учеными, не является радикально новой вакциной против оспы, но

она более безопасная, вызывает значительно меньше побочных реакций в организме», - заявил замдиректора Центра вирусологии и биотехнологии. «Теперь эта вакцина должна пройти аттестацию на животных в Государственном контрольном институте им. Тарасевича, а затем клинические испытания на безвредность и переносимость на людях. Ученые считают, что по своим параметрам она вполне может быть использована для иммунизации...»[Город Творцов](#).

Не могут смириться специалисты из далекого «Вектора» с тем, что в тунне пропадают заботливо сохраняемые и выращиваемые ими вирусы натуральной оспы, ищут применения им и своей кипучей энергии. Выходит, рано радовались те, кто считал, что вместе с натуральной оспой в Лету кануло не меньшее, а то и большее проклятие - прививки от нее?

Люди... будьте бдительны!

**Ветряная оспа** **Болезнь** Ветряная оспа, заболевание, вызываемое вирусом *Varicella-zoster* из группы герпетических вирусов, относится к числу вполне безобидных детских болезней. Болеют обычно дети дошкольного и младшего школьного возраста. Важно отметить, что «у новорожденных и грудных детей заболевание возникает только в том случае, если мать в детстве не болела ветряной оспой»[Город Творцов](#).

Инфицирование вирусом ветряной оспы беременной на ранних сроках может стать причиной врожденных пороков развития, а на поздних — заражения ветряной оспой новорожденного, когда смертность достигает 31%[Город Творцов](#).

Поэтому перенесение здоровым ребенком, особенно девочками, ветряной оспы в природой предназначенном для того возрасте можно только приветствовать.

Заражение происходит воздушно-капельным путем как от больных ветряной оспой, так и от больных опоясывающим герпесом, известным также и как опоясывающий лишай. Инкубационный период длится две-три недели.

Начинается заболевание остро, с резкого повышения температуры до 38°C и появления сыпи, которая в течение суток

превращается в пузырьки. Через два-три дня пузырьки подсыхают; в течение примерно недели образовавшиеся корочки отпадают, не оставляя рубцов на коже [Город Творцов](#).

Обычно никакого специального лечения не требуется. Витамины А и С, большое количество жидкости (минеральная вода и натуральные соки) и пост в течение нескольких дней в сочетании с отдыхом в чистой постели — вот все, что необходимо при нормальном течении болезни.

После снижения температуры еще в течение суток следует продолжать давать натуральные фруктовые соки, разбавленные водой, затем два-три дня придерживаться вегетарианской диеты. Госпитализация не нужна. Лечение может потребоваться лишь при наличии сильно беспокоящих ребенка симптомов, например зуда или бессонницы при обильных высыпаниях. Очень полезным может оказаться использование гомеопатии [Город Творцов](#).

Первые лекарства, которые должны привлечь внимание в лечении инфекционных болезней, -Aconitum и Belladonna. В связи с тем, что к ним я буду возвращаться еще много раз на страницах настоящего труда, я хотел бы сейчас, при первом упоминании, дать характеристику каждому из них и тем самым предотвратить возможную путаницу в дальнейшем. По точному замечанию известного французского гомеопата д-ра Леона Ванье (1880-1963), «эти два средства никогда не следует чередовать, так как они характеризуются противоположными показаниями» [Город Творцов](#).

Есть несколько достаточно простых дифференциально-диагностических признаков, позволяющих сделать выбор между этими двумя поистине чудесными лекарствами, верное назначение которых позволяет оборвать болезнь в самом ее начале.

Итак, для Aconitum характерны суженные зрачки, «сухой», обычно без пота, жар, возбуждение и страх. Это — средство для здоровых, крепких, упитанных детей, подростков или взрослых, болезнь которых началась с пребывания на холодном сухом ветру или вследствие того, что они оделись не по сезону.

Именно благодаря достатку жизненных сил и нормально функционирующей иммунной системе ответ организма

характеризуется высокой интенсивностью. Болезнь начинается внезапно: «минуту назад был здоров, а сейчас уже болен». «У Aconitum нет признаков медленно развивающейся, длительной лихорадки. Лихорадка Aconitum — это обычно короткая яркая атака» [Город Творцов](#).

Важной чертой лекарства является сильная жажда. Пациент постоянно требует холодной воды, но жажды она не утоляет. Состояние улучшается в прохладе (больной снимает одежду, сбрасывает одеяло).

Иная картина характерна для Belladonna. Профессор Джеймс Тайлер Кент (1849-1916) выделял специфическую триаду этого лекарства: жар, краснота и жжение. «Жар бывает настолько силен, что, дотрагиваясь до больного Belladonna, вы сразу же отдергиваете руку, как будто прикасаетесь к раскаленной печке... Неважно, в какой части тела развивается воспаление, в любом случае отмечается жар крайней степени выраженности» [Город Творцов](#).

Больные крайне чувствительны даже к малейшим сотрясениям (обычно вследствие не воспаления, а, по Кенту, «нервной гиперестезии»), свету, шуму и жалуются на ощущение пульсации в теле. Зрачки расширены, жажда может как присутствовать (при этом пациент просит лимонад или какие-либо газированные напитки), так и отсутствовать (при этом во рту значительная сухость), и пациент стремится тепло укрыться.

За симптомами, характерными для Aconitum, следуют симптомы Belladonna: «После периода жара появляются поты — они наиболее обильны на укрытых частях тела. Как только пациент начинает потеть, он старается себя укрыть. Поты горячи и обильны, и как только они появятся, нервное состояние пациента ослабевает, он становится менее раздражительным...

Вот так оказывается невозможным ошибиться: если появляется пациент с сухой лихорадкой, возбуждением, болями — это Аконит; напротив, если больной появляется с влажной лихорадкой (с влажной кожей) и угнетением — это Белладонна» [Город Творцов](#).

Эти симптомы могут служить путеводной нитью для тех читателей, которые захотят использовать в своей домашней

практике гомеопатию.

При «нормальной» ветряной оспе чаще всего требуется *Puhatilla* — особенно она показана, когда у ребенка сильный зуд, усиливающийся от тепла постели или от горячей ванны, капризность. Сильное беспокойство ребенка на фоне зуда может потребовать приёма *Rhus toxicodendron* и т.д.

Известный американский гомеопат д-р Вильям Тейлор считает, что всего несколько препаратов в целом покрывают до 95% всех случаев ветряной оспы, когда вообще требуется лечение. При развившейся болезни чаще всего (60% случаев) используется *Pulsatilla*, затем *ujjyrRhus* (15%) и *Antimomum tartaricum* (менее 10%).

Последнее лекарство обычно назначается при осложнениях со стороны дыхательной системы (обычно речь идет о кашле вследствие бронхита), а из пузырьков выделяется жёлтоватая жидкость, напоминающая мед. Остальные случаи приходятся на *Antimonium crudum*, *Mercurius vivus* или *Mercurius solubilis*, и *Sulphur*. Существует немало хороших гомеопатических руководств, в которых подробно излагаются патогенезы этих лекарств. К ним я и отсылаю родителей.

В тяжелых случаях ветряной оспы, которые иногда встречаются у детей с фоновыми хроническими заболеваниями или у взрослых, для лечения применяется ацикловир (зовиракс), однако этот препарат сам имеет немало побочных эффектов, а потому его использование должно быть оправдано.

Обычно ацикловир для внутривенного введения рутинно применяется у лиц, страдающих болезнями иммунной системы и имеющих высокий риск развития осложнений. Применение «на всякий случай» антибиотиков, кортикостероидов, аспирина или парацетамола не только совершенно бессмысленно, но и опасно.

Вряд ли подлежит сомнению, что значительный процент случаев тяжелого течения ветряной оспы и ее неблагоприятных исходов (осложнений), якобы ставящих под сомнение безобидность этого заболевания, должен быть приписан такому бездумному и безответственному лечению.

Осложнения ветряной оспы редки и в последней четверти XX в. демонстрировали тенденцию к дальнейшему снижению. Так, в США

количество энцефалитов, вызванных ветряной оспой, снизилось с 58 в 1970-1979 гг. до 28 в 1980-1983 гг. [Город Творцов](#).

Среди них показательно снижение количества зафиксированных случаев синдрома Рея — тяжелой энцефалопатии, сопровождающейся конвульсиями и комой, что в первую очередь связано с отказом от практики лечения салицилатами (аспирином).

Немецкие авторы, подсчитав все возможные осложнения ветряной оспы за 1997 г., определили риск развития осложнений у здорового ребенка — 8,5 на 100 тыс. детей в возрасте до 16 лет. При этом 38,6% приходилось на осложнения, вызванные присоединением бактериальной инфекции (около 61% — неврологические осложнения, практически все разрешившиеся без проблем).

Ни одной смерти или угрожающего жизни состояния, вызванного, например, кровотечением, зафиксировано не было. [Город Творцов](#).

Присоединившиеся бактериальные осложнения действительно могут стать опасными, но чаще всего их развитие характерно все же для детей, страдающих заболеваниями иммунной системы.

Некоторое обоснование прививка против ветряной оспы могла бы иметь у детей, проходящих химиотерапевтическое лечение в связи с онкологическими заболеваниями крови, но именно им она противопоказана.

После перенесённой ветряной оспы возникает стойкий, обычно пожизненный, иммунитет. Это тем более важно, что восприимчивость к вирусу ветряной оспы высока (до 90%), а во взрослом возрасте болезнь имеет значительно более тяжелое течение. [Город Творцов](#).

Риск смерти от ветряной оспы для здоровых детей в США оценивается в 0,0014%. [Город Творцов](#).

Заслуживают быть отмеченными недавние исследования, показавшие, что помимо пожизненного иммунитета заболевание ветряной оспой может оказаться полезным в другом аспекте.

Было обнаружено, что у людей, имеющих антитела к вирусу ветряной оспы, меньше вероятность развития самых частых опухолей мозга, называемых глиомами, что, возможно, объясняется сходством антигенов вируса и глиом. [Город Творцов](#).

После выздоровления от ветряной оспы вирус не исчезает из организма, а сохраняется в нервных узлах (ганглиях) спинного мозга и у некоторых людей может проявить себя позднее в виде опоясывающего герпеса.

Ошибочно было бы предполагать, что ребенок обязан перенести болезнь в ее ясном, клинически различимом виде, чтобы иметь основания считать, что у него присутствует иммунитет к ветряной оспе.

В университете Лавалья в Квебеке несколько лет назад было проведено исследование уровня антител к ветряной оспе, в котором приняли участие 2000 учащихся четвертых классов. Оказалось, что к возрасту 10 лет 92% детей имеют такой иммунитет, причем он есть у 63% детей, у которых отсутствовала история самого заболевания.

Авторы статьи отметили, что следовало бы сначала оценивать иммунный статус у прививаемых, но это, безусловно, будет сложно и повлечет за собой снижение «охвата» детей этой прививкой [Город Творцов](#).

Свидетельства такого рода делают прививочнооспенную кампанию еще бессмысленней. В аннотации к вакцине «Варивакс» (см. ниже) ее производитель отмечает, что хотя длительность прививочного иммунитета неизвестна, иммунитет в популяции привитых может исчезнуть вследствие прекращения перманентного контакта с вирусом varicella, постоянно «подпитывающим» его ныне.

Говоря более доступным языком, сама идея элиминации этого вируса как такового грозит немалыми неприятностями, и тому у нас уже есть подтверждения.

Дело в том, что, когда мы говорим о стойком, пожизненном иммунитете после какой-либо инфекционной болезни, мы с позиций современной науки вовсе не имеем в виду, что раз возникшие после перенесенной болезни антитела будут, словно заведенные, бесконечно вырабатываться сами по себе десятками лет в отсутствие какого-либо стимула для этого.

Необходимы постоянные антигенные «толчки» из окружающей среды, периодический контакт с возбудителем, чтобы иммунная

система реагировала на клеточном и гуморальном уровне, защищая своего хозяина от неприятностей.

Циркуляция вирусов среди людей как раз и позволяет получать такие «толчки» [Город Творцов](#). Как только, вследствие тех или иных причин (например, прививок) вируса становится меньше, иммунитет, полагавшийся нами длительным или даже пожизненным, перестает таким быть.

В отношении ветряной оспы все сказанное выше как нельзя более верно. Первыми тревогу забили исследователи из английской Лабораторной службы общественного здравоохранения.

В своей статье, опубликованной в 2002 г., они указали, что снижение количества детей, больных ветряной оспой (и соответственно снижение возможности для всех вокруг получать иммунные «толчки» от вируса varicella), неминуемо приведет к увеличению числа больных опоясывающим герпесом.

Эта болезнь, в допрививочную эру бывшая почти исключительно привилегией пожилых людей и лишь очень редко следовавшая за ветряной оспой у детей, вызывается реактивацией вируса ветряной оспы и может стать причиной смерти в пять, а госпитализаций — в три раза чаще, чем сама ветряная оспа.

По подсчетам ученых, если все дети в 300-миллионной популяции получат прививки от ветряной оспы, это приведет к дополнительному 21 миллиону (!) случаев заболевания опоясывающим герпесом и смерти 5000 человек в возрасте старше 60 лет.

При этом, как было указано в статье, могут быть спасены жизни 5000 детей (учитывая нынешнюю статистику заболеваемости ветряной оспой и смертности от нее в США, совершенно непонятно, каким образом делался этот подсчет).

По мнению исследователей, в свете дикой дилеммы такого инициированного человеком «обмена» жизней детей на жизни взрослых, надо либо прививать теперь и взрослых либо вообще отказаться от проекта прививок от ветряной оспы [Город Творцов](#).

К тому времени «поезд» новой прививки уже набрал полный ход, и на эту публикацию, разумеется, внимания не обратили — мало ли

что ученые напророчат. Ликвидацию кори и полиомиелита тоже обещали, да ничего не вышло. Однако, дело с ветряной оспой повернулось еще хуже, чем предполагалось.

Если англичане говорили только о взрослых, то в совсем недавних сообщениях, опубликованных в октябрьском (2003 г.) номере журнала «Вакцина»<sup>Город Творцов</sup>, американский исследователь д-р Гарри Голдмен показал, что, при сокращении заболеваемости ветряной оспой на фоне массовых прививок внезапно резко возросла заболеваемость опоясывающим герпесом и у ранее перенесших ветрянную оспу детей.

Сам Голдмен заинтересовался этим явлением лишь после того, как, будучи в 1995-2002 гг. аналитиком лос-анджелесского отделения проекта наблюдения за ветряной оспой Центра контроля заболеваний, он стал неожиданно получать сообщения от школьных медсестёр, до того ни разу в жизни не видевших опоясывающий герпес у детей.

Голдмен предсказывает, что нам очень скоро предстоит увидеть вспышку этой болезни, как у детей, так и у взрослых, у которых её последствия могут быть куда серьезней последствий ветряной оспы.

В ответ на это прививочные компании заявили, что... намерены разработать вакцину и против опоясывающего герпеса!

Голдмен просто высмеял эту абсурдную, с точки зрения здравого смысла, идею, заявив, что так и будет крутиться бесконечное колесо «болезнь-лечение-болезнь».

По его мнению, с прививкой от ветряной оспы было бы куда меньше проблем, если всем детям была бы предоставлена возможность приобрести иммунитет к ветряной оспе<sup>Город Творцов</sup> естественным путем, а прививки делались бы только тем, кто не приобрел его к возрасту двенадцати лет.

Нетрудно представить, к какому катастрофическому обвалу доходов производителей вакцины против ветряной оспы могла бы привести реализация подобного предложения, а потому совершенно естественно, что оно никогда не будет рассматриваться всерьез.

Пока что некоторые родители, с тревогой наблюдающие, как у их детей остается все меньше возможностей приобрести ветрянную оспу

естественным путем, и опасаящиеся как прививок с их непредсказуемыми последствиями, так и того, что, не получив иммунитета к ветряной оспе в детстве, их дети могут пострадать от нее в подростковом и взрослом возрасте, начали потихоньку возвращаться к подзабытым «оспенным вечеринкам».

Родители приводят своих здоровых детей играть с больными и оставляют их ночевать, чтобы они могли заразиться и своевременно перенести эту безобидную болезнь в подходящем для этого возрасте и состоянии здоровья [Город Творцов](#).

Говоря о ветряной оспе, не следует забывать и о том, что отсутствие возможности приобрести естественный иммунитет в детском возрасте неизбежно «сдвигает» болезнь во взрослый и потенциально в младенческий возраст следующего поколения (как это происходит сейчас со многими инфекционными болезнями), когда болезнь неизмеримо опасней.

Возможные выходы — либо полная элиминация вируса (чего практически нереально добиться в ближайшие несколько поколений, учитывая его способность сохраняться в нервных ганглиях), либо пожизненные прививки.

Не к такому ли выбору, основанному на пожизненной «привязке» к вакцинам, нас ведут? [Город Творцов](#)

Как я упоминал выше, реальную опасность ветряная оспа может представлять почти исключительно для детей, имеющих поражение иммунной системы [Город Творцов](#).

Оправдывают ли стремление уберечь тех, кому эта прививка может быть противопоказана (дети, страдающие онкологическими заболеваниями крови), массовые прививки миллионам детей, которые не только не рискуют серьезными последствиями болезни, но для которых она может быть и полезна?

Еще до того, как алчность прививателей перевесила все доводы рассудка, английский медицинский журнал писал: «Программа всеобщей иммунизации ради детей с нарушениями функции иммунной системы потребовала бы от докторов получение согласия родителей прививать своих детей не ради собственной пользы последних, а ради блага их менее удачливых сверстников.

От родителей потребовалось бы подвергнуть своих детей потенциально большему риску первичной ветряной оспы во взрослом возрасте. Это принудительный альтруизм. Если мы не принуждаем взрослых жертвовать свои почки или даже кровь, то разве честно будет требовать от детей быть «добрыми самаритянами»?

Это также противоречит стандарту «в первую очередь — интересы своего ребенка», которым руководствуются родители, принимая решение» [Город Творцов](#).

В ряде публикаций подчеркивалось, что заявляемая экономическая выгода от этой прививки связана вовсе не с детьми, а с их родителями. Эта выгода достигается за счет уменьшения выплат по больничным листам, которые родители берут по уходу за заболевшим ребенком.

Авторы одной из статей подсчитали, что такого рода экономический ущерб на семью с заболевшим ветряной оспой ребенком составляет 293\$ плюс 20\$ на медикаменты [Город Творцов](#).

Правда, есть и экономические же возражения против такого подхода. Например, указывается следующее:

«Программа детских прививок может привести к увеличению числа случаев заболевания ветряной оспой взрослых, включая беременных, которые рискуют большим, в сравнении с детьми, количеством осложнений. Хотя экономические затраты, связанные с отсутствием родителя на рабочем месте, резко снизятся, затраты на медицинское обслуживание могут возрасти» [Город Творцов](#).

Выгодна ли такая политика самому ребенку и, в конечном счёте, всему государству — решать читателям, в том числе и на основании приводимых в этой главе данных.

Вакцина Как и в случае с вакциной против гепатита А, то, что совсем еще недавно могло показаться абсурдом, ныне стало былью: вакцина против ветряной оспы не только существует, но и стала уже обязательной в США, хотя разработка вакцины началась в 1974 г. в Японии.

Наиболее распространены сейчас на рынке вакцины «Ока Вакс» ("Авентис Пастер"), «Варилрикс» («Смит Кляйн Бичем») и «Варивакс»

(«Мерк»).

По сообщению «Уолл Стрит Джорнэл», компания «Мерк» в свое время вложила пять миллионов долларов в разработку своей вакцины, которая и была лицензирована в 1995 г.

Последние годы «Мерк» особенно страстно убеждает американцев, что осложнения от ветряной оспы, о которых даже многие педиатры за все время своей работы никогда не слышали, настолько серьезны, что совершенно необходимо прививать миллионы американских детей.

На деле, в США ежегодно заболевают ветряной оспой около 4 млн. человек, но лишь 10-11 тыс. из них требуется госпитализация. От нее умирают около ста человек (из них — половина детей), обычно страдающих тяжелыми фоновыми болезнями.

Примерно о такой же смертности сообщают из Англии и Уэльса, где от ветряной оспы умирает 25 человек в год [Город Творцов](#).

Безопасность О составе вакцины «Варивакс», взятой здесь лишь для иллюстрации (большой разницы в технологии получения вакцин в разных странах и разных компаниях не существует), ее производитель, «Мерк», сообщает в аннотации следующее: «Варивакс» готовится из штамма «Ока/Мерк» живого ослабленного вируса ветряной оспы.

Вирус был получен от ребенка, заболевшего ветряной оспой, потом введен в культуру человеческих эмбриональных легочных клеток, а затем размножен в культуре клеток эмбрионов морских свинок. После этого вирус был размножен в человеческих диплоидных клетках (WI38).

Затем в исследовательских лабораториях компании «Мерк» вирус ветряной оспы был последовательно проведен через культуры человеческих диплоидных клеток (MRC-5), свободных от посторонних примесей...

Каждые 0,5 мл дозы содержат: 1350 ЕД воспроизведенного вируса ветряной оспы штамма «Ока/Мерк», примерно, 25 мг сахара, 12,5 мг гидролизованного желатина, 3,2 мг хлорида натрия, 0,5 мг однонатриевого L-глутамата, 0,45 мг двухосновного фосфата натрия, 0,08 мг одноосновного фосфата калия, 0,08 мг хлорида калия,

остаточные элементы клеток MRC-5, включая ДНК и белок, а также следы одноосновного фосфата натрия, EDTA, неомицина и эмбриональной бычьей сыворотки. Продукт не содержит консервантов...

Таким образом, предназначенный для использования в вакцине вирус дважды проходит через клетки абортированных человеческих плодов и один раз через клетки эмбрионов морской свинки.

Из уважения к религиозным убеждениям и в соответствии с законом, в этом аспекте одинаковым во всех цивилизованных странах и требующим предоставления максимально полной информации пациенту или его опекунам относительно планируемой процедуры, факт производства вакцины на тканях человеческих плодов должен сообщаться, но это никто не делает.

Имея такую технологию производства, «Варивакс», понятно, лидирует и по количеству неизменной ДНК млекопитающих, содержащейся в каждой дозе вакцины (около 2 мг), значительно превышая аналогичное количество ДНК в других вакцинах, что означает возрастающую вероятность крайне нежелательного заражения сред, на которых выращивается вирус.

Мало того. Было обнаружено, что и количество хромосомных aberrаций (поломок) в клеточной линии MRC-5, которые могут стать причиной онкологических болезней, **превышает допустимое**.

В опубликованном в 1995 г. исследовании было заявлено, что не найдено свидетельств в пользу того, что это повышает риск опухолевого перерождения клеток [Город Творцов](#).

Вакцины против полиомиелита, вирусы для которых выращивались на культурах обезьяньих почек, тоже считались изумительно чистыми и свободными от любых биозагрязнений, пока не выяснилось, что количество обезьяньего вируса SV-40, ныне обнаруживаемого в человеческих опухолях (подробнее см. главу о полиомиелите), в сорок раз превышало в них количество вирусов полиомиелита.

Как и иные вакцины, «Варивакс» не тестировалась на канцерогенный или мутагенный потенциал, равно как не изучалась и на беременных животных.

Согласно производителю, возможные осложнения прививки чаще всего включают в себя повышение температуры, чувствительность, боль, отек, эритему, зуд, гематому, затверждение и онемение в месте инъекции и сыпь, напоминающую таковую при ветряной оспе.

В менее 1% случаев встречались: заболевания верхних дыхательных путей, кашель, раздражение, нервозность, усталость, нарушение сна, диарея, потеря аппетита, рвота, отит, контактная сыпь, иные виды сыпей, головная боль, недомогание, боли в животе, тошнота, лимфоаденопатия, жалобы на боли в ушах, озноб, миалгия, тугоподвижность шеи, артралгия, заболевания нижних дыхательных путей, аллергические реакции (включая аллергические сыпи или крапивницу), запор, зуд, экзема (сухость кожи), дерматит, «холодные» язвы.

Редко сообщалось о пневмонии у детей (<1%) и о фебрильных судорогах (<0,1%). С момента появления вакцины на рынке сообщается о следующих побочных реакциях: анафилаксия, тромбоцитопения, энцефалит, синдром Гийена-Барре, поперечный миелит, паралич Белла, атаксия, парестезия, фарингит, синдром Стивенса-Джонса, эритема, мультиформная эритема, пурпура Шенлейн-Геноха, вторичная бактериальная инфекция кожи и мягких тканей, включая импетиго и целлюлит, опоясывающий герпес.

Рекомендована одна прививка достигшим возраста 12 месяцев и старше.

Сегодня на рынке имеется и вакцина «Варивакс-II», которую можно сохранять в холодильнике.

ЭффективностьЭффективность своей вакцины производитель оценивает исключительно высоко: 99% привитых имеют защитный уровень антител в течение года после прививки [Город Творцов](#). Длительность защиты неизвестна.

Интересно разъяснение в аннотации относительно того, что через шесть лет привитых, имеющих нужный уровень антител, окажется уже 100%, что противоречит опыту использования других вакцин, где уровень антител довольно быстро снижается после сделанной прививки.

Феномен ветряной оспы связан с очень активной циркуляцией среди людей «дикого» вируса, дающего необходимые «толчки» иммунитету; эффективность же прививки в отсутствие такового вообще неизвестна. Так или иначе, нынешняя практика показывает, что, как обычно, эффективность прививки сильно преувеличена.

Во время вспышки ветряной оспы в одном из детских садов Конкорда (Нью-Гемпшир, США), начавшейся с привитого за три года до того ребенка, защитная эффективность вакцины, согласно числу заболевших, оказалась равной... 44%.

Кроме того, исследователи заявили, что у тех детей, которые получили прививку тремя или более годами раньше, риск заболевания ветряной оспой оказался в два раза выше, чем у тех, кто был привит ближе ко времени вспышки.

Авторы статьи также предположили, что вторая доза вакцины могла бы повысить эффективность вакцинопрофилактики.

Представитель «Мерка» в ответ на публикацию заявил, что прививка не означает гарантии защиты, но, вероятно, делает для привитых болезнь мягче (конечно, и здесь не обходится без неизменного прививочного «мягче», когда обнаруживается провал обещанной «защиты»!).

Исследование, проведенное под эгидой Центра контроля заболеваний в десяти школах округа Монтгомери в США в январе 2001 г., показало эффективность, равную 55%.

Регулярно происходящие в последнее время вспышки ветряной оспы среди привитых [Город Творцов](#), достаточно наглядно демонстрируют не слишком высокую эффективность вакцины. Вряд ли могут быть сомнения, что вскоре будет объявлено: требуется вторая прививка; потом, вероятно, потребуются еще и еще.

Как и в случае с прививкой против гепатита А, ныне активно разрабатываются и продвигаются на рынок прививочные «коктейли», дабы без лишнего шума и разъяснения родителям крайней необходимости прививать ребенка против такой страшной болезни, как ветряная оспа, вводить по четыре-пять вакцин в одном шприце [Город Творцов](#).

Закачивая разговор об этой вакцине, надо еще упомянуть, что описана и передача прививочного вируса. Представлен случай двенадцатимесячного ребенка, у которого, спустя 24 часа, после прививки развилась сыпь, напоминающая оспенную, и он заразил свою беременную мать, которая была вынуждена сделать аборт [Город Творцов](#).

Другой ребенок, привитый за неделю до того, заразил свою мать на сроке в 39 недель беременности [Город Творцов](#).

Поскольку прививка против ветряной оспы может вызвать появление характерной для нее сыпи (примерно у 3,4% привитых сыпь возникает вокруг места введения вакцины, а у 3,8% — может распространиться на все тело [Город Творцов](#)), то в таком случае привитому рекомендуется избегать контакта с новорожденными, беременными и лицами, страдающими заболеваниями иммунной системы.

Прививка от ветряной оспы еще не появилась в календаре прививок тех стран, в которых живет большинство моих читателей, но активное промывание мозгов, подготавливающее почву для широкого наступления новой вакцины на детей, там уже началось.

Как я показал в этой главе, прививка от ветряной оспы ведет к нарушению нормальной циркуляции возбудителя болезни и вполне может считаться преступлением не только против детей, но и против взрослых. Стоит ли нам принимать в нем участие?

Выводы Ветряная оспа — одна из самых безобидных детских болезней, становящаяся причиной осложнений лишь в исключительных случаях и, как правило, у страдающих поражением иммунной системы. Гомеопатическое лечение ветряной оспы вполне эффективно. Раз перенесенное заболевание дает стойкий, обычно пожизненный, иммунитет при условии нормальной циркуляции вируса в человеческом сообществе.

Прививочные кампании против ветряной оспы предназначены не столько для защиты от нее детей, сколько для удовлетворения алчности производителей вакцин и для экономии государственных средств на больничных листах родителей по уходу за ребенком.

Элиминация вируса ветряной оспы может привести к непредсказуемым последствиям, ставя под угрозу здоровье как взрослых, так и детей. Регистрирующаяся сейчас повышенная заболеваемость детей опоясывающим герпесом, значительно более опасной болезнью, нежели ветряная оспа, может быть только одним из таких последствий.

Высокая эффективность вакцины, о которой заявляет ее производитель, сомнительна. Не прошло и пяти-шести лет с момента лицензирования вакцины, как начали раздаваться голоса, требующие повторных прививок.

Вакцина имеет свои побочные реакции, в том числе и со стороны нервной системы, а количество содержащейся в ней ДНК млекопитающих значительно превышает таковое в других вакцинах, что может увеличить риск онкологических заболеваний у привитых.

Гепатит А Болезнь Еще каких-нибудь 15-20 лет назад мысль о вложении денег в разработку вакцин для массового применения против таких болезней, как ветрянка или гепатит А, могла бы показаться совершенно абсурдной, но на фоне нынешнего массового наступления прививок на людей по всем фронтам вчерашний абсурд и тема для выступлений юмористов превращаются в сегодняшнюю отнюдь не веселую реальность.

Гепатит А, известный также как эпидемический гепатит, инфекционный гепатит или болезнь Боткина, традиционно считается одной из самых легких инфекционных болезней. В отличие от гепатитов В и С, передающихся почти исключительно через кровь, гепатит А — типичная детская энтеральная инфекция, «болезнь грязных рук», а проще — болезнь недоброкачественной воды и неудовлетворительных санитарно-гигиенических условий. Вирус гепатита А выделяется заболевшим в окружающую среду с фекалиями; соответственно заражение происходит фекально-оральным путем.

Инкубационный период болезни составляет в среднем 30 дней (максимум — 50). Симптомы преджелтушного периода, длящегося около недели, напоминают симптомы гриппа (резкое повышение температуры, головная боль, тошнота, потеря аппетита), но появление желтушного окрашивания кожи и склер, потемнение мочи

и обесцвечивание кала, как и в случае других гепатитов, указывают на поражение печени и начало желтушного периода, длящегося до двух недель. Так развиваются события при типичном гепатите А, что бывает, согласно данным разных авторов, примерно лишь в 10 — 30% случаев у населения в среднем, но у детей чаще всего заболевание протекает в стертой форме, без выраженных клинических проявлений и просто остается незамеченным [Город Творцов](#).

Диагноз ставится как по клинической картине, так и по обнаружению в крови антител к вирусу гепатита А. Даже в книгах, рекламирующих прививки, авторы затрудняются найти какое-либо рациональное обоснование для вакцинации против гепатита А, которое могло базироваться на тяжести самого заболевания.

Вот примеры: «Заболевание часто протекает в безжелтушной или субклинической форме. Тяжелые, фульминантные [Город Творцов](#) или «Исход гепатита А обычно благоприятный.

Полное клиническое выздоровление в большинстве случаев (90%) наступает в течение 3-4 недель от начала болезни. У 10% период выздоровления затягивается до 3-4 месяцев, но « хронический гепатит не развивается» [Город Творцов](#).

В недавней книге санкт-петербургских авторов, посвященной исключительно прославлению прививок, самые ужасные приведенные факты следующие:

«Лечение больных длительное. Выздоровление обычно наступает через 1-3 месяца, но нередко течение ВГА может затянуться из-за развития обострений и специфических осложнений. Со временем погибшие печеночные клетки замещаются соединительной тканью, что проявляется увеличением печени (во многих случаях пожизненным). Развиваются воспалительные изменения, дискинезия желчевыводящих путей. Нередко нарушается работа поджелудочной железы. Иногда длительно сохраняется желтуха» [Город Творцов](#).

Выглядит посильнее, но, учитывая, что ни к каким серьезным последствиям, как бы авторам этого ни хотелось, ни «пожизненное увеличение печени» в частности, ни гепатит А в целом все-таки не

ведут, даже эта «страшилка» выглядит не слишком убедительно для информированного родительского согласия на прививку.

Раз перенесенное заболевание оставляет стойкий, как правило пожизненный, иммунитет. Госпитализация при обычном течении болезни не требуется. Также нет необходимости в каком-либо особом лечении. Покой и большое количество жидкости для предотвращения интоксикации — вот все, что обычно требуется заболевшему.

У взрослых эта болезнь протекает тяжелее, но и тогда серьезные последствия исключительно редки и почти всегда бывают только у лиц в возрасте, имеющих тяжелые хронические заболевания. Притом что гепатит А- преимущественно детская болезнь (67%), почти 70% смертности дают лица старше 49 лет [Город Творцов](#).

Относительно гепатита А стоит отметить появившуюся недавно информацию, поступившую из Стэнфордского университета (Калифорния, США). Согласно проведенным там исследованиям, инфицирование вирусом гепатита А защищает человека от аллергий. Попадая в клетки, вирус гепатита А взаимодействует с некоторыми генами, отвечающими за развитие аллергических реакций. Так, он подавляет активность гена T1M-1, контролирующего активность иммунных клеток и связанного с аутоиммунными реакциями. Согласно заявлению исследователей, эти данные могут частично объяснить, почему аллергические реакции и аутоиммунные болезни намного реже встречаются в развивающихся странах, где очень высока заболеваемость гепатитом А [Город Творцов](#).

Действительно, гепатит А — типичная болезнь стран третьего мира, не имеющих канализации или неспособных поддерживать ее в исправном состоянии [Город Творцов](#) и, что не менее важно, характеризующихся высокой скученностью проживания населения. Это неперемutable условие.

Российские авторы сообщают: «Разительный и в какой-то степени неожиданный спад заболеваемости ГА стал отмечаться в 90-х годах, когда она достигла самых низких за всю историю регистрации ГА величин: в 1998 г. — 34,0 на 100 тыс. населения...

Этот спад несомненно связан с особенностями нового социально-экономического уклада: в социальной сфере разрушительные процессы преобладали над созидательными. Парадоксально, но такое положение вело к сокращению потенциальных очагов заражения ГА. Это было связано с тем, что уменьшилось число детских садов и пионерских лагерей, прекратили существование студенческие строительные отряды и молодежные спортивные базы, исчезли дешевые предприятия общественного питания; в целом снизилась активность контактов основного восприимчивого населения (детей и подростков) вне семьи. Не исключено, что эти явления совпали по времени с естественным спадом заболеваемости ГА [Город Творцов](#).

Согласно приводимым авторами сведениям, средний показатель заболеваемости гепатитом А на 100 тыс. населения в 1992 -1996 гг. равнялся 106,9 случая, а в 1997 — 2001 гг. - лишь 50. По сведениям с сайта Центра Госсанэпиднадзора РФ, заболеваемость гепатитом А составила на 100 тыс. населения 46,68 в 2002 г. и 28,41 в 2003 г. Для сравнения: заболеваемость гепатитом А в США в 1983 г. равнялась 9,2, а в 1989 г. -14,6 [Город Творцов](#).

Тут бы, казалось, российскому читателю самое время порадоваться: болезнь не опасна, клинические формы у детей редки, иммунитет формируется на всю жизнь, заболеваемость в последние годы снижается.

Ну, право, какие тут могут быть прививки? Наоборот, гордиться надо тем, что когда американцы в пику всякой логике эту прививку вводят в прививочный календарь, и без того переполненный многочисленными дозами разных вакцин, россияне торжествуют близкую победу, пусть даже над таким незначительным врагом, как вирус гепатита А, безо всяких прививок и даже при том, что проблема воды хорошего качества далека в России от своего решения [Город Творцов](#).

Это — согласно обычным здравому смыслу и логике. Но для небескорыстных адвокатов вакцинаций (как так? есть вакцина, и ее не использовать?) все видится совершенно по-другому:

«Как бы ни сложилась социально-эпидемическая обстановка в стране и эпидемиологическая ситуация в отношении ГА в первые годы наступающего столетия, массовая вакцинация восприимчивого населения против ГА должна стать первоочередной задачей. Даже если допустить, что сохранится нынешняя тенденция к снижению заболеваемости ГА без продуманного профессионального вмешательства (?/ — А.К.), что поведет к дальнейшему увеличению неиммунной прослойки населения, можно ожидать вспышек ГА как следствия природных, техногенных или социальных катастроф, отсутствие которых пока не может быть гарантировано»[Город Творцов](#).

Итак, когда болезнь на подъеме, то прививка нужна, чтобы от нее защитить. Когда болезни нет (может, именно благодаря отсутствию «продуманного профессионального вмешательства?»), то... прививка все равно не меньше нужна, потому что нет иммунитета к болезни, а отсутствие катастроф кто же может гарантировать.

Короче, прививка нужна всегда - что с болезнями, что без них. Пожалуй, этот пример ловкой торгашеской логики — как бы дело ни повернулось, товар должен быть произведен и продан — вызвал бы только улыбку, если бы речь не шла о здоровье тысяч и миллионов людей и за заброшенными удочками разговоров о прививке от гепатита А. Не маячила пугающая тень прививки для «неиммунной прослойки населения» от натуральной оспы, унесшей (сейчас я говорю о прививке, а не о болезни!) тысячи человеческих жизней. Что же касается того, насколько первоочередной задачей должна стать «массовая вакцинация восприимчивого населения против гепатита А», то пусть это решат сами российские читатели моей книги. Подозреваю, что они вряд ли согласятся с теми, кто считает, что никаких других проблем, кроме гепатита А, в российском здравоохранении не осталось.

Показательно, что те, кто не имеет своей доли в прививочном бизнесе, видят совершенно другой выход: «Анализ свидетельствует, что только принятие кардинальных мер социального порядка: строительство очистных сооружений, проведение ремонтных работ систем канализации и водоснабжения — приводит к снижению заболеваемости (гепатитом А - А.К.).

Примером может служить Богучарский район Воронежской области, в котором заболеваемость снизилась до спорадической в 1997-1999 гг. (16,3-29,5 на 100 тыс.) с 207,4-316,6 — в 1992-1996 гг. после проведения указанных мероприятий [Город Творцов](#).

Впрочем, при наличии прививки и это резкое падение заболеваемости благодаря таким разумным мероприятиям может быть целиком отнесено к эпидемическому циклу болезни.

Вакцина Первая вакцина против гепатита А была лицензирована в США в 1995 г. Наибольшее распространение получили вакцины «Хаврикс» (производитель «Смит Кляйн Бичем»), «Вакта» и «Аваксим» («Авентис Пастер»). Они лицензированы и в России.

Кроме того, в РФ используется и вакцина местного производства ГЕП-А-инВАК (МП «Вектор», Новосибирск), представляющая собой смесь инактивированных очищенных вирионов вируса гепатита А, адсорбированных на гидроокиси алюминия. Последний, равно как и формальдегид, присутствует во всех перечисленных вакцинах.

Аннотация к «Хаврикс» сообщает, что вирус для вакцины выращивается на человеческих диплоидных клетках, т.е. на тканях абортированных плодов [Город Творцов](#).

Это означает, что в вакцине неизбежно должны присутствовать остаточная ДНК и зародышевый белок.

Безопасность Производитель вакцины сообщает: «Хаврикс» не оценивалась на канцерогенный потенциал, мутагенный потенциал или потенциал повреждения способности к воспроизведению». Точно так же не проводились исследования на беременных животных [Город Творцов](#).

Производитель упоминает следующие возможные неприятности, которые могут последовать за прививкой: от 1 до 10% — уплотнение, покраснение и отек места укола, разбитость, повышение температуры (свыше 37,5°C); менее 1% — недомогание, гематома, зуд, сыпь, уртикария, фарингит, инфекции верхних дыхательных путей, боли в животе, понос, тошнота, боли в суставах, боли в мышцах, сонливость или бессонница, повышение давления, фотофобия, головокружение. «14% взрослых и менее 9% детей» жаловались на головную боль.

После появления вакцины на рынке были получены сообщения о случаях анафилактического шока, синкопов, желтухи, гепатита, мультиформной эритемы, гипергидроза, ангиоэдемы, диспноэ, судорог, энцефалопатии, головокружения, нейропатии, миелита, парестезии, синдрома Гийена-Барре, рассеянного склероза; сообщалось также о врожденных уродствах, хотя производитель и отмечает, что причинно-следственная связь между этими заболеваниями и прививкой не установлена [Город Творцов](#).

Список тем не менее впечатляет, если не сказать сильнее. Трудно представить себе родителя, который захотел бы рискнуть возникновением рассеянного склероза или миелита у собственного ребенка, чтобы защитить его от болезни, обычно протекающей не тяжелее гриппа.

Помимо перечисляемых стандартных реакций на прививку и таких довольно редких, но пугающих, как синдром Гийена — Барре или мультиформная эритема, заслуживает внимания и такое осложнение, как гепатит. Данных о том, протекает ли он легче, чем естественный гепатит и не ведет ли к более тяжелым последствиям, мне обнаружить не удалось.

ЭффективностьЭффективность защиты оценивается производителем «Хаврикс» в 84% [Город Творцов](#). Как и при гепатите В, вакцина может не обеспечивать защиты при уже имеющемся заражении.

В связи с тем, что для многих родителей главная неприятность прививки связана с необходимостью лишней раз посещать врача и подвергать ребенка процедуре укола, сейчас все активнее разрабатываются новые «прививочные коктейли» — одновременное введение в одном шприце нескольких вакцин, включая и вакцину против гепатита А. Изучаются ее комбинации с вакциной против гепатита В, вакциной против гемофильной инфекции и АКДС.

Как и следовало ожидать, результаты превосходят все ожидания — эффект ничуть не теряется, опасности для ребенка нет ни малейшей и далее в том же духе. Пока что производитель еще осторожничает, предостерегая в аннотации от смешения в одном шприце вакцины против гепатита А с другими вакцинами, но

несомненно, что в ближайшем будущем на рынке появятся новые вакцинные «букеты», включающие и обсуждаемую здесь вакцину.

Судя по имеющейся информации, при совершенной абсурдности прививки вследствие безобидности самой болезни вакцина против гепатита А лишь с довольно большой натяжкой может быть отнесена к очень эффективной.

«Вакцинацию против гепатита А рекомендуется начинать с 12-месячного возраста. Стандартный первичный курс состоит из одной дозы. Поддерживающую вторую дозу рекомендуется вводить спустя 6-12 месяцев после первой дозы. В инструкции к отечественной вакцине против гепатита А рекомендуется трехкратная вакцинация по схеме 0,1,6 мес. с последующей ревакцинацией через каждые 5 лет»[Город Творцов](#).

И далее: «...после введения второй бустерной дозы титр антител резко возрастает и практически у всех обеспечивает защиту на протяжении 5 лет и более»[Город Творцов](#).

Это «более» в другой экзальтированной книге каким-то волшебным образом превращается... уже в 20 лет:

«Полный курс вакцинации с использованием препаратов «Хаврикс» и «Вакта» обеспечивает защиту от заболевания ВГА в течение 20 лет... Привить ребенка лучше заранее (как говорят медики, в плановом порядке), когда ему исполнится два-три года. Тогда вы сможете спокойно отправлять сына или дочь в детский сад, зная, что в ближайшие 20 лет никакой контакт с больным вирусным гепатитом А не страшен»[Город Творцов](#).

Собственно, с таким же успехом можно было утверждать и 40, и 60 лет, и даже гарантировать наследственный иммунитет внукам и правнукам. Принимая во внимание, что никакой разницы в составе вводимых первой и второй доз нет, ожидать, что первая доза создаст иммунитет только на год, а всего лишь вторая начнет с места в карьер творить чудеса на десятки лет, значит просто дурачить публику[Город Творцов](#).

Впрочем, это экстремальный случай прививочных фантазий. Обычно везде повторяется срок примерно в пять лет. Кроме того — я не устаю это повторять -эффективность вакцин рассчитывается из

учета периодического контакта с возбудителем, дающего необходимые «толчки» иммунитету. Сколько же реально длится защита в отсутствие такого контакта — никто не знает. Пример такого рода — исчезающей защиты при снижении циркуляции возбудителя — я приводил в главе о ветряной оспе.

У любой прививки есть один аспект, о котором чаще всего вообще не упоминается. Каждая новая прививка обозначает дополнительную парентеральную антигенную нагрузку. Это возбудители болезни и их токсины, попадающие в организм противоестественным путем, в обход установленных эволюцией защитных барьеров (ртуть, формальдегид, алюминий, фенол, неомицин и другие столь же небезобидные вещества).

Где же предел? Появляются все новые вакцины, в том числе и от совершенно безобидных болезней, и их стремятся немедленно ввести в прививочный календарь, обеспечивая колоссальные доходы всем, вовлеченным в прививочный бизнес. Алчность ненасытна, но когда-то придется все же остановиться? Или можно так и продолжать десятками увеличивать количество прививочных доз для детей — ничего, мол, сойдет?

Я специально включил в книгу эту главу, чтобы еще раз показать читателям: для вакцинаторов всё население — не охваченный или недоохваченный прививками контингент и соответственное средство делать деньги.

При этом не имеет никакого значения, насколько серьезна болезнь. Прививочные кампании против гепатита А - лучшее подтверждение данного тезиса.

Выводы Гепатит А является достаточно легкой, обычно детской болезнью. В подавляющем большинстве случаев, особенно у детей младшего возраста, болезнь протекает незаметно или не распознается ввиду ее легкости.

Осложнений практически не бывает, хронического носительства вируса гепатита А не существует. Заболевание дает стойкий, обычно пожизненный иммунитет.

Гепатит А — типичная болезнь неудовлетворительных санитарно-эпидемических условий, болезнь «грязных рук».

Никаких специальных защитных мер, кроме наведения элементарного порядка в канализации и водоснабжении и выработки у детей навыков минимальной чистоплотности, не требуется.

Описаны болезни, в том числе достаточно тяжелые, последовавшие за прививкой против гепатита А, что признает и сам производитель.

Помимо осложнений прививка означает дополнительную вирусную нагрузку и дополнительные токсические вещества, попадающие в организм.

Болезнь Гепатит В — вирусная инфекция, поражающая печень и передающаяся с кровью или, очень редко, с другими жидкостями организма. Возможности инфицирования гепатитом В, называемым также сывороточным, через грязные руки или с материнским молоком, не существует. Этот гепатит традиционно считается «профессиональной болезнью» наркоманов, пользующихся общими шприцами для внутривенных инъекций, проституток, гомосексуалистов, а также тех пациентов, которые получают переливания цельной крови или плазмы (например, больные гемофилией либо пациенты отделений гемодиализа). Даже медицинский персонал, не работающий постоянно с продуктами крови, не имеет ощутимо большего риска заражения, чем другие группы населения<sup>1</sup>. Вероятность передачи (не путать с заболеванием!) гепатита В при разовом сексуальном контакте оценивается в 20 — 70%; случаи бытового заражения от члена семьи, носителя вируса, относятся скорее к разряду казуистических, и вероятность их может быть практически полностью устранена использованием индивидуальных зубных щеток, расчесок, бритв и маникюрных ножниц. Для тех, кто не принадлежит к указанным выше группам риска и не меняет непрерывно половых партнеров, реальная возможность заражения гепатитом В может быть связана почти исключительно с медицинским инструментарием, не прошедшим необходимой стерилизации, или с многократным использованием одноразовых медицинских инструментов<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Как было показано в статье Dienstag J. L, Ryan D. M. Occupational exposure to hepatitis B virus in hospital personnel: infection or

immunization? // Am J Epidemiol. 1982 Jan.;

115(1):26 — 39, вероятность обнаружения HBsAg (австралийского антигена — см.

далее) у медика увеличивается вследствие работы с продуктами крови, гепатита в анамнезе, стажа работы и возраста, но не вследствие количества контактов с пациентами, причем обнаружение маркера указывает скорее на иммунизацию вследствие постоянных контактов низкой интенсивности с возбудителем, нежели на перенесенное активное заболевание. Российские авторы указывают, что особенно высока инфицированность гепатитом В у оперирующих хирургов и особенно врачей-гематологов (у последних — до  $84,6 \pm 1,9\%$ ). (Тайц Б. М., Рахманова А. Г. Вакцинопрофилактика. Краткий справочник. 3-е изд., СПб., 2001, с. 181).

2 Здесь интересно будет отметить, что одно из самых первых свидетельств в пользу парентерального пути передачи так называемого сывороточного гепатита связано не с чем иным, как с прививками. В августе 1883 г. из-за нескольких спорадических случаев натуральной оспы было решено вакцинировать или (см. след. стр.)

Раз перенесенное заболевание обеспечивает стойкий, обычно пожизненный иммунитет. Как минимум у 80% взрослых и еще большего количества детей болезнь заканчивается полным выздоровлением без каких-либо последствий. Всего лишь от 1 до 4% взрослых, заболевших гепатитом В, становятся хроническими носителями болезни<sup>3</sup>. У определенного числа хронических носителей вируса гепатита В (обычно у людей с тяжелыми фоновыми заболеваниями или иммунной недостаточностью) хронический гепатит В может привести к печеночной недостаточности или гепатоцеллюлярному раку печени. С увеличением возраста опасность перехода гепатита в хроническую форму снижается. Наиболее опасно по своим последствиям превращение острого гепатита В в хронический у новорожденных (по некоторым оценкам, риск приобретения хронического гепатита составляет 90% с 25%-ной смертностью во взрослом возрасте от хронических болезней печени), но уже к четвертому году жизни этот риск оценивается всего в

10%. Считается, что лечение интерфероном способно уменьшить как процент больных, у которых болезнь переходит в хроническую форму, так и процент тех хронических носителей вируса, у которых возникают серьезные заболевания печени. Д-р Фредерик Кленнер, прославившийся своими публикациями о пользе витамина С при самых различных заболеваниях, счита-

ревакцинировать всех работников немецкой промышленной компании «Актиен-Ге-зельшафт Везер». Прививки делались в трех отдельных помещениях завода коллективом из шести докторов. Итог: помещение I — 141 из 540 привитых заболели гепатитом; II — 35 (466); III — 14 (283). Отсутствовали 50 человек, и прививка всем им была сделана позднее. Заболел один. Разумеется, это был далеко не единственный случай, когда прививаемые заражались гепатитом. В 1938 г. семь детей в приюте для умственно неполноценных в Британии получили прививку против кори (приготовленной из сыворотки выздоровевших от кори). Все семеро тяжело заболели, трое из них скончались от острой атрофии печени. Позднее выяснилось, что это была только часть всей истории. Министерство здравоохранения Великобритании сообщило, что всего получили прививку на основе инфицированной сыворотки 109 человек, 8 из них умерли. Аналогичный случай был описан в 1951 г. Заболели 7 из 10 человек, получивших прививку для профилактики кори. Трое умерли, причем один скончался от энцефалита без признаков желтухи. Плазма была собрана от 60 доноров, 6 из которых имели историю желтухи в анамнезе. В 1944 г. 226 британских призывников были привиты против свинки сывороткой только что выздоровевшего от этой болезни. Почти у половины привитых развилась желтуха, хотя сыворотка была отфильтрована и к ней добавлен ртутьсодержащий консервант (мертиолят). Вирус гепатита от этих манипуляций ничуть не пострадал {Wilson G. S. The Hazards of Immunization. London, 1967, p. 113 — 114}.

3 Stratton K. R. et al. Adverse Events Associated with Childhood Vaccines: Evidence Bearing on Causality. IOM, 1993, p. 211 Читатели могут найти эту книгу в Интернете на сайте издательства National Academic Press.

ет его препаратом выбора при вирусном гепатите и предлагает внутривенно вводить витамин С в дозе от 400 до 600 мг (в зависимости от тяжести болезни) на 1 кг веса каждые 8-12 часов. Дополнительно к этому 10 г в день должны приниматься в виде таблеток<sup>4</sup>.

Обычно для гепатита В характерно легкое течение; общие симптомы заболевания напоминают симптомы гриппа, хотя желтуха, потемнение мочи, осветление кала и боли в суставах позволяют поставить клинический диагноз гепатита. Случаи злокачественного течения редки (менее 1%) и при этом обычно наблюдаются лишь у пациентов с тяжелыми фоновыми заболеваниями. Лабораторно диагноз подтверждается обнаружением в крови антител к поверхностному антигену вируса гепатита В, или, как его еще называют, австралийскому антигену (HBsAg), за открытие которого американский исследователь д-р Барух Бламберг получил в 1976 г. Нобелевскую премию.

ВакцинаИнициаторы прививочной кампании по борьбе с гепатитом В в США перво-начально планировали вакцинировать только группы риска, но ни к чему существенному это не привело, так как именно те, кого вакцина была призвана защитить от гепатита В, прививаться не желали и заболеваемость гепатитом В не снижалась. Произведенная вакцина, на которую было потрачено немало денег, лежала без дела. Тогда было решено изменить стратегию в пользу массового прививания... новорожденных, не имеющих никакого отношения к группам риска. В 1991 г. Центр контроля заболеваний (CDC) рекомендовал эту прививку для всех новорожденных и ее повторение в возрасте 1 — 2 и 6 — 18 месяцев. Как заявил глава Американской академии педиатрии (фактического рупора фармацевтических компаний) д-р Джордж Питер 12 июня 1992 г., для этого есть следующие основания: 1) Гепатит В представляет собой проблему общественного здравоохранения, и заболевания им случаются вне групп риска. 2) Входящие в группы риска отказываются от этой прививки или до них трудно добраться. 3) Дети<sup>4</sup> Klenner F. R. Observations On the Dose and Administration of Ascorbic Acid When Employed Beyond the Range Of A Vitamin In Human Pathology // / Appl Nutr. Vol. 23, No's 3 & 4, Winter 1971. Поскольку имя

Кленнера и его метод лечения разных заболеваний с помощью мегадоз витамина С будут упоминаться и в других главах этой книги, я сразу же оговорюсь, что Кленнером использовался раствор аскорбата натрия, методика приготовления которого с пометкой «только для врачей!» описывается на веб-сайте <http://www.orthomed.com/civprep.htm>.

доступны. 4) Цена прививки ниже, поскольку ребенку требуется меньшая доза. 5. Вряд ли можно усомниться в том, что в этом заявлении очень много цинизма и безразличия к интересам тех, о ком должны заботиться педиатры, и очень мало здравого смысла. Доступность (читай: беззащитность) контингента прививаемых и экономическая выгода производителей и распространителей вакцин перевесили все доводы рассудка.

Эффективность Ни новорожденные, ни подростки, ни даже взрослые, не ведущие характерный для групп риска образ жизни, не являются контингентом, имеющим серьезный шанс заболеть гепатитом В, поэтому никакого оправдания для массовых прививок им быть не может. Вдвойне бессмысленна практикуемая вакцинация новорожденных. Приводимая обычно аргументация, что иммунизация новорожденных призвана предотвратить инфицирование в подростковом возрасте, не выдерживает критики даже с точки зрения самих сторонников этой прививки. Никто не знает, как долго сохраняется в крови уровень антител, якобы достаточный для предотвращения заражения, а провозглашаемая «защита для всех на 10 лет», похоже, не более чем обыкновенный прививочный блеф. В последнее время «10 лет» без лишнего шума сменились на «7 лет»; не исключено, что эта цифра будет понижаться и дальше обратно пропорционально расширению рынка сбыта для вакцин и очень скоро выяснится, что прививки от гепатита В нужно повторять каждые 3-4 года.

История с прививками против натуральной оспы демонстрирует такую тенденцию очень наглядно. В двух исследованиях, проведенных в 1990 г., были показаны результаты, весьма отличные от заявляемых адвокатами прививки от гепатита. В одном из них было продемонстрировано, что через 4,5 года «защитный» уровень

антител имеют 60% привитых<sup>7</sup>, а в другом — что спустя 4 года он присутствует лишь у 52%<sup>8</sup>. Еще безрадостнее оказа-

5 National Vaccine Information Center Newsletter. August 1992.

6 А вот что подсовывается публике<sup>1</sup> «Вакцинация против гепатита В приводит к развитию длительного иммунитета. Поэтому прививки, проведенные в детстве,

будут предупреждать заболевание в течение жизни» (Таточенко В. К, Озерецковс-

кий Н. А. Родителям о прививках. М., 2001 — нумерация страниц отсутствует).

7 Street A C. et ей. Persistence of antibody in healthcare workers vaccinated against hepatitis B // Infection Control and Hospital Epidemiology. 1990; 11:525 — 30.

8 Pasko M. T., Beam T. R. Persistence of anti-HBs among health care personnel immunized with Hepatitis B vaccine // American Journal of Public Health. 1990; 80:590 — 93.

лись результаты другого исследования, опубликованные в 1995 г. Согласно им, всего через год от последней прививки «защитный» уровень обнаруживался лишь у 45% привитых; через 5 лет он был найден у 38%<sup>9</sup>. В целом с этими данными согласен и другой апологет прививок в США, а именно упоминавшийся выше Центр контроля заболеваний<sup>10</sup>. А самое последнее ставшее известным автору исследование из числа опубликованных в крупных реферируемых медицинских журналах, вообще побило рекорд в демонстрации низкой эффективности прививки: большинство детей, привитых при рождении, к возрасту пяти лет уже полностью утратили антитела к вирусу гепатита В, при этом у трети не обнаружилось и «иммунной памяти», когда при новом контакте с возбудителем у ранее привитых быстро вырабатываются антитела<sup>11</sup>. Само собой разумеется, что к подростковому возрасту или даже позднее, когда только и формируется стиль поведения и жизни, предопределяющий повышенную вероятность заражения, никакой защиты не может быть и по самым заниженным критериям<sup>12</sup>, а потому трудно оспорить суждение, что «финансовые затраты, т.е. около 200 \$ на одного ребенка, лишь для начальной серии из трех доз вакцины для детей,

не относящихся к группе риска, представляют собой абсурдную растрату ресурсов здравоохранения"<sup>13</sup>. Даже принимая во внимание меньшую стоимость вакцин в экономически менее развитых государствах, нежели Канада, для которой был сделан этот подсчет, затраты на вредную и действительно абсурдную с точки зрения эпидемического процесса этой болезни прививку должны быть весьма и весьма ощутимы<sup>14</sup>.

9 / *Infect Dis.* 1995; 171/1:54 — 60.

10 Согласно CDC Prevention Guidelines. A Guide to Action (1997), от 30 до 50% людей, у которых выработались антитела к антигену вируса гепатита В после трех доз вакцины, потеряют их в течение семи лет.

11 Petersen K. et al. Duration of Hepatitis B Immunity in Low Risk Children Receiving Hepatitis B Vaccinations from Birth // *Pediatr Infect Dis J.* 2004; 23(7):650-655

12 Выступая перед комитетом по образованию, искусству и гуманитарным проблемам массачусетской палаты представителей 27 марта 2001 г., Джуди Конвёрс (диетолог, автор популярной книги «Когда ваш доктор ошибается. Прививка от гепатита Ви аутизм», сама серьезно пострадавшая от этой прививки и имеющая ребенка, чуть не погибшего после нее) удачно сравнила такую политику с приемом аспирина в понедельник, чтобы предотвратить похмелье в пятницу.

13 *The 396 Million Dollar Experiment.* Ottawa: The Nightingale Research Foundation, 1994.

Цит. по: Diodati C J. *Immunization: history, ethics, law and health.* Quebec, 1999, p. 125.

14 "Финансовые проблемы заметно ограничивают использование НВ-вакцин. Несмотря на то что снижение цены на НВ-вакцину в развивающихся странах с 20 USD до 3,0-

5,0 USD за одну дозу сделало возможным массовое использование этой вакцины в детских иммунизационных программах, она по-прежнему остается (ст. след. стр.)

Традиционно считалось, что дети, рожденные у матерей носительниц вируса, являются одной из главных групп риска и уж они-то безусловно должны получить прививку против гепатита В, но

и здесь все далеко не так однозначно. В недавней публикации было показано, что лишь 15 новорожденных от 402 матерей, у которых был обнаружен HBsAg (т.е. всего 3,7%), были инфицированы вирусом гепатита В при рождении, причем факторами риска являлись преждевременные роды, титр антител к вирусу гепатита В в крови матери и концентрация вирусной ДНЮ5. Решая вопрос о том, необходима ли новорожденному весьма небезопасная прививка против гепатита В, следует принять все это во внимание. Заслуживает интереса и имею-

дороже большинства других вакцин». Jangu Banatvala и др. Пожизненный иммунитет к гепатиту В: роль иммуногенности вакцины в формировании иммунологической памяти // Медицина для всех. 2001, 1. По имеющимся у автора сведениям, цена трех прививок в РФ составляет от 600 до 800 руб. или около 20-27 \$. Интересно было бы узнать, за счет чего достигается десятикратно меньшая стоимость прививки. Уж не за счет ли того, что в ее цену для третьесортных стран не вкладывается компенсация за возможный ущерб здоровью привитого?

15 Хи D. Z. et al. Department of Epidemiology, Fourth Military Medical University, Xi'an, China. /// Med Virol. 2002 May; 67(1):20 — 6. Не так давно мне на глаза попался автореферат диссертации на соискание степени кандидата медицинских наук Нгуе-на Зуй Фонга «Сравнительная клиничко-лабораторная и эпидемиологическая характеристика и особенности вирусных гепатитов В и С у лиц фертильного возраста во Вьетнаме» (СПб., 1997). Диссертант сообщает: «Нами было исследовано 300 пар сывороток крови «мать-ребенок». Из них HBsAg выявлен у 35 матерей (11,6%). Кроме HBsAg маркеры других вирусов у обследованных не были выявлены, отсутствовали также и клинические проявления заболевания. Все родильницы считали себя практически здоровыми. Обследование в динамике 35 детей, родившихся от матерей — «носительниц» HBsAg позволило выявить следующие закономерности. Если в первые дни жизни ни у одного новорожденного маркеры HB-вирусной инфекции выявлены не были, то через 3 .месяца, HBsAg определялся уже у 10 детей (28,5%). В возрасте 6 месяцев дополнительно выявлено еще 4 случая носительства HBsAg. Таким образом кумулятивный показатель

составил 40%. Такая же частота обнаружения HBsAg сохранялась при обследовании детей на 9-м и на 12-м месяце жизни, т.е. дополнительного инфицирования не происходило. Полученные данные позволяют нам высказать предположение о том, что инфицирование данной группы детей произошло либо во время родов, либо в постнатальном периоде. Так как все дети находились на грудном вскармливании, то логичным может быть утверждение, что вирус ГВ мог попасть в организм ребенка во время кормления. Наши данные совпадают с результатами, полученными другими авторами... Проблема трансплацентарной передачи вируса ГВ требует дальнейшего изучения». Эта информация достаточно точно отражает слабое понимание механизмов, по которым происходит передача вируса от матери ребенку, а потому логично было бы предположить, что перед разработкой вакцины и, главное, насильственным прививанием всех новорожденных в этот вопрос будет внесена хоть какая-то ясность, но вряд ли с этой точкой зрения согласятся прививочные дельцы.

щийся парадокс, состоящий в том что именно у тех новорожденных, у которых вероятность инфицирования наиболее велика и которым, казалось бы, прививка нужнее всего, она имеет наименьшие шансы на успех, т.е. на выработку антител!<sup>16</sup> Добавим еще, что примерно у половины младенцев, рождающихся с положительным тестом на HBsAg, к возрасту полугода тест становится отрицательным. Все это делает пользу прививки против гепатита В очень сомнительной даже в тех случаях, когда на первый взгляд для нее имеются все показания, не говоря уже о прививках родившимся от здоровых матерей, которым она вряд ли может принести что-либо, кроме вреда, с любой разумной точки зрения<sup>17</sup>.

Прививка против гепатита В включена в прививочные календари многих стран, и график ее проведения практически одинаков. Она делается при рождении<sup>18</sup>, в 1-2 и в 18 или в 1-2, 4 и в 18 месяцев жизни. Новорожденным от матерей — носительниц вируса прививку обычно делают при рождении (сразу вслед за введением иммуноглобулина) и в возрасте 1,2 и 12 месяцев. Ранее не привитым

или получившим только одну прививку подросткам прививку делают в возрасте 11-15 лет двукратно с интервалом в 4 месяца.

Зачем вообще нужны повторные прививки? Считается, что по-настоящему полный иммунный ответ (выработка антител) может произойти только после дополнительных «толчков»; при этом первые две дозы рассматриваются как «начальные», или «инициирующие» процесс (нечто вроде затравки), а вот уже от третьей ждут высокого титра антител<sup>19</sup>. Необычность такого подхода (пока не сделаны все три прививки, на иммунитет можно не рассчитывать) помогает в определенной степени понять иное разъяснение, содержащееся в аннотациях к некоторым вакцинам (например, «Энд-жерикс В»). Оказывается, прививка может не помочь не только пока не сделаны все три укола, но и при уже имеющемся заражении гепатитом В.

IbJhepatol. 1994; 20/4:483 — 6.

17 Заслуживает быть отмеченным, что расхождения по поводу «вертикального» (от матери младенцу) пути передачи отражены и в научной литературе. Так, в одной из статей заявляется следующее: «Поскольку передача вируса гепатита В при рождении оказывает, вероятнее всего, самое незначительное влияние, а дети инфицируются позднее в младенческом возрасте, вакцинация при рождении не показана» //

Public Health. 1994; 108/6:427 — 31.

18 "Врач-неонатолог в первые часы жизни малыша должен обеспечить обязательную вакцинацию (в том числе и от гепатита)...» — поучает российская врачебная газета "Медицинский вестник», № 9 (244), март 2003 г., с. 7.

19 Учайкин В. Ф., Шамшева О. В. Вакцинопрофилактика. Настоящее и будущее. М., 2001, с. 95.

Поскольку прививаемых на наличие HBsAg не проверяют<sup>20</sup> (вполне предусмотрительно, не так ли?), то всякий раз, когда гепатит возникает в промежутках между прививками или до полугода спустя после последней, третьей прививки (такова максимальная длительность инкубационного периода гепатита В), все закономерно можно списать либо на неэффективность «неполного» прививания,

либо на уже имевшийся гепатит, что может сыграть свою роль и тогда, когда подозрение в развитии гепатита падает на саму прививку<sup>21</sup>. Нехитрая, но вполне эффективная уловка!

Показательно, что и через 11 лет после введения обязательных прививок для новорожденных полной ясности с повторными (бустерными) дозами вакцины не было (впрочем, нет ее и сейчас, 14 лет спустя). Так, производитель вакцины «Рекомбивакс» признает, что длительность защиты не установлена и по сей день, а потому вопрос о повторных прививках остается открытым<sup>22</sup>. Кроме того, до сих пор еще является большим вопросом, какую роль антитела, вырабатываемые в ответ на введение вакцины, играют в иммунитете против гепатита В. Известно, что прочный и длительный иммунитет к гепатиту В возможен и при довольно низком уровне антител, меньше 10 mIU/L, признаваемом сегодня защитным. Возможным объяснением этого факта может быть то, что настоящая неуязвимость к гепатиту В основана на клеточном, а вовсе не на гуморальном иммунитете<sup>23</sup>. В противоположность тому, что иногда го-

20 Непонятно, как эта информация согласуется с таким оптимистичным толкованием для публики в российском научно-популярном издании: «Прививку делают детям и взрослым, которые не болели гепатитом В, но лабораторное исследование перед прививкой не проводят. Даже если в крови человека циркулирует вирус гепатита В,

но симптомов болезни нет, прививка только ускорит выработку антител и, следовательно, выздоровление» (Тимченко В. Ц. и др. Все о детских прививках. СПб., 2003,

с. 64). Вероятно, авторы данного издания просто не ознакомились с информацией производителя вакцины. Под стать этому бодрое разъяснение в другой книге: «Помнению американских педиатров, определение маркеров гепатита В может оказаться дороже, чем сама вакцинация, а поскольку от введения вакцины можно ожидать только позитивный эффект, более рационально проводить вакцинацию без предварительного дорогостоящего лабораторного обследования» (выделено мной).

- А.К.) (Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика..., с. 100). О «только позитивном эффекте» я буду говорить далее.

21 По сообщению в *Lancet* 1990 (336):325 — 329, у немалого количества полностью привитых детей, родившихся у матерей-носительниц вируса гепатита В, впоследствии развилось тяжелое поражение печени.

22 Physicians Desk Reference. 2001, p. 2016.

23 Tilzey A. J. Hepatitis B vaccine boosting: the debate continues // *Lancet* 1995; 345:1000. Там же автор говорит: «Практика усиливать или не усиливать иммунитет (повторными прививками. — А. К.) изменчива и основана скорее на догмах, чем на научных данных».

ворится родителям, повторные прививки позднее рекомендуемых сроков не уменьшают эффективности выработки антител<sup>24</sup>.

От теоретических рассуждений перейдем к реальности. Читателям, разумеется, будет интересно узнать, как повлияла прививка против гепатита В на уровень соответствующей младенческой заболеваемости. Когда в мае 1999 г. на слушаниях в конгрессе США об этом спросили Гарольда Марголиса, главу отдела гепатитов Центра контроля заболеваний, тот отрапортовал, что число заболевших в возрасте до двух лет снизилось... с 266 в 1990 г. до 95 в 1997 г. Таким образом, чтобы снизить заболеваемость за 7 лет на 111 человек, если вообще отнести это снижение на счет вакцины (вполне вероятно, что могли быть и другие причины), прививки получили миллионы новорожденных, и немалое их количество стали после нее инвалидами или погибли (см. ниже). Помимо всего прочего, статистически малозначимое число в 266 детей, заболевших гепатитом В в возрасте до двух лет, лишней раз показывает, что проблемы младенческой заболеваемости гепатитом В как таковой в реальности не существует, а потому рассуждения «польза перевешивает риск» не могут не быть признаны чисто спекулятивными и преднамеренно вводящими в заблуждение<sup>25</sup>.

Обычно новорожденных, в противоречии со всеми законами, прививают, не спрашивая родителей, — считается, что раз родители не возражают (обычно из-за того, что вообще ничего не знают о

прививке!), то по умолчанию они на нее согласны. Поэтому те родители, которые хотят от прививки отказаться, должны побеспокоиться об этом заранее -до родов, а не после того, как новорожденного уносят. Следует заблаговременно заявить об отказе от прививки и проконтролировать, чтобы это было зафиксировано в медицинской документации. К сожалению, в некоторых государствах даже всего этого недостаточно для родительской уверенности, что ребенку не будет сделана «для его же блага» какая-нибудь прививка или бессмысленная инъекция витамина К — в зависимости от гос-

24 Jilg W. Immune responses to late booster doses of hepatitis B vaccine // *med virol.* 1985;

17:249 — 54, и Hadler S. C Effect of timing of hepatitis B vaccine dose on response to vaccine in Yucpa Indians // *Vaccine.* 1989; 7:106 — 10.

25 В 1997 г., например, из Иллинойса, Массачусетса, Нью-Джерси и Пенсильвании не было сообщено ни об одном случае гепатита В у детей в возрасте до 5 лет. В Нью-

Гемпшире был зарегистрирован 1 случай, в Вашингтоне — 2, в Мичигане — 9, в Техасе- 13. Не сообщалось, сколько детей из их числа были привиты. В том же самом году из тех же самых восьми штатов в Систему сообщений о побочных эффектах прививок было заявлено о 106 только серьезных реакциях на прививки у детей в возрасте до 5 лет. Из этого числа пострадавших 10 детей скончались; 13 осложнений и 2 смерти последовали за введением одной лишь вакцины против гепатита В.

подствущей в данный момент медицинской моды и инструкций вышестоящих учреждений. В этом случае можно взвесить два варианта: либо покинуть роддом немедленно после родов, либо рожать в домашних условиях при помощи опытной акушерки или врача. Что касается подростков, то им прививки, как и вообще всем несовершеннолетним, также могут быть сделаны исключительно с разрешения родителей или опекунов.

Безопасность Сегодня существует ряд вакцин против гепатита В, которые, в сущности, различаются лишь количеством содержащегося HBsAg в дозе. Консервантом для всех является ртуть (тиомерсал, он же в российской вакцине «Комбиотех» — мертиолят, в концентрации

0,005%), за исключением южнокорейской вакцины «Эувакс» (0,01%), а в американской вакцине HB-VAXII присутствует еще и формалин (0,008-0,012%). В качестве сорбента используется гидроксид алюминия.

Первая вакцина, производившаяся из плазмы больных гепатитом В, была лицензирована американской фармацевтической компанией «Мерк» в 1981 г. После ее применения были зарегистрированы случаи оптического неврита, сопровождавшегося полной или частичной утратой зрения, заболевания синдромом Гийена — Барре, поперечным миелитом и др.<sup>26</sup> Однако не по причине этих осложнений, а из-за массовых отказов от прививки из опасения передачи СПИДа с такой вакциной и связанным с этим коммерческим неуспехом<sup>27</sup> «Мерк» начала разрабатывать новую генно-инженерную (рекомбинантную) вакцину, которая была лицензирована в 1986 г.<sup>28</sup> Предполагалось, что эта вакцина, основанная на достижениях генной инженерии, ознаменует собой новую эру в вакцинологии, вообще не вызывая осложнений. Но этот оптимистический прогноз не оправдался ни в малейшей степени. Новая вакцина оказалась не<sup>26</sup> Shaw F E. et al. Postmarketing surveillance for neurological adverse events reported after hepatitis B vaccination // Am J Epidemiol. 1988, 127(2): 337 — 352.

и СПИД как нозологическая единица и проблема для здравоохранения был признан в 1981 г., а плазма, использовавшаяся для производства вакцины и собиравшаяся именно от гомосексуалистов, больных гепатитом В, была собрана в 1977 — 1980 гг. и безусловно могла быть заражена вирусом СПИДа. Сколько человек заразились СПИДом через эту прививку, навсегда останется тайной.

<sup>28</sup> Генно-инженерные (рекомбинантные) вакцины основаны на геноме живых ослабленных вирусов, бактерий, дрожжей или клеток эукариотов, в которые встраивается ген, кодирующий образование защитного антигена того возбудителя, сделать невосприимчивым к которому призвана вакцина

только не менее, а более опасной, чем ее «старомодные» предшественницы. Кроме того, прививку так спешили протолкнуть на рынок, что Комитет по вакцинам и биологическим продуктам

Управления контроля пищевых продуктов и лекарств (FDA), столь непримиримо стоящий на защите права общества за безопасную и надежную медицину, когда речь заходит об альтернативных лекарствах, внезапно стал настолько мягким и уступчивым, что позволил производителю не проверять вакцину в клинических условиях, а за гарантию эффективности принять лишь уровень образующихся после введения вакцины антител<sup>29</sup>.

Президент группы экономического прогнозирования «Белкин Лими-тэд» статистик Майкл Белкин из Нью-Йорка, чья пятинедельная дочь скончалась 15 часов спустя после второй прививки против гепатита В, изучил базу данных Системы сообщений о побочных эффектах прививок (VAERS) по осложнениям на эту прививку. На слушаниях по прививке против гепатита В в подкомитете конгресса США 18 мая 1999 г. он заявил, что, по сделанным им подсчетам, в VAERS с июля 1990 по октябрь 1998 г. было направлено 24755 сообщений о побочных реакциях, последовавших за введением вакцины против гепатита В, причем 439 случаев закончились смертью привитых, а в 9673 случаях последствия оказались «просто» серьезными (визиты в приемные отделения больниц, госпитализации, инвалидизация разной степени тяжести). Из 24755 сообщений 17497 относились исключительно к прививке против гепатита В, а остальные — к ныне столь излюбленным в США прививочным «коктейлям», когда одновременно вводилось несколько доз разных вакцин (оральная и инъекционная полиовакцины, вакцина против гемофильной палочки и др.), никаких исследований безопасности которых никогда не проводилось. Именно на эти «коктейльные» эксперименты американских вакцинаторов, представляющих собой не меньше трети сделанных прививок, пришлось две трети (291) всех смертей, случившихся в среднем спустя два дня после прививки<sup>30</sup>. Белкину был задан следующий вопрос: «Поче-

<sup>29</sup> The Pink Sheet. January 14, 1985, p. 167. «Pink sheet» — совокупное название дняматериалов совместных заседаний представителей производителей вакцин и прививочных властей и их комитетов.

30 "Изучив вопрос, должны ли быть приписаны прививке против гепатита В данные Системы сообщений о реакциях на «коктейли», мы должны признать, что данные однозначно подтверждают: комбинированные множественные вакцины могут быть очень удобными и выгодными для педиатров, но смертельными или калечащими для младенцев. Где научные исследования, демонстрирующие, что вакцину против гепатита В можно безопасно назначать вместе с DTP (АКДС. — А.К.), (см. след, стр.)

му же вместо прививания младенцев просто не проверяются матери на носительство вируса гепатита В (поскольку это единственный путь, которым новорожденный может заразиться этой болезнью)?». Ответ Белкина был вполне исчерпывающим: «Продажа вакцин является крайне выгодным бизнесом, а процесс рекомендации вакцин запятнан злоупотреблением служебным положением производителей вакцин и лиц в Совещательном комитете по иммунизационной практике и Американской академии педиатрии. Модель бизнеса, при котором покупка товара навязывается государством, является мечтой монополиста». Действительно, зачем тратить деньги в поисках тех единиц из числа беременных, будущие дети которых могут пострадать от гепатита В, и делать выборочные прививки, когда можно прививать всех новорожденных?31

вакциной против гемофильной палочки, оральной или инъекционной полиовакцина-ми и т.д.? Кто-нибудь занимался анализом стоимости таких исследований, учитывая и данные, демонстрирующие более высокую смертность и серьезные реакции, имеющиеся в распоряжении Системы сообщений о побочных эффектах прививок? Почему нет? Имеется ли определяемый генетический маркер у тех, у кого случились конвульсии, чтобы отсеять подверженных конвульсиям в будущем? Вот темы для изучения независимыми учеными», — заявил Белкин.

31 Согласно последней статистике VAERS, в 1999 — 2002 гг. в США в возрастной группе от 0 до 6 лет после прививки от гепатита В было сообщено о 13363 побочных реакциях или осложнениях, среди которых в 1840 случаях потребовалась госпитализация, а 642 случая

закончились смертью. В моем распоряжении имеется и такая статистика, сообщенная американским педиатром Эдвардом Язбаком: с 1990 до конца 2002 г. в Систему сообщений о побочных эффектах прививок было заявлено о 9520 осложнениях на прививку от гепатита В (одной или в комбинации с другими вакцинами) у детей в возрасте до года, 627 из которых закончились смертью (в 401 случаях был поставлен «универсальный» для таких происшествий диагноз «синдром внезапной детской смерти», осложнения в еще 284 случаях были признаны угрожающими жизни; в 4227 случаях родители привозили детей в приемные отделения больниц и 1591 ребенок был госпитализирован. В совокупности до конца 2002 г., т.е. за 12 лет прививок, поступили сообщения о 38600 случаях осложнений после прививки вакциной против гепатита В (одной или в комбинации с другими вакцинами) во всех возрастных группах, 753 из них закончились смертью привитых; в 14476 случаях потребовалось посещение приемных отделений больниц, 3115 пациентов были госпитализированы; 914 пострадавших остались инвалидами, у 224 развилась желтуха. Особенно пагубной оказалась комбинация вакцин против гемофильной палочки и гепатита В, легко и без лишних вопросов дозволенная каучуковыми «прививочными экспертами» в 1996 г. (вакцина НВНЕРВ): за 5 лет (1997 — 2002 гг.) поступили сообщения о 2863 осложнениях, 123 из которых закончились смертью (Yazbak F. E. The Saga of Pediatric Hepatitis B Vaccination. From the Pink Sheets to the VAERS Reports. Рассылка новостей Redflagsdaily). Каждый раз, говоря о статистике Системы сообщений о побочных эффектах прививок, я не устаю напоминать, что речь идет максимум о 10% реального числа случаев осложнений на ту или иную прививку.

В тот же день, когда выступал Майкл Белкин, выступила и Мэрилин Киршнер, мать 16-летней Линдзи, ставшей стопроцентным инвалидом после полученной прививки против гепатита В. Совершенно здоровая до того девочка на следующей день после прививки упала в обморок. С того времени она страдает от тяжелейших головных болей и головокружений, конвульсий, болей в суставах, выпадения волос, приступов тошноты и рвоты. Со слов

Мэрилин Киршнер, после того, как об этом несчастье рассказала корреспондент WPLG Кристи Крюгер (это был первый репортаж о последствиях прививки против гепатита В в США), ей стало известно об огромном количестве случаев такого рода.

На слушаниях свидетельствовала также специалист в молекулярной биологии проф. Бонни С. Дюнбар из Бэйлоровского медицинского колледжа (Хьюстон, штат Техас), лауреат премии имени Маргарет Питмен, учрежденной Национальным институтом здоровья за разработку новых вакцин. Ее брат стал тяжелым инвалидом, страдающим нейродегенератив-ным заболеванием, а одна из студенток начала стремительно терять зрение (вероятно, вследствие оптического неврита) после этой прививки. Дюнбар, занявшаяся проблемой прививки против гепатита В, заявила: «Сейчас я нахожусь в прямом контакте с сотнями тяжело больных людей (а также с врачами, имеющими сотни таких пациентов), у которых развились тяжелые неблагоприятные реакции в ответ на прививку против гепатита В. Я считаю, что крайне необходимо исследовать как ранние реакции, так и их дальнейшее прогрессирование в аутоиммунные болезни в надежде, что нам удастся найти более специфическое лечение и предотвратить отсроченные реакции у тех, кто уже пострадал от этой прививки».

В ответ на вопрос о целесообразности прививки против гепатита В для новорожденных Дюнбар ответила: «Я оспорила бы утверждения моих коллег, исследователей в клинических или фундаментальной областях, заявляющих, что мы, в общих чертах, понимаем иммунную систему младенцев. На моделях животных доказано, что иммунная система новорожденных очень отличается от иммунной системы взрослых и даже подростков. Фактически иммунную систему новорожденных животных очень легко потревожить так, чтобы убедиться, что во взрослой жизни ее функция будет нарушена. И наоборот, крайне низка вероятность того, что в США новорожденный имеет хоть сколько-нибудь значительный риск заражения гепатитом В в детском возрасте, поскольку это болезнь, передающаяся с кровью. Вряд ли новорожденные могут быть вовлечены во внутривенное использование препаратов или небезопасный секс. Вряд ли они могут пострадать от зараженной

иглы, как медицинский работник. Единственный путь, которым они могут заразиться гепатитом, — через уже инфицированную мать. Для меня очень примечательно то, что в свете отсутствия научной и медицинской информации о неона-тальной иммунологии новорожденные — и особенно те, которые не находятся в группе риска по гепатиту В, — получают многочисленные прививки против гепатита В. Имеется мало или вообще не имеется клинических исследований для адекватной оценки возможных отсроченных реакций на прививки новорожденным, особенно в том, что касается генетических различий».

Дюнбар также обратила внимание присутствующих на слушаниях на то, что, по признанию сотрудников Управления контроля пищевых продуктов и лекарств, в VAERS сообщается о лишь от 1 до 10% всех постпрививочных осложнений. Таким образом, истинное число пострадавших от прививки против гепатита В может быть в десятки раз больше. Кроме того, упоминая о рекламируемой безопасности генно-инженерных вакцин, к которым принадлежат и вакцины против гепатита В, Дюнбар сказала: «Любой пептид (ограниченная последовательность аминокислот белка) или полный пептидный набор, или «усеченный» белок (получающийся в результате выделения из биологического источника и очистки или путем использования технологии рекомбинантной ц-ДНК), будучи введенным в организм, может быть «переработан» иммунной системой и в зависимости от природы этого белка может стать причиной отсроченных аутоиммунных реакций... Не вызывает сомнения, что вирус гепатита В (и вакцина, созданная на основе поверхностного антигена вируса) очень отличается от других вирусов (вакцин). Разрабатываются новые теории и эксперименты (например, теория так называемой молекулярной мимикрии и антиидиопатических антител), которые могли бы объяснить неблагоприятные реакции, вызываемые этим вирусом и вирусным протеином, используемым в вакцине... Десятки публикаций, связывающих этот вирус и его вакцину с аутоиммунными болезнями... доказывают нам, что вирусный антиген вызывает аутоиммунные болезни».

С последним заявлением проф. Дюнбар вполне перекликается мнение российского ученого: «...любое введение в клетки организма человека генных конструкций, с какой бы целью оно ни производилось, может иметь отрицательные последствия, способные привести к нарушению функций любых генов, в том числе регулирующих клеточное размножение и иммунные реакции. Это может, в свою очередь, вызвать крайне нежелательные изменения в организме, включая образование раковых клеток»<sup>32</sup>. Вспомним здесь, что речь идет о несформированной иммунной системе новорожденного, в которой опасность непредсказуемых и опасных иммунных реакций умножается многократно.

Среди других выступавших на этих слушаниях был и д-р Дж. Бартелоу Классен, президент научно-исследовательской группы «Классен Имьюно-терапиз». Он заявил, что, согласно проведенным его группой исследованиям, частота диабета I типа в Новой Зеландии возросла на 60% после введения в прививочный календарь этой прививки<sup>33</sup>. Такой вывод, по его мнению, подтверждают и результаты другой группы исследователей, согласно которым прививка в первые 8 недель жизни связана с повышением на 90% риска заболевания диабетом<sup>34</sup>, и это совершенно согласуется с последним исследованием того же Классена<sup>35</sup>. (В следующем году предположение Классена на годовом собрании Американской диабетологи-ческой ассоциации подтвердили итальянский педиатр проф. Паоло Позил-ли и его коллеги, проследившие за 150 тыс. привитых и тем же числом непривитых детей и обнаружившие, что шанс заболевания диабетом для непривитых в целом ниже в полтора раза, чем для привитых, а для тех, кто счастливо избежал прививки в возрасте 12 лет, он ниже в 2,5 раза\*).

Месяцем позднее слушания продолжились. Д-р Джейн Ориент, терапевт из Таксона (Аризона), исполнительный директор Американской ассоциации врачей и хирургов (созданной в качестве альтернативы пропри-вивочной Американской медицинской ассоциации<sup>37</sup>), заявила 14 июня, что риск только серьезных реакций на вакцину против гепатита В может в 100 раз превышать риск заражения этой болезнью для подавляющего большинства детей. Кроме того, д-р Ориент подчеркнула, что родителей сознательно

вводят в заблуждение, когда им говорят, что риск заболевания выше риска осложнений на прививку, поскольку как бы ни был ничтожен риск заражения гепатитом В для детей, он все же выше нуля, а осложнения умышленно никогда не изучались и потому, по мнению вакцино-ров, их не существует вообще! Стоит отметить, что д-р Ориент упомянула также о неприемлемости нынешнего положения вещей, когда решения о прививках в национальном масштабе принимаются крохотной группой людей, неоднократно пойманных на так называемом конфликте интересов, т.е. имевших собственную и вполне ощутимую выгоду (акции в фармацевтических компаниях, научные гранты от производителей вакцин) от принятия решения в пользу рекомендации все новых и новых обязательных массовых прививок.

32 Зеленин А. В. Генная терапия на пороге третьего тысячелетия // Вестник РАН. 2001, т. 71, № 5. Цит. по. Червонская Г. П. Прививки: мифы и реальность. М., 2002, с. 273.

33 Classen J. B. Diabetes epidemic follows hepatitis B immunization program // New Zealand Medical Journal. 1996; 109:195.

34 DeStefano F The timing of hepatitis B immunization and risk of insulin dependent diabetes mellitus // Pharmacoeconomics and Drug Safety. 1997;6:2 — 60.

35 Classen D. C, Classen J. B. The timing of pediatric immunization and the risk of insulin-dependent diabetes mellitus // Infectious Diseases in Clinical Practice. 1997; 6:449 — 54.

36 Сообщение WebMD Medical News от 13 июня 2000 г.

17 Эта ассоциация декларирует свою независимость от производителей лекарств и вакцин и от какого-либо государственного финансирования, чем, разумеется, не может похвастаться Американская медицинская ассоциация. Целью существования Американской ассоциации врачей и хирургов является, по ее собственному определению, «охрана святости взаимоотношений врач — пациент».

Разумеется, о таких фактах не сообщают бодрые прививочные агитки, призывающие родителей прививать детей, ни о чем не беспокоясь. А ведь при аутоиммунных болезнях не бывает выздоровления в 90 — 95% случаев, как это происходит при естественной болезни! Аутоиммунное страдание практически всегда

обозначает инвалидность большей или меньшей степени тяжести и достаточно безрадостный прогноз на будущее. Сравните приведенные выше факты со слушаний в конгрессе США с такой исчерпывающей характеристикой осложнений от прививки против гепатита В, взятой из одной российской брошюры: «Общие и местные реакции отмечаются очень редко. Общая реакция может проявляться повышением температуры тела, болью в суставах, в животе, тошнотой, недомоганием. При длительных и упорных жалобах необходима консультация врача для дифференциального диагноза с каким-либо присоединившимся заболеванием»<sup>38</sup>. Об осложнениях — это все! Кроме того, вероятно, предполагается, что только совершенно случайно по времени совпавшее (присоединившееся) заболевание может стать поводом для обращения к врачу; от прививки же ничего серьезного, требующего консультации быть не может...

<sup>38</sup> Лакоткина Е А и др. Вакцинопрофилактика инфекционных заболеваний у детей и взрослых. СПб., 2000, с. 36.

Говоря об осложнениях, аннотация к вакцине «Энджерикс В» (производитель «Смит Клайн Бичем») упоминает такие возможные последствия прививки: обычные (от 1 до 10% всех прививок) — мягкое местное воспаление, покраснение и уплотнение места укола; редкие (менее 1%) — низкотемпературная лихорадка, недомогание, усталость, боли в суставах, воспаление суставов, боли в мышцах, головная боль, головокружение, синкопа, тошнота, рвота, понос, боли в животе, лимфаденопатия, патологические изменения в печеночных пробах, сыпь, включающая крапивницу. После появления вакцины на рынке сообщалось о случаях анафилаксии, мультиформной эритемы, включая синдром Стивенса-Джонсона; отсроченные последствия включают боли в суставах (обычно преходящие), зуд и крапивницу, экхимозы, узелковую и мультиформную эритему. Сообщалось также о тромбоцитопении, алопеции, кератите, герпесе, тромбоцитопенической пурпуре, болях в ушах. Неврологические проявления могут быть представлены парезами и параличами, нейропатией, поперечным и оптическим

невритами, синдромом Гийена- Барре, рассеянным склерозом. Относительно последних, самых тяжелых во всем списке осложнений, в отчете комитета экспертов, созданного при американском Институте медицины (10 М) с целью изучения связи прививок с разными болезнями, было заявлено, что связь прививки против гепатита В с демиелинизирующими болезнями нервной системы (к которым относится и рассеянный склероз) и синдромом Гийена — Барре, а также с артритами продемонстрирована научными данными, а связь этой прививки с синдромом внезапной детской смерти и анафилактическим шоком допустима теоретически<sup>39</sup>.

Читателям будет небезынтересно узнать, что, после того как адвокаты 15 тыс. (!) человек, главным образом подростков, заболевших нейродегенеративными болезнями во Франции после прививки против гепатита В, подали иски в суд, в октябре 1998 г. французское правительство отменило обязательность прививки против гепатита В для подростков. Здесь не место рассказывать, какую ярость вызвало это известие у Главного друга всех детей мира — ВОЗ, обвинившей Францию не менее как в подрыве доверия публики к проводимым ВОЗ прививочным программам. Но всего через несколько лет, словно убоявшись ВОЗ, эксперты упомянутого Института медицины в 2002 г. выпустили новый отчет, в котором ранее установленная связь прививки от гепатита В с демиелинизирующими заболеваниями теперь объявлялась недоказанной!<sup>40</sup> При этом, правда, было отмечено, что данные не достаточны ни для окончательного положительного, ни для окончательного отрицательного ответа; нужны-де дополнительные исследования. Пока суд да дело, а ручные эксперты спешат поклониться то одним, то другим, прививки делаются во все возрастающих масштабах, и никто не рекомендует их приостановить хотя бы для тех, кто не относится к группам риска, — пусть даже только до внесения окончательной ясности в вопрос. А ведь для производителей количество реализуемой продукции — самое главное. Кстати, опубликованное за несколько месяцев до выхода этой книги крупное исследование, изучавшее частоту возникновения рассеянного склероза у привитых от гепатита В и не привитых от него

англичан в период с 1993 по 2000 г. обнаружило, что в три последовавших за прививкой года частота возникновения этой страшной болезни была в три раза больше у привитых.. 41.

v Stratton K. Adverse. ., p. 9. См. также отдельную главу «Hepatitis B vaccine», p. 211 — 235.

40 Согласно данным упоминавшегося выше д-ра Язбака (см прим 30), всего за 12 лет было сообщено о 50 случаях рассеянного склероза, 113 — синдрома Гийена — Барре, 108 — миелита или энцефаломиелита, 67 — оптического неврита, 342 — различных параличей, 129 — атаксии, 51 — спутанности сознания, 32 — утраты слуха и 121 — аутизма.

Среди осложнений прививки против гепатита В описана также острая мозжечковая атаксия<sup>42</sup>.

Аннотация к той же вакцине «Энджерикс В» сообщает, что противопоказанием к введению вакцины является «непереносимость любого компонента вакцины». Но, спрашивается, каким образом это можно выяснить, когда прививка во многих странах делается всем новорожденным в первые 24 часа жизни? Кто проверяет их на эту непереносимость и когда? Не в материнской же утробе?

Ни одна из вакцин против гепатита В не проверяюсь на канцерогенный или мутагенный эффект. Последнее подтверждается и самой аннотацией, признающей, что исследования на беременных животных не проводились, а потому прививка беременной может быть рекомендована лишь в исключительных случаях. Как и другие вакцины, вакцины против гепатита В не изучались в контексте их возможных долговременных последствий. Стандартная временная граница — от 72 до 120 часов максимум после прививки. Все, что бы ни произошло после этого, автоматически приписывается чему угодно, кроме прививки. Может быть, вакцины способны вызывать рак. Может быть, они способны вызывать тяжелейшие аутоиммунные или нейродегенеративные болезни. Все может быть. Никто этого никогда не изучал. Те, кто делает деньги на прививках, не заинтересованы в таком изучении, поскольку негативные или даже сомнительные результаты могут подорвать их доходы<sup>43</sup>. Гораздо проще голословно отрицать какую-либо связь, чем проверить,

существует ли она на самом деле. О том, к чему может привести та или иная прививка, публика может узнавать лишь ретроспективно, после того как количество осложнений превысит то, которое удается скрывать или списывать на «совпадения по времени», либо когда за дело берется пресса\*.

41 Hernan M A. et al. Recombinant hepatitis B vaccine and the risk of multiple sclerosis // *Neurology*. 2004;63:838 — 842.

12 Deisenkammer F. et al. Acute cerebellar ataxia after immunisation with recombinant hepatitis B vaccine // *Acta Neurol Scand* 1994 Jun., 89(6):462 — 3.

11 Пресса неоднократно сообщала, что ежегодные доходы компании «Мерк» от реализации одной только вакцины против гепатита В превышают 1 млрд. долл.; всего же рынок этой вакцины приносит ее производителям свыше 2 млрд. долл. в год.

### **Гепатит В — что делать?**

Было бы наивно считать, что такой проблемы, как распространение гепатита В, вообще не существует. Она есть, хотя безмерно искусственно раздувается, ибо существуют и множатся подлежащие реализации вакцины<sup>45</sup>. Сама же эта проблема вполне решаема безо всяких приви-

44 Медики, естественно, имеют лучшее представление о прививках и их последствиях. Вот некоторые сведения, опубликованные в автореферате диссертации на соискание степени кандидата медицинских наук А. Смирнова «Эпидемиологическое обоснование вакцинопрофилактики вирусного гепатита В в воинских коллективах»

(СПб., 2001), выбравшего контингентом для своих опытов с вакциной против гепатита В сотрудников Военно-медицинской академии. В автореферате сообщается.

"При изучении причин отказов медицинских работников от введения вакцины установлено, что отказались от введения 1-й дозы вакцины по разным причинам 610 человек. В среднем процент отказов по всем клиникам, участвующим в программевакцинации, составит 21,6%. Наиболее частой причиной отказа является опасение аллергических реакций — 73 случая (39,2%). 24

респондента (12,9%) ответили, что вакцинация не гарантирует защиту от гепатита В. 23 опрошенных (12,4%) считали, что у них нет возможности заразиться гепатитом В. Недоверие к качеству вакцинного препарата высказали 20 человек (10,8%). 18 сотрудников академии (9,7%) указали на перенесенный гепатит В или на вакцинацию в прошлом. По мнению 15 медицинских работников (8,1%), вакцинация вредна для здоровья, и 12 человек (6,5%) указали другие причины». По данным других авторов, процент отказывающихся от «эффективной и безопасной» прививки против гепатита В еще выше: «... имеет место высокая частота отказов от вакцинации медицинских работников тех профессий, которые сопряжены с наибольшим риском инфицирования. . по предваритель-

ным данным, 43% списочного состава подлежащих вакцинации медиков отказались от прививок» (Тайц Б М. Вакцинопрофилактика..., с. 196). К сожалению, роскошь такого выбора не обладают ни насильно прививаемые младенцы, ни подростки, которых сгоняют на прививки в школьные медкабинеты.

45 Уже упоминавшемуся статистику Майклу Белкину на слушаниях был задан вопрос «Почему Центр контроля заболеваний, Совецательный комитет ДО иммунизационной практике и «Мерк» говорят нам о 140000 — 320000 новых случаев инфицирования в год (70000 — 160000 случаев симптоматических инфекций в год), в то время как данные самого Центра контроля заболеваний демонстрируют лишь 10000 случаев в год?». Белкин ответил так: «Они представляют оценочное, гипотетическое число как реальные случаи болезни. Это — статистическое мошенничество. В финансовом мире такое искажение фактов привело бы к судебному преследованию.

Если компания раздувает свои доходы до 300% (как делает Центр контроля заболеваний со статистикой по заболеваемости гепатитом В) и (см след. стр.) вок. Разобраться в вопросе нам помогут знание четырех действий математики и другой гепатит — гепатит С, против которого прививок нет. Этот гепатит, имеющий сходный с гепатитом В парентеральный путь распространения, неизмеримо опаснее, ибо во много раз чаще ведет к хроническому носительству, и именно гепатит С, а отнюдь не гепатит В является главной причиной

циррозов и рака печени. Правда, при этом вирус гепатита С гораздо менее стоек в окружающей среде, нежели вирус гепатита В. Поскольку пропагандисты прививок заявляют, что именно прививки, и ничто другое, помогли снизить заболеваемость гепатитом В, то логично было бы ожидать, что заболеваемость гепатитом С на фоне прививочных усилий по гепатиту В в лучшем случае останется неизменной, однако статистика говорит о другом. Рискую утомить читателя цифрами, я все же покажу, сколь ничтожное (если существующее вообще) влияние оказала прививка на динамику заболеваемости гепатитом В за последние несколько лет в Российской Федерации, где проживает большинство моих читателей<sup>46</sup>. РФ заслуживает особого внимания и потому, что когда для описания ситуации с гепатитом В приводятся США, то слышны возражения, что в России совершенно другая эпидобстановка и требуется совершенно иной подход. Официальные статистические данные я объединил в предлагаемую ниже таблицу заболеваемости гепатитами В и С<sup>47</sup>. подсовывает эти данные как официальные, а не как оценки-прикидки, — ее деятельностью займется Комиссия по ценным бумагам и бирже, а держатели акций подадут иски в суд. Почему этого не происходит в медицинском мире? Над деятельностью самого Центра контроля заболеваний нет контроля. Нам не говорят, что это гипотетические, оценочные цифры, они искажают факты. Попробуйте тщательно проверить эти предполагаемые 320000 новых случаев инфицирования в год. Вы их не найдете. Весь этот трюк был проделан лишь для того, чтобы раздуть общественную истерику по поводу болезни, риск заболеть которой низок, и позволить Центру контроля заболеваний усилить свое влияние, а «Мерку» увеличить свои доходы от продажи вакцин на 900 млн. долл. в год».

<sup>46</sup> Если не оговорено иначе, все использованные мною здесь данные были взяты с официального сайта Федерального центра Госсанэпиднадзора РФ и из книги В.Ф.

Учайкина «Вакцинопрофилактика...».

<sup>47</sup> Я специально обращаюсь здесь исключительно к заболеваемости гепатитами В и С, как к гораздо более надежному статистическому параметру, а не к числу выявленных носителей вирусов этих гепатитов. Во-первых,

данные по носительству допускают большее количество корыстных статистических манипуляций; во-вторых, отсталость и низкое качество российских тест-систем для гепатитов В и С невольно заставляет задуматься о том, насколько они заслуживают доверия вообще.

Таблица 1

Исключительно ради большей наглядности и точности представим отдельной таблицей заболеваемость на 100 тыс. населения (ясно, что ни большого прироста, ни катастрофического уменьшения населения РФ в 1990-х — начале 2000-х годов не происходило, поэтому и таблица 1 отражает динамику заболевания достаточно точно).

Таблица 2

Заболеваемость гепатитами В и С в РФ (на 100 000 населения)

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

Здесь уместно напомнить, что решение о внесении вакцинации против гепатита В в календарь прививок было принято в Российской Федерации в 1997 г.<sup>48</sup>; ни в 1997, ни в 1998 гг. (когда произошло небольшое снижение<sup>48</sup> ВОЗ рекомендует вакцинацию против гепатита В начиная с 1997 г. обязательно включать в национальные календари профилактических прививок, (ст. след. стр.)

заболеваемостью гепатитом В) эта прививка хоть в скольконибудь статистически значимых масштабах не делалась вообще, в 1999 г. ее получили около 3% детей, а в 2000 г. — около 10%; при этом регионов с «необходимым прививочным охватом» — свыше 90%, не говоря уже о запланированных 95%, в 2000 г. (когда опять произошло небольшое снижение после подъема в 1999 г.) в РФ не существовало вообще. Кстати, и в следующем, 2001 г. таких регионов, где «привитость» детей от гепатита В превысила 90%, отыскалось лишь 1,2%<sup>49</sup>. Отсюда понятно, что никакого ощутимого влияния на показатели заболеваемости гепатитом В у детей в 2000 г. прививки оказать не могли, а поэтому перед нами достаточно «чистая» цифра заболеваемости того года. И не столько по причине малого количества сделанных прививок, сколько потому, что те, кому они делаются, вообще составляют очень небольшой процент в структуре заболеваемости гепатитами, передающимися указанными выше путями.

Так, мы видим, что в 2000 г. гепатитом В в Российской Федерации заболели 61997 человек, из них детей в возрасте до 14 лет... 2651, т.е. 4,27%! Как это связать с истерическими криками о необходимости срочного спасения прививками подрастающего поколения? Для гепатита С тот же показатель составил еще меньше — 2,36%.

В 2001 г., когда число планово привитых детей превысило уже 40%, случаев заболевания гепатитом В среди взрослых было зарегистрировано 51305, а среди детей — 2302. Таким образом, принимая здесь условно количество населения РФ за неизменное (тем более что заболеваемость относительно количества населения сравнительно ничтожна) и вычитая из количества взрослых количество детей, мы получаем следующее снижение заболеваемости:  $(61\ 997 - 2651) - (51\ 305 - 2302) = 10\ 343$ , или примерно на 17,5%. В интересующей нас прививаемой возрастной группе до 14 лет это снижение составило  $2651 - 2302 = 349$ , или 13,16%. Меньше, чем у взрослых, не получивших прививки! Аналогичные вычисления для России выполнила эту рекомендацию ВОЗ, что нашло отражение в приказе Минздрава Российской Федерации № 226/79 от 03.06.1997 «О проведении профилактических

прививок против гепатита В» (Учайкин В.Ф. Вакцинопрофилактика..., с. 98, выделено мной. — А.К.). «Рекомендовать... обязательно включать» (слова «рекомендация» и «обязательно» несовместимы) и «выполнила эту рекомендацию» (выполняют приказы; рекомендациям следуют или с ними соглашаются) — насколько же глухим надо быть к родному языку, чтобы писать такие вещи! Очевидно, ВОЗовские рекомендации считаются в России приказами?

44 Охват профилактическими прививками детей в Российской Федерации, 1997 -2001. Информационный сборник статистических и аналитических материалов. М., 2002.

заболеваемости гепатитом С представляют для нас больше академический интерес за отсутствием прививания от этой болезни, однако и они, сделанные с использованием аналогичных арифметических действий, показывают снижение на 22% для взрослых и на 12% для детей.

В 2002 г. снижение шло следующими темпами: 44,9% для взрослых и 35,8% для детей по гепатиту В и 57,6 и 43,5% по гепатиту С соответственно, а в 2003 г. — 33,8% для взрослых и 38,6% для детей по гепатиту В и 51,3 и 53,9% по гепатиту С соответственно. Можно прийти к выводу, что снижение заболеваемости гепатитами В и С продолжается, причем снижение заболеваемости в группе, для которой прививки от гепатита В не предназначены, за исключением последнего года, шло быстрее, чем в группе получающих прививки. Заболеваемость «беспрививочным» гепатитом С также стремительно снижается за последние годы, причем, как свидетельствует табл. 2, оно точно так же началось в 2001 г. Что же, если эти цифры истинны, то в РФ все идет к тому, что скоро вирусы гепатитов В и С для лабораторных исследований придется завозить из-за границы...

Разумеется, это довольно приблизительная статистика, не учитывающая многого, однако она однозначно свидетельствует о следующем: если имеются две болезни, идентичные по пути передачи и распространения, со вполне сравнимой заболеваемостью (несколько десятков тысяч случаев в год), и они начинают снижаться одновременно, при этом резко и примерно

одинаковыми темпами, то в основе этого безусловно должно лежать что-то общее. А что это общее относительно гепатитов В и С, известно давным-давно: разъяснение контингентам групп риска опасности общего использования шприцев и секса без употребления презервативов, тщательный контроль донорской крови, обеспечение одноразовым инвентарем и всем необходимым для стерилизации инструментов лечебно-профилактических учреждений и пр. Случайно ли снижение произошло в 2001 г.?

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 2001 г. состоялась коллегия Минздрава РФ по вирусным гепатитам, на которой было отмечено, что «основной причиной резкого ухудшения эпидемической обстановки является интенсивный рост внутривенного употребления наркотиков, основными потребителями которых являются подростки и лица молодого возраста. Возрастает роль полового пути передачи 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 и представляет реальную угрозу для национальной безопасности страны (выделено мной. — А.К.)». Все верно, и ни младенцы, ни иная публика, не имеющая отношения к наркотикам и связанным с ним сексом, никакого касательства к этой проблеме не имеет. Также было сказано, что «удельный вес заражений парентеральными гепатитами при проведении медицинских манипуляций составляет от 2 до 10%. Это обусловлено недостаточным применением в лечебно-профилактических учреждениях современных высокоэффективных дезинфекционных препаратов, отсутствием в 40% больниц и поликлиник централизованных стерилизационных отделений, недостаточным обеспечением этих учреждений, особенно в

сельской местности, одноразовым медицинским и лабораторным инструментарием».

Подумать только: хотя почти в каждой второй российской больнице нет должных стерилизационных отделений, миллионы долларов выбрасываются на вредную и ненужную прививку, приносящую пользу лишь ее производителям и распространителям, и на компенсации ее жертвам или на ведение судебных процессов, чтобы выплаты этих компенсаций избежать! Вряд ли могут быть сомнения, что не только производители, но и агитаторы за эту прививку на всех уровнях, начиная с Минздрава и заканчивая местными медицинскими властями, не остаются внакладе. Ликвидация этой кормушки могла бы стать крайне болезненным ударом для привыкших к легкому и безответственному заработку, но это рано или поздно придется сделать в интересах всего общества, если последнее, конечно, хочет, чтобы его кровные деньги перестали перекачиваться в карманы вакцинаторов.

На коллегии Минздрава было решено следующее: «...эпидемиологическая обстановка по вирусным гепатитам требует принятия неотложных мер, и проблема борьбы с ними должна стать приоритетной в деятельности органов и учреждений здравоохранения и государственной санитарно-эпидемиологической службы». Разумеется, были намечены и соответствующие пути изменения обстановки к лучшему, причем указывалось на первоочередную необходимость разъяснительной работы среди молодежи и борьбы с наркоманией<sup>50</sup>.

Помня о снижении заболеваемости гепатитом С в то же самое время, я<sup>50</sup> Материалы коллегии есть на официальном сайте Минздрава РФ.

вряд ли ошибусь, сказав, что прививка никакого отношения к процессу снижения заболеваемости не имела, а сыграли свою роль исключительно санитарно-профилактические мероприятия. И они могли быть еще эффективнее, если бы на них и на лечение больных острым вирусным гепатитом В и хронических носителей инфекции были направлены те деньги, которые сегодня выбрасываются на прививку<sup>51</sup>.

51 О состоянии дел в некоторых медицинских учреждениях, призванных лечить больных гепатитами, может дать представление следующее сообщение: «Красноярский край. Закрыто инфекционное отделение БСМП. Главным врачом красноярского центра Госсанэпиднадзора вынесено постановление о прекращении с 1 октября эксплуатации инфекционного отделения городской больницы скорой медицинской помощи. Как сообщает РИА «Пресс-Лайн», последний раз инфекционный корпус ремонтировался в 1994 г. Гигиеническое покрытие стен, потолков, оконных проемов, пола разрушено на 70%. С последних дней августа не стирается белье. Кто-то из больных приносит свое, а кто-то спит без него. Халаты медики стирают в подсобке, а сушат между лестничными пролетами. Только 23,8% постельных принадлежностей после выписки больных подвергаются камерной дезинфекции. В связи с тем, что эти нарушения санитарно-эпидемиологических требований увеличивают риск внутрибольничного заражения больных и персонала, и было вынесено данное постановление» (Материал Regions.ru от 02.10.2003). Картина, позорная даже для XIX века! При этом, однако, на сотни тысяч и миллионы доз прививок деньги неизменно находятся...

### **Выводы:**

Гепатит В, равно как и гепатит С, — болезни специфических групп риска- наркоманов, использующих общие шприцы, проституток, гомосексуалистов либо пациентов, получающих в процессе лечения переливания крови или ее продуктов, в меньшей степени -болезнь неразборчивых в половых связях взрослых. Относительной группой риска является медперсонал, работающий с кровью.

Ни новорожденные, ни подростки, ни иные категории населения, не относящиеся к перечисленным группам риска, не имеют серьезного шанса заболевания гепатитом В.

Прививка от гепатита В имеет огромное количество известных и описанных в литературе побочных эффектов, включая тяжелейшие болезни нервной системы, что ставит под сомнение необходимость ее использования даже у тех, кто действительно рискует заболеть гепатитом В, не говоря уже о тех, для кого этот риск минимален или

отсутствует вообще. Вопрос о том, следует ли делать прививку новорожденным матерей — носительниц вируса гепатита В, должен решаться после тщательных лабораторных анализов (определение титра антител и концентрации вирусной ДНК у беременной) и учета всех прочих факторов, которые могут способствовать инфицированию новорожденного.

На государственном уровне борьба с гепатитами В и С — это обеспечение лечебных учреждений одноразовым инструментарием и необходимыми системами стерилизации, широкая разъяснительная работа с подростками и молодежью, борьба с наркоманией.

ГриппВ последнее время мы являемся свидетелями новой мощной «психической атаки» под названием «Прививка — лучшая защита от гриппа!». Когда просматриваешь осенние медицинские новости, то не можешь отделаться от впечатления, что все остальные проблемы со здоровьем давным-давно решены и беспокоиться решительно не о чем, кроме прививки против гриппа. Отсчет до назначенного кем-то срока эпидемии идет, как до взрыва атомной бомбы или столкновения планеты с гигантским метеоритом. Все сообщения только о том, сколько уже «охвачено» прививками и что нужно сделать, чтобы «доохватить» остальных. В России восхваляют местные власти, с купеческой щедростью бросающие сотни тысяч рублей на прививку от гриппа, но не располагающие деньгами, чтобы выплачивать зарплату врачам и учителям и обеспечивать тепло в домах зимой. И наоборот, стыдят тех, кто считает, что деньгам можно найти куда лучшее применение. В школах и детсадах за прививки страстно агитируют родителей. В институтах не дают проходу студентам, пока те не привились. Кажется, вот-вот увидишь известный плакат времен Гражданской войны с видоизмененным призывом: «Ты записался на прививку от гриппа?». В то время как нет ни одной интернетовской дискуссии, в которой получившие прививку не сообщали бы, что сразу после нее они свалились с самым что ни на есть типичным гриппом, железную защиту от которого им обещали, а потом всю зиму вообще не могли избавиться от простуд. СМИ и научная литература сообщают о взявшихся словно из параллельной, живущей по собственным законам Вселенной

фактах фантастического снижения смертности, заболеваемости, выплат по больничным листам и далее в том же духе, и все это -благодаря чудо-прививке...

Болезнь Эта всем нам прекрасно известная болезнь вызывается РНК-содержащим вирусом из семейства Orthomyxoviridae, имеющим три серологических типа, условно названных А, В и С. «Эпидемии болезни вызываются типами А и В. Вирус гриппа А подразделяется на субтипы в зависимости от особенностей двух поверхностных антигенов гемагглютинина (Н) и нейраминидазы (N). Заболевания у детей обусловлены разнообразными комбинациями трех подтипов гемагглютинина... и двух подтипов нейраминидазы"<sup>1</sup>.

Наибольшую опасность с эпидемической точки зрения вызывают изменения вируса типа А. Этот вирус поражает не только человека, но и морских млекопитающих и домашних животных (свиней и лошадей, например), а также птиц. Сменив несколько хозяев, вирус может приобрести крайне опасную вирулентность. Предполагается, что эпидемии «испанского» (1918 — 1920), «азиатского» (1957), «гонконгского» (1968) и «русского» (1977) гриппа были вызваны именно таким мутировавшим вирусом гриппа А. Сегодня популярна гипотеза, что хозяевами всех известных разновидностей вирусов гриппа являются водоплавающие птицы. Вирусы у них не только быстро не изменяются, но и находятся фактически в состоянии эволюционного застоя. Вспышки эпидемий — и у птиц, и у человека, и у низших млекопитающих — происходят только при передаче вирусов или даже отдельных генов от птиц млекопитающим, у которых они претерпевают мутации, дающие начало эпидемиям. Так, «свиной» грипп 1970-х годов начался как инфекция свиней, заразившихся гриппом от птиц, а уже потом в эпидемический процесс был вовлечен человек. Возможно, не кто иной, как свиньи, служат передаточным звеном от птиц к человеку, а потому имеет смысл исследовать вирусы свиней (а не птиц, как это принято сейчас), пытаюсь предугадать, какого гриппа следует ждать<sup>2</sup>.

Несколько слов следует сказать о «Великой белой чуме» — эпидемии печально известного «испанского гриппа», или «испанки», унесшей жизни свыше 20 млн. человек. Хотя нам упорно внушают, что эпидемия была вызвана в первую очередь высокой вирулентностью

мутировавшего вируса гриппа, тот факт, что вспыхнула она на исходе Первой мировой войны и первыми пострадавшими были военнослужащие, которые затем принесли инфекцию в тыл, заставляет предположить, что здесь все было далеко не так просто<sup>3</sup> (как бы ни были значительны более поздние мутации вируса гриппа, ничего даже близко похожего на эпидемию 1918 -1920 гг. более не<sup>1</sup> Учайкин В. Ф., Шатшева О. В. Вакцинопрофилактика. Настоящее и будущее, М., 2001, с. 175. повторялось). Кроме того, у ряда авторов можно встретить указания, что немалое количество смертей следует приписать не в меру энергичному аллопатическому лечению, состоявшему в прописывании огромных доз аспирина, которые утяжеляли и без того нелегкое состояние заболевших и провоцировали пневмонию. Вероятно, именно по этой причине наибольшая смертность наблюдалась там, где пациенты имели возможность обратиться за «квалифицированной медицинской помощью».

2 Webster R. G. et al. Interspecies transmission of influenza viruses // Am J Respir Crit CareMed. 1995 Oct.; 152:25 — 30.

3 Лишь в качестве одной из гипотез происхождения этой загадочной эпидемии приведу статью Patrick J. Carroll «Vaccine not virus responsible for Spanish flu», опубликованную в Irish Examiner от 1/5/2003. В статье было заявлено, что настоящей причиной эпидемии явилась некая вакцина, которую получали находившиеся во Франции американские солдаты, страдавшие от побочных эффектов прививки против тифа (сслов автора, только в 1917 г. в американские армейские госпитали было помещено 19608 человек, пострадавших от этой прививки).

Клонившаяся к упадку американская гомеопатия блеснула тогда последний раз, проявив высокую эффективность (которую ранее продемонстрировала при эпидемиях холеры, тифа и желтой лихорадки), прежде чем исчезла со сцены почти на полвека. В 1921 г. «Журнал Американского института гомеопатии» опубликовал статью д-ра Виллиса А. Девея (1858 -1938)<sup>4</sup>, в которой сообщались некоторые любопытные факты относительно статистики успешности гомеопатического лечения. Так, декан Ганемановского колледжа в Филадельфии д-р В. Пирсон собрал информацию о 26795 пациентах,

лечившихся у гомеопатов. Смертность при гомеопатическом лечении оказалась равной 1,05%, в то время как аллопаты обычно теряли около 30%. Статистику 24 тыс. случаев собрал д-р Т. Мак-Кенн из Дейтона (Огайо) — смертность при аллопатическом и гомеопатическом лечении оказалась примерно такой же, как и по статистике д-ра Пирсона. Знаменитый доктор Герберт Роберте (1868 — 1950) из Дерби (Коннектикут), автор книги, ставшей сегодня непременным пособием во всех гомеопатических колледжах<sup>5</sup>, был в годы Первой мировой войны врачом на военном корабле. Он рассказывал: «Все мои пациенты — а их было 81 — выздоровели и благополучно сошли на берег. Во время плавания к нам подошел другой корабль: на нем кончились гробы, и нас просили поделиться гробами из нашего запаса. Когда мой корабль вернулся в порт, командир спросил меня, все ли я использовал гробы. «Да, — ответил я, — и при этом не потерял ни одного человека!»<sup>4</sup>. Тридцать врачей-гомеопатов из Коннектикута ответили на запрос д-ра Робертса: в совокупности они лечили 6602 пациентов и потеряли лишь 55 из них. Члены Гомеопатического врачебного общества округа Колумбия уведомили, что они лечили 15 тыс. пациентов. Умерли только 15.

4 "Homeopathy in influenza — a chorus of fifty in harmony» by W. A. Dewey, M. D., University of Michigan // JAH. May 1921, p. 1083. Вкратце статья изложена в Winston J. Influenza-1918: Homeopathy to the Rescue // The New England Journal of Homeopathy.

1998, vol. 7, N 1. Благодарю Джулиана Винстона (Тава, Новая Зеландия), любезно приславшего мне копию этой редкой статьи.

5 Roberts H. A. The Principles and Art of Cure by Homoeopathy, 1936.

Обычными были такие сообщения американских врачей-гомеопатов, упомянутые в статье:

"У меня был пакет с тысячей таблеток аспирина, из которых 994 были лишними. Вряд ли я использовал и половину дюжины из этого количества. Аспирин просто не требовался... Я практически неизменно давал *Gelsemium* и *Bryonia* и не потерял бы ни одного пациента, если бы те приглашали меня до того, как направлялись в аптеку за аспирином, после чего мне нередко приходилось лечить уже пневмонию...» (д-р Дж. П. Хафф, Олив Бранч, Кентукки).

"Я лечила 350 пациентов и потеряла лишь одного, с запущенной пневмонией, который появился у меня после того, как принял сотню грановб аспирина в течение последних суток» (д-р Кора Смит Кинг, Вашингтон, Дакота).

"Применение аспирина и препаратов из каменноугольного дегтя должно быть осуждено, как приведшее к огромному числу ничем не оправданных жертв. Вездесущий аспирин — самое вредоносное лекарство. Оно обманывает своим коротким действием, облегчая боль, но это все мишура. Аспирин ослабляет сердце, угнетает жизненные силы, увеличивает смертность в легких случаях и замедляет выздоровление. Он всегда маскирует симптомы и делает нахождение целительного лекарства несравнимо более сложным» (д-р Гай Бекли Стирнс, Нью-Йорк).

"На заводе, где трудились 8 тыс. работников, мы потеряли лишь одного. Пациентов не закармливали лекарствами до смерти, мы не использовали ни аспирина, ни вакцин. Практически единственным лекарством был Gelsemium» (д-р Франк Вилэнд, Чикаго).

"Я не потерял ни одного больного гриппом, а смертность от пневмонии у моих пациентов равнялась 2,1%. Салицилаты, включая аспирин и хинин, были почти единственным оружием старой школы, и не было ничего необычного в сообщениях, что при пневмониях они теряли до 60% своих пациентов» (д-р Дадли Уильяме, Провиденс, Род-Айленд).

Д-р Раймонд Зейдель (1908 -1980), известный американский гомеопат прошлого века, рассказывал, что окончательно и бесповоротно он решилб 1 гран равен 0,0647981 грамма. Таким образом, пациент принял около 6,48 грамма аспирина. Чтобы читатели не подумали, что речь здесь идет об исключительном случае, процитирую еще один пассаж из той же статьи: «Один из старших аптекарей Монреаля сказал д-ру Т. Мак-Кенну, что от гриппа умерло 900 человек. На вопрос, какие лекарства применялись, он ответил, что аспирин использовался чаще всех остальных лекарств вместе взятых. Предписывалось принимать одну таблетку в 5 гранов каждые 3 часа, но многие принимали по 10 гранов каждые три часа». Комментарии излишни.

стать гомеопатом, когда десятилетним мальчиком работал посыльным у врача-гомеопата в Нью-Джерси во время этой эпидемии. Тогда он видел, как «умирали принимавшие аспирин; та же участь ждала половину из тех, кто много пил... те же, кто лечился гомеопатией, — выздоравливали».

Но вернемся к болезни. Источником заражения при гриппе обычно является больной человек, механизм передачи — воздушно-капельный. Инкубационный период может длиться от одного до семи дней (обычно до 48 часов). «Грипп начинается остро, нередко с ознобом. Температура тела в первые сутки достигает максимального уровня, чаще в пределах 38 — 40 °С. На первый план выступают признаки интоксикации — головная боль с характерной локализацией в лобной области, боль в глазных яблоках, в пояснице, в разных группах мышц. Поражение дыхательных путей характеризуется появлением сухого кашля, першением в горле, саднением за грудиной, заложенностью носа, иногда носовыми кровотечениями... Высокая температура тела сохраняется до двух суток, после чего снижается. Общая продолжительность лихорадочного периода не превышает 4-5 дней»<sup>7</sup>.

Опасности для беременных грипп (во всяком случае, при отсутствии не в меру интенсивного аллопатического лечения), вероятно, не представляет. Так, в 1993 -1994 гг. были изучены 1659 беременных в Ноттингеме! из которых, как выяснилось, 11% перенесли грипп. Авторы исследования заявили, что грипп во втором и третьем триместре беременности -явление вполне распространенное, и ни к трансплацентарной передаче вируса плоду, ни к образованию аутоантител он не ведет, равно как и к каким-либо осложнениям беременности<sup>8</sup>.

Факторами риска для госпитализации в связи с гриппом являются болезни сердца и бронхиальная астма, причем грипп требует меньшего (в США и Германии — в три раза) количества госпитализаций, чем так называемый респираторно-синцитиальный вирус, все попытки создать вакцину против которого провалились<sup>9</sup>.

Согласно опубликованной статистике, ежегодно грипп и его осложнения становятся причиной смерти 10 — 40 тыс. человек в США, из которых 80% — пожилые люди<sup>10</sup>. Цифры выглядят изрядно

завышенными. Как мы знаем из истории, наличие соответствующей вакцины всегда служит для врачей и их покровителей из различных служб по борьбе с инфекционными болезнями отличным стимулом завышать имеющиеся данные. Смерть пожилых людей, страдающих тяжелыми сопутствующими болезнями, всегда можно приписать тому, что выгодно упоминать в интересах рынка: гриппу, геомагнитным бурям, неправильному питанию, бедному чем-либо или, наоборот, содержащему что-либо в избытке. Уместно напомнить, что, согласно «Журналу Американской медицинской ассоциации», не что иное, как деятельность врачей в США, является третьей по распространенности причиной смерти после онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний, приводя к смерти 250000 человек в год<sup>11</sup>. На этом фоне грипп выглядит не столь уж и страшным.

7 Инфекционные болезни. Справочник для всех. СПб., 2000, с. 163.

8 Irving W. L et al. Influenza virus infection in the second and third trimesters of pregnancy:

a clinical and seroepidemiological study // BJOG. 2000 Oct.; 107:1282 — 9.

' Weigl J.A. et al. Influenza-associated hospitalizations in children in Germany // EpidemiolInfect. 2002 Dec; 129:525 — 33. "Nichol K L et al. Effectiveness of influenza vaccine in the elderly // Gerontology. 1996;

42:274 — 9.

Для рядового потребителя медицинских услуг искусственное выделение гриппа из числа иных простудных заболеваний представляет мало интереса, так как с точки зрения течения болезни большой разницы в том, какими именно вирусами (гриппа, парагриппа, аденовирусами, риновирусами и пр.) он заражается и болеет, нет. Весьма похожие друг на друга симптомы простуды вызываются более чем 200 вирусами, причем 30 -40% от этого числа приходится на риновирусы, от которых прививок не существует. Авторы одного российского «справочника для всех» по инфекционным болезням, не мудрствуя лукаво, так и объединяют все эти различные по возбудителю и практически неразличимые в своем обычном течении недуги в ОРЗ (острые респираторные заболевания), описывая их как «группу болезней,

характеризующуюся непродолжительной лихорадкой, умеренной интоксикацией, преимущественным поражением верхних дыхательных путей"<sup>12</sup>. Наличие большого количества практически неразличимых болезней позволяет зарабатывающим на прививках делать нехитрый трюк, гарантируя привитым, что они не заболеют гриппом. Когда же привитые заболевают «чем-то простудным», то им объясняют, что они были спасены лишь от гриппа, причем от некоего специфического гриппа, а не от всех ОРЗ. Вирус гриппа можно обнаружить иммунофлюоресцентным методом, но на практике, разумеется, этим никто не занимается.

Необходимость говорить в данной книге о гриппе как об отдельной болезни связана лишь с тем, что в последние годы на рынок ежегодно выбрасываются все новые вакцины, которые не мытьем так катаньем всячески пытаются навязать потребителю. Соблазн хорошего заработка (ведь от гриппа надо непременно защищать всех, от грудных младенцев до глубоких стариков, как здоровых, так и больных!) так велик, что противогриппозные прививочные кампании приобретают невиданный доселе размах и интенсивность. Так, компания «Виет», партнер компании «МедИмьюн», производителя назальной вакцины-спрея «ФлюМист», собирается вложить 100 млн. долларов в трехгодичную рекламную кампанию, призванную убедить врачей, что их продукция жизненно необходима для пациентов<sup>13</sup>. «МедИмьюн» с «Виет» рассчитывают зарабатывать на вакцине 1 млрд. долларов ежегодно<sup>14</sup> — столько же, сколько «Мерк» на вакцине от гепатита В, включенной в прививочный календарь многих стран. И хотя рекламная кампания «ФлюМиста» 2003 г. полностью провалилась<sup>15</sup>, количество желающих обогатиться на «вакцине для всех» меньше не стало: на подходе новые вакцины новых производителей.

11 JAMA. 2000 Jul 26; 284(4):483 — 5

12 Инфекционные..., с. 161.

Средств лечения гриппа так много, что лишь для самого поверхностного изложения их потребовалась бы увесистая

монография; нет, вероятно, такой медицинской школы, которая не предлагала бы своих проверенных средств. Полагаю, что все школы могут между собой согласиться в том, что больной должен оставаться в постели, пить большое количество жидкости — в первую очередь минеральной воды и натуральных соков, особенно цитрусовых (но не напитков или так называемых нектаров, представляющих собой смесь сахарного сиропа с водой), отказаться от еды как минимум на весь период температуры и принимать витамины — в первую очередь С. Искусственно снижать температуру, если вы не хотите серьезно затянувшейся или осложнившейся болезни, не следует (во всяком случае, если она не достигла 38,5 — 39°C)<sup>16</sup>. Поскольку почти в каждой главе я стараюсь уделять место гомеопатическому лечению и профилактике, не станет исключением и эта. Многообразие возможных вариантов течения болезни затрудняет однозначные и понятные всем читателям рекомендации<sup>17</sup>; ограничусь лишь самыми общими.

В первую очередь следует обсудить вопрос о гомеопатической профилактике. Специфическая гомеопатическая профилактика гриппа, очевидно, началась с эпидемии «испанки» (до этого грипп не рассматривался ни гомеопатами, ни аллопатами как серьезная болезнь, требующая специфической защиты). Известный швейцарский гомеопат д-р Пьер Шмидт (1894 -1987) изготовил *Influenzinum-Hispanica*, три дозы которого с перерывом в восемь часов он рекомендовал использовать для профилактики болезни<sup>18</sup>. После этого было изготовлено немалое количество гриппозных нозодов, полученных из мокроты больных. Нынешний *Influenzinum* — это «специфический биотерапевтический препарат, динамизированная антигриппозная вакцина, изготовленная специально для использования в гомеопатии Институтом Пастера (Франция) из двух типов вирусов... В связи с частой сменой и модификацией вирусов, характером эпидемиологической обстановки различные лаборатории готовят многочисленные разновидности Инфлюэнзинов с годичной нумерацией или обозначением подтипов вирусов"<sup>19</sup>.

13 Spray vaccine for flu wins FDA clearance // Washington Post June 18, 2003, pg. A01.

14 Adler N. MedImmune awaits the \$1 billion mark and a new flu drug // The Business Gazette.

Feb. 7, 2003.

15 Несмотря на вложенные в девятинедельную рекламную кампанию под лозунгом "Кто заменит тебя, когда ты заболеешь гриппом?" 25 млн долл., интереса публики, а который рассчитывали «Виет» и «МедИммюн», новая вакцина не вызвала. Непомогло даже снижение цены с 70 до 25 долл. за дозу (Pollack A. Advertising. NasalSpray Mishaps // NY Times November 19, 2003).

16 При плохо переносящейся температуре, превысившей эту отметку, ныне рекомендуется давать парацетамол (но не аспирин, из-за его связи с энцефалопатией, известной как синдром Рея).

Не обсуждая сейчас спорный вопрос о сравнительной эффективности гомеопатических нозодов и обычных вакцин, отмечу, что нозоды обладают рядом явных преимуществ по самой своей природе. Во-первых, гомеопатический нозод делается на основе уже реально существующего материала, получаемого от заболевшего в ту эпидемию, для лечения которой и готовится нозод, а не задолго до вероятной эпидемии на основе лишь 17 В посвященной гриппу главе своей книги проф. С. Лилиенталь называет 42 препарата, которые могут потребоваться для лечения (Lilienthal S. Homeopathic Therapeutics, 1890, republ. Indian Books & Periodicals Publishers, p. 616 — 620). Д-р Д. Шеферд также говорит: «Врач-гомеопат должен великолепно знать свою Материю медикусо всеми ее лекарствами, чтобы он смог найти лекарство, точно соответствующее симптомам больного. Во внимание необходимо принять очень много факторов.

Есть от 30 до 40 препаратов для лечения гриппа, и найти то, которое оборвет приступ лихорадки и позволит пациенту выздороветь без каких-либо осложнений в течение нескольких дней, крайне трудно прогнозируемых штаммов. Во-вторых, для его производства не требуется сложный и дорогостоящий технологический процесс: практически неограниченное количество лекарства может быть сделано в одной фармацевтической лаборатории в течение нескольких часов. Соответственно и цена препарата будет намного доступней цены вакцины. В-третьих, отсутствие вирусного материала делает препарат безопасным.

» (Shepherd D. Homeopathy in epidemic diseases. England, 1967, republ. 1996, p. 51 — 52).

18 Agrawal Y. R. Prophylactics in Homeopathy. 3rd ed., Delhi, 2000, p. 27.

19 Иванив А. П. Materia medica, история и практика использования биотерапевтических средств (нозодов, саркодов и органопрепаратов) в гомеопатической и интегративной медицине. Одесса, 2002, с. 196. См. там же подробную информацию о гомеопатических гриппозных нозодах. Поскольку, вероятно, некоторые читатели захотят ознакомиться с этой книгой, а в широкую сеть продажи во многих городах СНГ и Балтии она не поступала, я отсылаю их непосредственно к д-ру А. П. Иваниву, с которым можно связаться посредством e-mail [ivaniv@ukrpost.net](mailto:ivaniv@ukrpost.net).

***Поскольку Influenzinum применяется здесь по принципу тождественности (т.е. лечение проводится тем же веществом, что вызвало болезнь, а не тем, которое вызывает подобную клиническую картину), он не является гомеопатическим лекарством, хотя и потенцируется (динамизируется) согласно гомеопатическим правилам. То же самое может быть сказано и о другом, очень популярном сегодня препарате — Oscillococcinum -автолизате из сердца и печени барберийской утки (известного резервуара вирусов гриппа), продаваемым по всему миру французской компанией «Буарон» в разведении 200 СК. Гомеопаты, имеющие опыт работы с этим препаратом,- благоприятно отзываються о нем и как о профилактическом, и как о лечебном средстве при самых разных формах гриппа. В последние годы масштабы использования этого препарата во всем мире стали так значительны, что на него обратили внимание даже аллопаты<sup>20</sup>.***

20 Для иллюстрации читателям, насколько можно доверять современному материалу, который считается научным, я приведу одно смехотворное «исследование», подготовленное для престижной медицинской базы данных Кокрейн (Cochrain) некой парочкой из нью-йоркского Ракового центра Слоун-Кеттеринг (вероятно, успехи в лечении онкологических болезней там так велики, что сотрудники уже просто не знают, чем бы еще заняться). Авторы решили оценить эффект Oscillococcinum. Они отобрали семь опубликованных на эту тему исследований, пять из которых отбросили как неадекватные (или, добавлю от себя, не соответствующие заранее подготовленным выводам), а изучив два оставшихся (богатый материал!), пришли к следующим выводам. Авторы милостиво допустили, что помочь в лечении гриппа лекарство вообще-то немного может, но рекомендовать его рано, потому что нужны исследования с участием несравнимо

большого числа пациентов (на которые, добавлю от себя, гомеопаты все равно никогда не будут выбрасывать деньги, поэтому и беспокоиться не о чем). Что же касается профилактики, то «имеющиеся свидетельства не говорят в пользу профилактического эффекта гомеопатии при гриппе и гриппоподобных синдромах» (Vickers A. J., Smith C. Homeopathic Oscillococcinum for preventing and treating influenza and influenza-like syndromes // The Cochrane Library. Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd). На это я позволю себе сказать следующее. Во-первых, безапелляционный вывод относительно эффективности целого терапевтического направления очень мало согласуется с поставленной самими авторами крайне скромной задачей — исследовать результаты отчетов об испытании одного лекарства. Во-вторых, Oscillococcinum, как я указал, является изопати-ческим лекарством (т.е. созданным по принципу тождественности), (см. след. стр.)

На рынке фармацевтических препаратов стран СНГ, особенно России, имеется большое количество так называемых комплексных гомеопатических препаратов, представляющих собой смеси низкопотенцированных гомеопатических лекарств из числа тех, что чаще всего используются при гриппе, на различных носителях (обычно ими являются молочный сахар или этиловый спирт). Например, комплекс «ЭДАС-903» (производитель — концерн «ЭДАС», Россия) включает в себя *Gelsemium sempervirens* C6, *Phosphorus* C6, *Aconitum napellus* C6, *Bryonia alba* C3, *Drosera rotundifolia* C3, *Rhus toxicodendron* C3; «Гомеоантигриппин» ("Гомеофар-ма», Россия) - *Aconitum napellus* 3CH, *Bryonia alba* 3CH, *Atropa belladonna* 3CH, *Baptisia tinctoria* 3CH, *Gelsemium sempervirens* 3CR, *Allium cepa* 3CH, *Eupatorium perfoliatum* 3CH, *Ferrum phosphoricum* 3CH, *Echinacea angustifolia* 3CH, *Mercurius solubilis* 6CH. Похожие составы у «Антигриппина» (ООО «Доктор-Н», Россия), «Грипп-Хель» ("БиологишеХайльмиттель ХельГмбХ», Германия) и др.21.

В строгом смысле слова эти препараты также не являются гомеопатическими, так как не соответствуют основополагающим гомеопатическим принципам одновременного назначения лишь одного лекарственного средства и необходимости предварительного прувинга (испытания лекарственного средства на здоровых взрослых добровольцах). Для приготовления «комплексных лекарств» каждый производитель берет первые пришедшие ему на ум вещества в произвольных разведениях и объединяет их в одно

лекарственное средство. Вряд ли стоит ожидать от них большого эффекта как для профилактики, так и для лечения гриппа, ибо гомеопатические лекарства проявляют всю свою силу лишь тогда, когда применяются по принципу истинного подобия. Поэтому желающим использовать гомеопатию в своей домашней практике следует разобраться с показаниями к назначению наиболее широко применяемых лекарственных средств.

Кроме неизменных *Aconitum* и *Belladonna* из иных распространенных не гомеопатическим (созданным по принципу подобия). Апофеозом невежества авторов, никогда не открывавших ни одного учебника гомеопатии, стала записанная ими в абстракте статьи характеристика *Oscillococcinum* как лекарства, произведенного по принципу «подобное лечит подобное». Многие, если не все материалы «независимых» (в первую очередь от знакомства с минимально необходимыми для таких исследований сведениями) авторов, берущихся оценивать гомеопатию, грешат такими нелепостями<sup>21</sup> Благодарю д-ра Александра Мартенса (Москва), оказавшего любезную помощь в получении этой информации.

при гриппе лекарств можно выделить *Gelsemium*, *Bryonia*, *Allium* сера и *Eupatorium perfoliatum*. В случае *Gelsemium* болезнь развивается очень медленно; ребенок чувствует себя обессиленным и постоянно дремлет; веки тяжелые, словно налиты свинцом; трудно пошевелить рукой или ногой из-за слабости (а не из-за боли, как в случае *Bryonia*). Жажда отсутствует. Д-р Шеферд указывает, что это лекарство, равно как и *Eupatorium perfoliatum*, часто требуется тогда, когда болезнь возникает летом или теплой, мягкой зимой<sup>22</sup>. Впрочем, кроме этого и еще зябкости эти два лекарства больше ничто не роднит: для *Eupatorium* характерны сильнейшие боли в костях и крайнее беспокойство, а также сильная жажда с желанием холодной воды, от которой может начаться рвота. *Bryonia*, в отличие от этих двух, ищет прохлады, испытывает ухудшение от малейшего движения, а боли уменьшаются при давлении на больное место. Жажда отсутствует. *Allium* сера показана при обильных жидких выделениях из носа и глаз.

**Аллопатическое лечение гриппа представлено главным образом лекарствами из группы амантадинов, среди которых читателям наиболее известен ремантадин. О какой-либо их эффективности можно говорить только при гриппе, вызванном вирусом типа А. Препарат обладает выраженной токсичностью, особенно ощущаемой у пожилых пациентов, и, кроме того, к нему быстро развивается лекарственная устойчивость. Реже используются блокаторы нейраминидазы — в таблетках (оселтамвир) или для ингаляции (занамивир). Они действуют против вирусов как типа А так и типа В, обладают меньшей, в сравнении с амантадинами, токсичностью, и лекарственной устойчивости к ним обычно не возникает<sup>23</sup>.**

Конечно же, говоря о лекарствах, необходимо помнить о бесчисленном количестве проверенных временем, неподвластных моде и не зависящих от интересов фармацевтических компаний «бабушкиных средствах», чья эффективность отнюдь не уступает лекарственной, не говоря уже об отсутствии побочных эффектов, которые могут оказаться куда опаснее болезни. При недавнем исследовании эффекта пищевой добавки с аллицином (веществом, содержащимся в чесноке, которое отвечает за его противовирусную активность) были получены отличные результаты. Заболевших всеми видами простуд среди принимавших добавку оказалось в три раза меньше, чем среди получавших плацебо, а выздоравливали принимавшие добавку в пять раз быстрее. Авторы также отметили, что показана выраженная противовирусная активность аллицина не только против традиционных «простудных» вирусов (включая вирус гриппа В), но и против цитомегаловируса, вируса герпеса типов I и II и др. В заключение было сказано: «Исследованная добавка, содержащая аллицин, может быть настоящим лечением для обычных простуд. Результаты указывают на то, что инфицирование и реинфицирование могут быть эффективно предотвращены ее ежедневным использованием, причем потенциал экономии для национальной индустрии за счет снижения заболеваемости может быть огромным. Препарат продемонстрировал выраженную противовирусную активность. Необходимы дальнейшие исследования, чтобы установить природу и принцип его действия, направленного на разрушение вирусов»<sup>24</sup>. После такого заявления, казалось бы, нет ничего логичнее, чем начать немедленное

исследование такого простого, дешевого и всем доступного средства, как чеснок, чтобы реализовать наконец тот самый огромный потенциал экономии для национальной индустрии, но почему-то вместо этого все силы и средства бросаются на разработку и реализацию вакцин.

22 Shepherd D Homeopathy..., p. 54.

23 Kandel R., Hartshorn KL. Prophylaxis and treatment of influenza virus infection // BioDrugs. 2001; 15:303 — 23.

Вакцина "Гриппозные вакцины индуцируют гуморальный иммунитет и очень слабо — клеточный. Иммунитет кратковременный, поэтому требуется ежегодная вакцинация. Основной причиной недостаточной эффективности противогриппозных вакцин является высокая изменчивость циркулирующего вируса гриппа, появление нового (или возврат старого) подтипа вируса. В связи с этим очень редко достигается соответствие вакцинного штамма эпидемическому"<sup>25</sup>.

Собственно, с этого начав, разговор о вакцине можно было бы этим и закончить, потому что все необходимое уже сказано. Если соответствие вакцинного штамма эпидемическому и в самом деле достигается «очень редко», то какой смысл во введении в организм токсических веществ и гарантии «прививочной» болезни (легкой, средней тяжести или тяжелой -тут уж кому как повезет)? Но даже если бы вожаемое соответствие достигалось не редко, а часто, то и в этом случае трудно поверить в то, что стоит подвергать себя разным связанным с прививками опасностям, чтобы избежать болезни, которая 99% заболевших держит в постели неделю.

Joshng P. Preventing the common cold with a garlic supplement a double-blind, placebo-controlled survey // Advances m Therapy, July/August 2001; 18 (4): 189 — 193.  
25 Медуницын Н В. Вакцинология. М., 1999, с 175 — 176

"Дня профилактики гриппа используются как инактивированные, так и живые вакцины. Инактивированные вакцины в зависимости от

характера иммунизирующего антигена делятся на: 1) цельновирионные; 2) субъединичные, содержащие только поверхностные антигены гемагглютинин и нейраминидазу; 3) фрагментированные из разрушенного вируса — сплит-вакцины"<sup>26</sup>.

Поскольку непрерывно лицензируются и выбрасываются на рынок все новые вакцины против гриппа, точное их число на рынке той или другой страны назвать трудно. В России в 2001 г. было зарегистрировано десять вакцин, из них пять российских и пять зарубежных<sup>27</sup>. Правда, из этого числа в том году применялось только пять инактивированных сплит- и субъединичных вакцин ("Ваксигрипп», «Флюарикс», «Бегривак», «Грип-пол» и «Инфлювак"). Почему всего половина? «Цельновирионные инактивированные и живые вакцины практически не используются из-за высокой реактогенности"<sup>28</sup>.

***Калейдоскоп вакцин от гриппа не дает возможности в деталях анализировать их состав. Все нынешние инактивированные вакцины содержат остаточные количества тиомерсала (например, для вакцины «Флюзон» около 0,5 Мг/0,25 mL стандартной дозы или 0,01% для «Ваксигриппа"), вещества, в котором содержится 49,6% ртути. (Эти вакцины бесстрастно рекомендуются беременным, в отсутствие каких-либо свидетельств в пользу безопасности такой процедуры и при наличии сведений об эмбри-отоксичности ртути!) В составе вакцин от гриппа может обнаруживаться и формальдегид, которым инактивируются вирусы. Из антибиотиков, традиционно добавляемых для подавления роста бактериальной флоры, -гентамицин или канамицин. Все вакцины содержат взятые в разных пропорциях цельные штаммы или отдельные антигены — комбинация зависит от того, какой прогноз дала ВОЗ на этот год. Угадывать же удастся, как следует из приведенной выше цитаты, «очень редко».***

Вирусы выращиваются на куриных эмбрионах, а потому их введение не рекомендовано тем, у кого есть аллергия на яичный белок. Учитывая традиционную способность вакцин к сенсibilизации организма, можно предположить, что массовое применение этих вакцин значительно увеличивает число имеющих такую аллергию.

<sup>26</sup> Там же, с. 177.

27 Учайкин В Ф. Вакцинопрофилактика..., с. 177 — 178.

28 Там же, с. 178.

Ответ на вопрос, кого же следует прививать от гриппа, по внимательному ознакомлению с рекомендациями американских медицинских властей достаточно прост: да всех поголовно, как о том и мечтали всегда производители вакцин. Малышей (с шести месяцев жизни) и пожилых (с 64 лет) — потому что они имеют риск осложнений по возрасту. Тех, кто курит, — безусловно. У них крайне высок риск осложнений. Родителей — чтобы не заразили детей<sup>29</sup>. Детей — чтобы не заразили родителей и росли здоровыми. Врачей, медсестер, социальных работников и вообще всех, так или иначе работающих с людьми, — чтобы не заразились сами и не заразили других. Беременных, начиная со второго триместра, — чтобы не надо было от гриппа лечиться и тем самым вредить плоду<sup>30</sup>. Путешественников — чтобы не подцепили и не импортировали инфекцию. Остающихся — чтобы могли работать спокойно на своем месте. И разумеется, в первую очередь совершенно необходимо прививать разнообразных больных, потому что уж они-то в первую очередь рискуют тяжелыми осложнениями гриппа. По приведенным в аннотации к вакцине «Флюзон» подсчетам Совещательного комитета по иммунизационной практике, в США таких больных имеется: в группе старше 65 лет — 35 млн. человек, от 50 до 64 лет — 10 — 14 млн., от 18 до 49 лет — 15 — 18 млн., от 6 месяцев до 17 лет — 8 млн.<sup>31</sup> Таким образом, настоятельно рекомендуется (и врачи, следовательно, будут добиваться прививания всеми правдами и неправдами, хотя бы для того, чтобы обезопасить себя от возможных обвинений на тот случай, если кто-то пострадает от гриппа) привить от 68 до 75 млн. человек, около четверти населения США, которые официально признаны больными и нуждающимися в защите от возможных осложнений гриппа. Неплохой показатель здоровья для самой привитой нации в мире!

На этом фоне рекомендации российских вакцинаторов намного безыскусней: «... Обязательную вакцинацию против гриппа следует проводить в домах ребенка, школах-интернатах, дошкольных учреждениях. Вакцинацию против гриппа в других группах детей

проводят по желанию родителей"<sup>32</sup>. То, что беззащитных детей в приютах будут прививать, никого не спрашивая, не должно удивлять читателей. Но то же самое, оказывается, следует делать и в «дошкольных учреждениях», словно и там исключительно сироты безгласные. И это несмотря на то, что в федеральном законе «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» однозначно сказано, что «профилактические прививки проводятся с согласия граждан, родителей или иных законных представителей несовершеннолетних и граждан, признанных недееспособными в порядке, установленном законодательством Российской Федерации»<sup>33</sup>.

29 Эта удачная коммерческая идея пришла по душе и в России: «Для защиты детей первых 6 месяцев жизни предлагается вакцинировать все его (? — А.К.) окружение» (там же, с. 180).

30 Показательно, что на сроке до 14 недель прививка не рекомендована из-за возможности... случайного совпадения с выкидышем! Остается только развести руками: что только не выдумают!

31 Influenza virus vaccine Fluzone(r), 2002 — 2003 Formula, p. 3.

32 Учайкин В.Ф. Вакцинопрофилактика..., с. 178.

### **Безопасность**

Осложнения от вакцины против гриппа известны, многочисленны и не щадят даже медицинских работников, если те имеют неосторожность согласиться на прививку. В одном проведенном в Канаде исследовании было показано, что у 89% привитых развились местные реакции (воспаление, покраснение, отек), а у 49% — системные (лихорадка, утомляемость, головная боль, насморк, воспаление шейных лимфоузлов, миалгии, боли в желудке, рвота, бессонница)<sup>34</sup>. Вероятно, этот опыт навсегда отбил у канадских медиков желание самим служить объектом для экспериментов с вакцинами. Безопаснее и, добавлю, доходнее призывать прививаться пациентов.

Лучшей иллюстрацией того, насколько могут быть опасны даже такие «безобидные» вакцины, как вакцина против гриппа, служит печальная история вакцины против «свиного» гриппа, о которой я хотел бы вкратце рассказать в этой главе. Когда в феврале 1976 г.

двенадцать призывников заболели гриппом в военном лагере в ФортДиксе (Нью-Джерси)<sup>35</sup> и один из них скончался, то доктора, якобы изучив антигенную структуру вируса, заявили, что произошла значительная мутация и следует ожидать ужасной эпидемии в национальном масштабе, подобной эпидемии 1918 -1919 гг. Все находившиеся в лагере были срочно привиты вакциной «Порт Чалмерс», о которой с уважением говорили, что она защищает от всех штаммов гриппа. Вскоре после этого 500 «защищенных» человек заболели гриппом. Центр контроля заболеваний немедленно создал экспертную комиссию во главе со своими любимыми парадными конями, «спасителями мира от полиомиелита» — Солком и Сэбином, решившими поучаствовать в еще одной прибыльной кампании<sup>36</sup>.

33 Закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» г 157-ФЗ, утвержден президентом РФ 17 сентября 1988 г., ст. 11, п. 2. См. «Приложения».

34 Scheifele D. W. et al. Evaluation of Adverse Events after Influenza Vaccination in Hospital Personnel // Canadian Medical Association Journal. 1990; 142 (2): 127 — 130.

а Напомню, что эпидемия 1918 — 1920 гг. также началась в военном лагере, и также среди предварительно многократно привитых от разных болезней. Подозрительное совпадение!

Очень скоро, впрочем, выяснилось, что никаких оснований для паники не было: на куриных эмбрионах экспериментальные вирусы росли крайне медленно и никакой явной эпидемической опасности не представляли. Кроме того, в спешке и суете срочного создания вакцины ее производитель — компания «Парк-Дэвис» забыла ввести в состав вакцины необходимый антиген, что, естественно, привело к полной неэффективности вакцины даже в эксперименте. Из-за этого создание «эффективной вакцины» затянулось еще на шесть недель. Долго ли, коротко ли, но к середине лета 1976 г. стало ясно, что никакой эпидемии нет и не предвидится, и приунывший Сэбин предложил полностью свернуть программу.

Однако в тот момент произошла первая вспышка так называемой болезни легионеров в Филадельфии, и она стала отличным поводом для продолжения начатого дела. Хотя никаких свидетельств в пользу того, что причиной болезни стал вирус гриппа, не было (позднее

выяснилось, что болезнь вызывается неизвестным до того микроорганизмом, который назвали легионелла), Центр контроля заболеваний обратился к президенту Джеральду Форду с тем, чтобы были выделены деньги на экстренную разработку новой вакцины... против заветного «свиного» гриппа! Загипнотизированный именами авторитетных «спасителей», конгресс предоставил внушающую уважение сумму в 135 млн. долл. на разработку вакцины и массовое прививание населения. Никаких серьезных проверок ни на безопасность, ни на эффективность вакцины в свете необходимости всех срочно спасать, конечно же, не проводилось. Заявление Центра контроля заболеваний в лице д-ра Уолтера Дудля о том, что вакцина «также безопасна, как чистая вода», и подписанный сертификат о безопасности продукта были наглым обманом. До конца ноября 1976 г. было произведе-

36 Интересно было бы узнать о деталях работы этого комитета, так как Джонас Солк и Альберт Сэбин, как известно, совершенно искренне ненавидели друг друга: каждый считал именно себя главным спасителем (или, в крайнем случае, вторым после Дженнера). Д-р Рассел Александер, профессор кафедры общественного здравоохранения Вашингтонского университета, высказавший сомнения по поводу безопасности вакцины и призвавший к «здоровому консерватизму в отношении введения в организм чужеродного материала... особенно, когда речь идет о двухстах миллионах организмов», тем более в отношении мероприятия, уже успевшего с позором провалиться в 1957 и 1968 гг., в комитет приглашен не был.

но около 150 млн. доз и сделано 40 млн. прививок, в основном пожилым людям. Результатом прививок действительно стала настоящая эпидемия. .. из сотен случаев синдрома Гийена-Барре — тяжелой и потенциально смертельной болезни, часто требующей подключения пациента к аппарату искусственной вентиляции легких, — и иных неврологических осложнений, причем в 113 только документированных случаях прививка привела к смерти<sup>37</sup>.

Страховые компании, далекие от научных тонкостей, раньше других поняли, чем могут обернуться для них спасительные

прививки, и наотрез отказались страховать деятельность производителей вакцин. Как всегда в таких случаях, на выручку пришло доброе и щедрое правительство, взявшее на себя гарантийные обязательства. Доброта в итоге обошлась ему, по разным оценкам, в сумму от 400 млн. до 3 млрд. долл., выплаченных только в качестве компенсации по 4 тыс. искам за причиненный здоровью ущерб, не говоря уже о расходах, связанных с производством и распространением вакцины. На фоне свыше тысячи поступивших сообщений о синдроме Гийена — Барре, а также о внезапной смерти трех человек в Питтсбурге после прививки против гриппа, 16 декабря 1976 г. Службой общественного здравоохранения вся гриппопрививочная активность была полностью свернута «для оценки опасностей, связанных с использованием вакцины». Скандал разразился невероятный. Чтобы убедить американцев в безопасности вакцины (и спасти собственное реноме), сам президент Форд закатил рукав и мужественно получил прививку перед телекамерами<sup>38</sup>. Уже 9 февраля 1977 г. вакцина с заслуживающим лучшего применения упорством была вновь рекомендована «для находящихся в группах риска по фатальным последствиям этой инфекции».

*Однако кампания того года была уже безнадежно скомпрометирована. Как всегда некстати для вакцинаторов (см. главу о коклюше), объявился и неутомимый д-р Дж. Энтони Моррис. Моррис уже успел завоевать дурную славу у вакцинаторов в 1971 г., когда, возглавляя лабораторию по исследованию гриппозных вакцин, он обвинил родное Отделение биостандартов (DBS) при американском Национальном институте здоровья (NIH), отвечающее за стандартизацию и тестирование вакцин, в многочисленных нарушениях законов, устанавливающих его деятельность. Он был поддержан известным адвокатом Джеймсом Тернером и сенатором Абрахамом Рибикоффом из Коннектикута, организовавшим специальные сенатские слушания, на которых Отделение биостандартов трясли несколько лет, а жадная до разоблачений пресса смаковала обнаружившиеся факты фальсификации данных исследований и преступной круговой поруки. Помимо всего прочего, проверка Генеральной инспекции конгресса (GAO) вскрыла, что в вопиющее нарушение всех правил были одобрены серии гриппозных вакцин, которые вообще не прошли обязательные тесты*

***Отделения: сотрудникам было просто велено принять без проверки данные, которые предоставил производитель (в действительности эффективность вакцины оказалась менее 1 % от декларированной). Кроме того, Моррис обнаружил, что живая вакцина против гриппа, уже испытанная на сотнях взрослых и детей и даже получившая поддержку конгресса, будучи введенной мышам (что не было сделано при проверке), стимулировала рост раковых опухолей.***

37 McBean E. Swine Flu Exposure, 1977.

38 Несмотря на безмерное уважение к своему президенту, все сотрудники Белого дома (за исключением пресс-секретаря) наотрез отказались последовать его примеру. Д-р Арчи Калокеринос, имя которого я еще буду упоминать в этой книге (см. главу о кори), заявил тогда о своей уверенности, что все было лишь ловкой инсценировкой: Форд на деле получил «пустую» прививку, а не прививку от гриппа. Никто не осмелился бы поставить здоровье президента США под угрозу, тем более что истинную цену безопасности вакцины те, кто должны были это знать, и в самом деле прекрасно знали.

Эти слушания надолго запомнились прививочным дельцам, и открытой, разнузданной коррупции на какое-то время стало меньше. Моррис же был переведен в Управление контроля пищевых продуктов и лекарств (FDA), где продолжил свою вредительскую антипрививочную деятельность. В 1976 г. он разослал разнообразным начальникам докладную записку, в которой делился данными работы своей лаборатории по изучению вакцины против «свиного» гриппа. Он заявил, что нет никаких доказательств возможности передачи вируса «свиного» гриппа от человека к человеку; что эффективность вакцины невозможно измерить по определению; что она просто опасна, так как способна вызывать сенсibilизацию и различные неврологические расстройства — от постоянной головной боли до паралича и даже смерти. В отсутствие какой-либо реакции начальства<sup>39</sup> и продолжавшейся при этом с большим размахом прививочной кампании он решился поделиться своими сомнениями насчет вакцины с<sup>39</sup> При этом выводы Морриса и уроки провала этой кампании были все же учтены на будущее. Когда в 1988 г. от «свиного» гриппа скончалась 32-летняя жительница Висконсина, никто более и не заикался о массовом прививании от гриппа. Было лишь сухо отмечено, что «передачи этого вируса от человека человеку не происходит» // JAMA. 1988; 260:21 — 3116.

многомиллионной аудиторией в телепередаче знаменитого Фила Дона-хью, известного гражданам бывшего СССР по первым телемостам, на которых тот представлял США (а Владимир Познер — СССР). После телепередачи Моррис был немедленно уволен «за отказ соблюдать субординацию». Очень примечательно, что уволивший его директор в середине 1980-х годов оставил Управление и перешел на работу в фармацевтическую компанию «Ледерле Лэборэториз»<sup>40</sup>. Прививочные ларчики всегда открываются очень просто.

У людей, впрочем, короткая память, и прививки продолжились как ни в чем не бывало в следующем сезоне. С 1978 по 1981 г. в США было зарегистрировано еще 575 случаев синдрома Гийена — Барре, 67% из которых пришлось на привитых ранее, в 1977 г., и затем получивших вторую прививку от гриппа. Это могло означать лишь одно — вакцины сенсibiliзировали (повышали чувствительность), каждая следующая доза повышала опасность развития осложнения. Кстати, и эпидемия гриппа 1979 -1980 гг., когда прививки делались особенно усердно, «не обратила на них никакого внимания». Вполне вероятно, что прививки лишь способствовали развитию эпидемии, ослабив иммунную систему ее будущих жертв<sup>41</sup>.

С 1976 г. сообщения о случаях синдрома Гийена- Барре, неотвязно, как тень, преследуют гриппопрививочные кампании. Недавно коллектив американских исследователей изучил базу данных Системы сообщений о побочных эффектах прививок (VAERS) на предмет анализа связи синдрома Гийена — Барре с прививками против гриппа. В VAERS были зарегистрированы 382 случая синдрома Гийена — Барре, развившегося после прививок против гриппа в период с 1991 по 1999 гг. (напомню, что, по имеющимся оценкам, в Америке регистрируется от 1 до 10% случаев осложнений после прививок, так что истинное число случаев синдрома Гийена -Барре должно быть намного выше). Авторы заявили, что риск синдрома Гийена — Барре у взрослых значительно превышает таковой после прививки от столбняка и дифтерии (эта группа ими была взята в качестве контрольной). Они обнаружили высокую концентрацию эндотоксина вируса гриппа в гриппозных вакцинах: она превышала в 125 — 1250 (!) раз концентрацию соответствующего эндотоксина в

вакцине от столбняка и дифтерии. Что же касается биологического механизма развития синдрома Гийена — Барре, то исследователи предположили, что к нему приводит сочетание высокой концентрации эндотоксина и аутоиммунных реакций, вызванных введением вакцины<sup>42</sup>.

40 Coulter H. L, Fisher B. LA Shot in the Dark. N.Y., 1991, p. 166 — 167.

41 Scheibner V. Vaccination. 100 years of Orthodox Research Shows that Vaccines Represent a Medical Assault on the Immune System. Australia, 1993, p. 196 — 198.

Кроме синдрома Гийена — Барре и энцефалитов, также описанных в качестве осложнения прививки против гриппа<sup>43</sup>, в научной литературе можно найти указания и на возможность развития рассеянного склероза<sup>44</sup>. На этом фоне такие осложнения от прививки против гриппа, как невралгия тройничного нерва или межреберная невралгия, нистагм или диплопия, нарушения слуха или параличи мышц глаза<sup>45</sup>, выглядят совсем невинно.

Эффективность Вопрос об эффективности вакцин против гриппа тесно связан с особенностями вируса гриппа. Поскольку клеточный иммунитет, по процитированному выше мягкому выражению, индуцируется «очень слабо» (что в переводе с научного на нормальный человеческий язык обозначает: не индуцируется вообще), то остается уповать только на гуморальный, т.е. на антитела. Вирусу гриппа присуща фантастическая изменчивость. А «любая изменчивость вируса в рамках антигенного шифта (возникновение новых вариантов одного и того же подтипа вируса) приводит к его «ускользанию» от антител, индуцированных вакцинным штаммом при использовании живой вакцины и строго определенным набором антигенов в инактивированных вакцинах»<sup>46</sup>. Поэтому сама идея вакцинопрофилактики гриппа представляется в высшей степени сомнительной. Высокая сероконверсия (образование специфических антител) может не иметь ничего общего с уровнем реальной защиты от гриппа этого года, что, вероятно, и происходит в действительности. Очень хорошо это было подтверждено примером вспышки тяжелого гриппа (10% смертность) в одном из голландских домов престарелых. Были привиты две трети обитателей.

Заболелаемость среди привитых составила 50%, среди непривитых — 48%. Когда стали изучать причины провала вакцины, то, помимо прочего, выяснилось, что у 41% привитых и у 36% непривитых были антитела к вирусу типа А, против которого и делалась прививка. Никакой защиты не было<sup>47</sup>.

42 Geier M. R. et al. Influenza vaccination and Guillain Barre syndrome small star, filled // Clin Immunol. 2003 May; 107(2):116 — 21.

43 Ehrengut W., Allerdist H. Uber neurologische Komplikationen nach der Influenzaschutzimpfung // Munch, med. Wschr., 1977; 119/705 — 710; Woods C.A., Ellison G. W. Encephalopathy following Influenza Immunization // / Pediat. 1964; 65(5):745 — 8;

Warren W. R. Encephalopathy due to Influenza Vaccine // AMA. Archives of Internal Medicine. 1956; 97:803.

44 Hennesen W. et al. Neurologische Affektionen nach Influenza-Impfung // Der Nervenarzt.

1978; 49/90 — 96; Yahr M.D., Lobo-Antunes J. Relapsing Encephalomyelitis Following the Use of Influenza Vaccine // Arch Neurol. 1972; 27:182 — 3.

45 Hennesen W. et al. Neurologische...

46 Там же, с. 179.

Вообще же гриппозные вакцины не способны вызывать образование антител в достаточном титре у многих пожилых людей, которые больше всего рискуют осложнениями гриппа. По некоторым оценкам, максимальная их эффективность у пожилых — 52 — 67%<sup>48</sup>. Вполне бесполезными оказываются при ближайшем рассмотрении прививки и детям, что хорошо видно на примере Японии, где прививки против гриппа стартовали уже в 1960 г., когда было привито 3 млн. школьников. В 1976 г. прививка от гриппа была объявлена обязательной, и 17 млн. школьников всех возрастов два раза в год ее исправно получали. Кончилось все полным провалом. Заболелаемость гриппом не только не снизилась, но и возросла в 12 раз (с 5 заболевших на 100 тыс. до 60). С 1989 г. количество прививаемых школьников начало резко сокращаться и в итоге снизилось в три раза (с 60 до 20%), но заболеваемость гриппом при этом не возросла. Помимо неэффективности прививок они оказались далеко не безобидными. В течение 1972 -1979 гг. было подано 142

иска с требованиями компенсации нанесенного прививками ущерба. Из самых тяжелых последствий прививки: 50 детей скончались, 35 получили тяжелую эпилепсию, а 65 стали отставать в развитии<sup>49</sup>.

Здесь надо упомянуть и весьма примечательный мета-анализ данных научной литературы, проведенный коллективом авторов во главе с итальянским эпидемиологом д-ром Витторио Демичелли. Во-первых, он установил, что с точки зрения «выгоды, перевешивающей риск», можно всерьез рассматривать лишь инактивированные гриппозные вакцины — применение живых вакцин связано как с их крайней неэффективностью, так и с совершенно неприемлемым риском тяжелых побочных реакций. Во-вторых, Демичелли и сотрудники обнаружили, что хотя вакцина и может вызывать образование антител у 70 — 90% привитых, максимум, на что она способна, — предупреждать грипп лишь в 24% клинических случаев. При этом следовало помнить, что в среднем от местных реакций страдают 69% привитых, от системных — 26%. В-третьих, по оценке этого авторского коллектива, противовирусные препараты, хотя и предотвращали грипп в 61 — 72% случаев, при уже имевшемся заболевании сокращали срок болезни лишь на один день. Кроме того, их применение также вызывало серьезные побочные реакции — угнетение или возбуждение ЦНС и расстройство функций пищеварительной системы. Суммируя все это, авторы написали: «Если оценивать вакцины исключительно с точки зрения их эффективности, то они, безусловно, являются самой предпочтительной мерой профилактики гриппа у здоровых взрослых. Но если принимать во внимание их безопасность и качество жизни привитых, то парентеральные вакцины имеют такую низкую эффективность и такую высокую частоту обычных побочных реакций, что их применение становится нежелательным. Это верно даже тогда, когда грипп встречается часто, а побочных эффектов лекарственных средств мало. К такому же выводу мы пришли относительно противовирусных... препаратов даже при высокой заболеваемости гриппом. На основании этого ты заключаешь, что экономически со стороны выгодной тероп является ничего не предпринимать"(r).

47 Beyer W.E.P. et al. Influenza-epidemie in een verpleeghuis door een virus dat niet in het vaccin was opgenomen // Ned Tijdschr Geneesk. 1993; 137/39:1973 — 7.

48 Palache AM. Influenza subunit vaccine — ten years experience // Eur J Clin Res. 1992; 3:117 — 38.

49 Из доклада д-ра Ямамото «Почему правительство Японии должно было прекратить обязательные прививки. Точка зрения педиатра», представленного на конференции «Должны ли прививки быть обязательными или свободными?», которая состоялась в Неаполе 31 мая — 1 июня 1997 г.

Я не случайно начал сейчас разговор об экономическом аспекте прививки против гриппа, потому что именно на него в последнее время вакцина-торы особо нападают. Трудно убедить человека, обычно один-два раза в год болеющего ОРЗ, что прививка против гриппа — это то, что спасет его здоровье и предотвратит ужасные последствия болезни. Тем более это трудно, когда прививаемый должен платить за прививку из своего кармана. В этом случае заинтересованные в реализации вакцин лица стараются всеми доступными средствами убедить начальство, что массовое прививание позволит ощутимо сэкономить на оплате больничных листов и позволит успешно решить традиционную зимнюю проблему, связанную с отсутствием на рабочем месте заболевших. Однако и здесь счет не получается в пользу прививок. Американский коллектив исследователей установил, что при условно взятой (и, вероятно, завышенной) 70%-ной эффективности вакцины в предотвращении гриппа у лиц моложе 65 лет и 30 — 40%-ной для тех, кто старше 65 лет, при традиционном несовпадении штамма вакцины и эпидемического штамма (помните — «очень редко достигается соответствие вакцинного штамма эпидемическому»), стоимость (т.е. все возможные расходы) «привитого» индивида на 65,59 доллара превышает стоимость непривитого. Но даже в те крайне редкие благословенные для прививок годы, когда неожиданно удается выиграть в лотерею «эпидемический штамм = вакцинный штамм», «привитость» обходится на душу населения на 11,17 доллара дороже, чем «непривитость»!51.

50 Demicheh V. et al. Prevention and Early Treatment of Influenza in Healthy Adults // Vaccine. 2000; 18:957 — 1030.

Особый интерес вызывает такое вакцинаторское изобретение, как выделение вируса гриппа тогда, когда требуется подтверждение эффективности прививки. Например, привитый вакциной от гриппа болеет не гриппом, а ОРЗ (ОРВИ). Во время визита к врачу у него берут смыв со слизистой носа — вирус гриппа не обнаруживается... и это считается доказательством того, что он защищен от гриппа, прививка оказалась эффективной! То, что вскоре после прививки он получил, на фоне подавления иммунитета, иную респираторную вирусную инфекцию, хоть и не гриппозную, в счет не берется. Никто ведь и не говорил, что прививка защитит от ОРЗ, речь шла только о гриппе! Но что выиграл сам привитый от такого обмена? Он все равно заболел, только не болезнью X, а болезнью Y или болезнью Z, при этом получив еще токсические вещества с вакциной.

В последнее время поступают сообщения о попытках «привязать» вакцину против гриппа к уже существующим поликомпонентным детским вакцинам — чтобы не упустить возможность этого заработка. Нет сомнений, что скоро мы увидим сообщения о «научных исследованиях», финансируемых какой-либо фармацевтической компанией, согласно которым добавление вакцины против гриппа не только не снижает эффективность некой поликомпонентной вакцины, но и значительно увеличивает ее.

И в заключение разговора об эффективности прививок от гриппа я приведу цитату из сравнительно недавней статьи российских авторов. Вот что они пишут: «Борьба с гриппом у нас в стране ведется уже более 30 лет. Ежегодная массовая вакцинация населения, проводимая в 1970 -1980 гг., по мнению наших ученых и специалистов, занимающихся этой проблемой, не только не привела к снижению заболеваемости гриппом и ОРВИ, но и не замедлила темпов роста этих инфекций. Так, в Москве в период наиболее активного проведения вакцинации против гриппа (1980 -1986 гг.) отмечался значительный рост заболеваемости в группе гриппоподобных инфекций, а отмена вакцинации сопровождалась резким снижением заболеваемости ОРВИ. Трудности

вакцинопрофилактики гриппа связаны прежде всего с высокой степенью изменчивости генома вирусов гриппа А, а также порой несовпадением вакцинного штамма и циркулирующего вируса, что делает вакцинацию неэффективной"<sup>52</sup>.

51 Bridges C. B. et al. Effectiveness and Cost-Benefit of Influenza Vaccination of Healthy Working Adults 11 JAMA. 284 no.13 (4 October 2000): 1655 — 1663.

Итак, прививки от гриппа не только «не замедляют темпов», но и сами являются причиной роста заболеваемости ОРВИ. Ну и каков же вывод? «Несмотря на это, вакцинация, безусловно, продолжает оставаться самым надежным средством защиты, а прививки необходимо делать ежегодно"<sup>53</sup>. Невольно возникает вопрос: да все ли в порядке с головой у тех, кто это писал? Или кампании «Защитись от гриппа прививкой!» и в самом деле рассчитаны на умственно неполноценных? Вопросы, похоже, риторические!

### **Выводы:**

Грипп — одно из многочисленных заболеваний, входящих в группу ОРВИ, причем не самое распространенное (до 40% ОРВИ вызывается риновирусами).

Неэффективность вакцины, связанная в первую очередь с необходимостью угадать разновидность вирусов, которые будут превалировать в очередном сезоне, прекрасно документирована в научной литературе.

Прививка от гриппа связана с немалым количеством осложнений со стороны нервной системы.

Мощные рекламные кампании, организуемые производителями и распространителями вакцин, направлены исключительно на продвижение последних на рынке и не имеют ничего общего с заботой о реальном благе населения.

Существует немало эффективных методов профилактики и лечения гриппа, натуропатических и гомеопатических, которые игнорируются системой здравоохранения в пользу прививок.

52 Сельцовский А. П. и др. Зима без гриппа. Вакцинация — основной метод борьбы с гриппом // Медицина для всех. 1999, 3(14).

## **Дифтерия**

Дифтерия<sup>1</sup>, так же как полиомиелит и столбняк, принадлежит к числу заболеваний, наиболее пугающих родителей. Даже тех, кто готов мужественно «поступиться» краснухой, свинкой или корью и отказаться от соответствующих прививок, одна мысль о том, что ребенок останется «не защищенным» от дифтерии, приводит в ужас. Неужели неправда, спрашивают родители, что «эпидемия дифтерии в России еще раз показала, будто вакцинопрофилактике нет альтернативы и только путем поголовной иммунизации можно добиться реального успеха в борьбе с этой тяжелой инфекцией»?<sup>2</sup> . Мне хотелось бы надеяться, что, прежде чем родители начнут метаться в поисках «правильных» вакцин и «правильных» прививательных центров, где ребенка смогут «защитить» от дифтерии прививками, они все же прочитают эту главу и подумают над своим выбором. В отличие от других глав, где мне приходилось опираться главным образом на материалы, относящиеся к другим странам, недавняя эпидемия дифтерии в республиках бывшего Советского Союза предоставляет удобную возможность обсудить эту тему на близком большинству из читателей примере.

## **Болезнь**

Вероятно, дифтерия известна человечеству уже достаточно долго, хотя описываемые древними авторами болезни соответствуют скорее некоему усредненному понятию «крупа», под которое могут также подпадать коклюш и тяжелая ангина, нежели описанию дифтерии. Считается, что европейцами дифтерия была впервые точно описана в Испании в XVI в. под названием «el garrotillo», т.е. «удушающая болезнь». На Востоке ее описания относятся к более раннему периоду<sup>3</sup>.

Как и при столбняке и коклюше, болезнь вызывается не самим микроорганизмом (в данном случае — это дифтерийные коринебактерии, *Corinebacterium diphtheriae*, или палочки Л ефлера, живущие повсюду вокруг нас и в нас самих; описано 153 штамма, относящихся к различным биотипам *C. diphtheriae*), а его токсином. Источником инфекции могут быть как сами больные, так и носители

токсигенных штаммов коринебак-терий<sup>4</sup>. «Само по себе дифтерийное бактерионосительство в здоровом организме ведет к выработке антител... Этот инфекционный процесс протекает циклически и заканчивается, по-видимому, после образования в организме бактерионосителя антибактериального иммунитета»<sup>5</sup>.

1 От греческого «дифтера» — кожа, оболочка. Название дано французским врачом исследователем Пьером Бретанно (1778 — 1862).

2 Учайкин В. Ф., Шамшева О. В. Вакцинопрофилактика. Настоящее и будущее. М., 2001, с. 112. И вновь столь полюбившееся авторам слово «поголовный»...

3 См.: Nakamura A. A historical survey of diphtheria in Europe, China and Japan. Part I: ancient and medieval age // Nippon Ishigaku Zasshi. 1995 Sep.; 41:369 — 94.

"Путь передачи инфекции — преимущественно воздушно-капельный, однако возможна передача инфекции через посуду, предметы ухода, игрушки, бывшие в употреблении больного. Для заражения воздушно-капельным путем необходим достаточно тесный контакт с больным, так как палочка дифтерии распространяется не более чем на 2 м от больного. Восприимчивость к дифтерии невысокая и составляет 25 — 30%"<sup>6</sup>. Инкубационный период равняется примерно 3-10 дням. Чаще всего дифтерия поражает рот, глотку<sup>7</sup>, гортань и нос. Очень редко встречается дифтерия кожи, глаз, половых органов или ран. Хотя в эксперименте удавалось заражать дифтерией теплокровных животных, единственным резервуаром болезни остается человек. Характерной особенностью дифтерии является образование так называемых дифтерийных пленок, состоящих из белка фибрина. Притом что начиная с периода после Второй мировой войны преобладают в основном мягкие, протекающие доброкачественно формы дифтерии, токсические формы все же встречаются, и именно такие формы дифтерии рта и глотки дают смертность и инвалидизацию. Обычно болезнь начинается с болей в горле при глотании и подъема температуры (примечательно, что температура при дифтерии, в отличие от других инфекционных заболеваний, почти всегда остается сравнительно низкой, не превышая 38°С). «При тяжелых, токсических формах болезни, приводящих к смертельному исходу, состояние

больного в первые же часы резко ухудшается: ребенок бледен, апатичен, может даже потерять сознание. На шее появляется отек, опускающийся вниз на грудь, а иногда также поднимающийся на лицо. Через отечные ткани шеи можно прощупать значительно увеличенные, болезненные, твердые... лимфатические узлы... При осмотре зева видны огромные, иногда смыкающиеся по средней линии шарообразные миндалины, сплошь покрытые толстым, складчатым, сероватым налетом, выходящим за пределы миндалин и распространяющимся на нёбо, щёки и т.д."8.

4 «... не менее 90% заболеваний дифтерией связаны с инфицированием от «здоровых» носителей возбудителя дифтерии».

Инфекционные болезни. Справочник для всех. СПб., 2000, с. 177.

5 Сиземова Г. А. и др. Дифтерия. Кемерово, 1971, с. 50.

6 Самарина Н. В., Сорокина О. А. Детские инфекционные болезни. 2-е изд. СПб., М., 2000, с. 41.

7 Довольно распространенным является словосочетание «дифтерия зева». Произносящие это, вероятно, забывают, что зев — это всего лишь пространство или отверстие между полостью рта и глоткой, а в пустоте никакой болезни быть не может.

Смерть при дифтерии может наступить от механической асфиксии вследствие закрытия дыхательных путей дифтерийными пленками (главная причина смерти у детей), токсического шока или, позднее, от таких осложнений болезни, как острая сердечная недостаточность на фоне дифтерийного миокардита (главная причина смерти у взрослых) или паралич дыхательной мускулатуры. Вообще, осложнения со стороны нервной системы очень характерны для дифтерии; при дифтерии глотки парез нёба и глотки возникает у 5 — 20% заболевших, а при выраженных токсических формах он встречается практически у всех пациентов, что вынуждает врачей ввести назогастральный зонд (правда, через две-четыре недели все нарушенные функции восстанавливаются). Чаше периферические нейропатии или полиневриты бывают после кожной дифтерии либо дифтерии ран. После перенесенной болезни может остаться неврологический дефект в виде различных парезов и параличей конечностей. Данные относительно дальнейшего прогноза очень

разнятся. Так, в одном старом исследовании было сообщено, что ни у одного из 109 пациентов с дифтерийной полинейропатией не осталось и следов паралича через сто дней<sup>9</sup>. Однако латвийские авторы указывают, что через год после перенесенной дифтерии у 80% пациентов с периферическим дифтерийным полиневритом еще оставались симптомы со стороны конечностей, а 6% вообще не могли ходить<sup>10</sup>. С появлением аппарата искусственной вентиляции легких (ИВЛ) проблема паралича дыхательной мускулатуры во многом утратила свою остроту. Для восстановления нормальных дыхательных функций обычно требуется две-три недели.

Диагноз устанавливается главным образом клинически. «Бактериос-копическая диагностика дифтерии не является достоверной, поэтому она не получила широкого распространения. Бактериологические и серологические методы диагностики представляют больше ретроспективный интерес, они лишь позволяют подтвердить ранее поставленный диагноз»<sup>11</sup>.

8 Тимченко В. Н. и др. Все о детских прививках. СПб., 2003, с. 43.

9 Gaskill H. S., Korb M. Occurrence of multiple neuritis in cases of cutaneous diphtheria // *ArcNeur Psychiatry*. 1946; 55:449 — 572.

10 Logina I., Donaghy M. Diphtheritic polyneuropathy: a clinical study and comparison with Guillain-Barré syndrome // *Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1999; 67:443 — 448.

Хотя в одних руководствах утверждается, что перенесенное заболевание оставляет стойкий иммунитет<sup>12</sup>, это оспаривается другими<sup>13</sup>, и очевидно, в самом деле не соответствует истине, так как уже достаточно давно было показано, что при каждой очередной вспышке или эпидемии дифтерии 5 -10% пострадавших заболевают во второй раз<sup>14</sup>. Учитывая сравнительную редкость самой болезни, такой достаточно высокий процент заболевающих повторно должен насторожить. Кроме того, из тех же старых источников мы знаем, что не менее 30% заболевших дифтерией в первой половине XX в. были полностью и по всем правилам привиты<sup>15</sup>, что еще более увеличивает подозрения. Не логично ли предположить, что контакт с дифтерийным токсином сенсibiliзирует организм, т.е. повышает порог его чувствительности к токсину и тем самым увеличивает

вероятность заболевания дифтерией в будущем, особенно на фоне социально-экономических неурядиц? В пользу этого предположения может говорить и тот факт, что вместе с введением обязательных прививок против дифтерии в некоторых странах увеличивалась и заболеваемость ею. Так, введение обязательных прививок от дифтерии в Германии в 1939 г. сопровождалось сначала незначительным снижением заболеваемости (со 143,5 тыс. случаев дифтерии в 1939 г. до 138,4 тыс. в 1940 г.), после чего она резко возросла: в 1941 г. было сообщено уже о 173 тыс. случаев, а в 1942 и 1943 гг. — 237 и 238,5 тыс. соответственно. Во Франции в последние три предвоенных года регистрировалось от 13 до 16 тыс. случаев дифтерии в год. Во время оккупационного режима в 1941 г. французам были навязаны обязательные прививки; в течение следующих трех лет заболеваемость дифтерией неуклонно возрастала и достигла 46 тыс. случаев в 1943 г., хотя все эти годы боевые действия во Франции не велись. Похоже, что высадка союзных войск принесла Франции освобождение не только от нацистов, но и от их прививок, а с ними и от дифтерии — с 1944 г. заболеваемость начала снижаться<sup>16</sup>. Значительное (на 55%) увеличение заболеваемости дифтерией после введения прививок от нее было зарегистрировано также в Венгрии. В Норвегии, не проводившей прививок против дифтерии, в 1943 г. было зафиксировано всего 50 случаев<sup>17</sup>.

11 Самарина Н. В. Детские..., с. 45.

12 См., например, Инфекционные..., с. 178.

13 "Иммунитет после дифтерии нестойкий. Возможны повторные случаи заражения.

Антитоксический иммунитет, возникающий после вакцинации дифтерийным анатоксином, не предотвращает заражения». См. прим. 6.

14 Brainerd J, Bruyn H. B. Diphtheria: the present day problem // California Medicine. 1951;

75:290 — 5, Naiditch M. J., Bower M. G. A study of 1,433 cases observed during a ten-year period at the Los Angeles County Hospital // Am J Med. 1954; 17:229 — 45. Уже к 1902 г. было однозначно установлено: «Одна атака дифтерии не дает длительной защиты перед следующей атакой. Известно, что даже в период выздоровления пациент может заболеть этой же болезнью снова, и так может повторяться не один раз»

(Quain. Dictionary of Medicine (1902 ed.), цит. по: Shelton H. M. Vaccine and Serum Evils,

1960).

15 Gibbard J. et al. Diphtheria in the immunized // Can J Public Health. 1945; 36:188 — 191;

Grant J. Clinical evaluation of diphtheria prophylaxis // Lancet. 1945; 1:46 — 8; Naiditch M.

A study... В Чикаго во время вспышки дифтерии в 1969 г. решили проверить всех заболевших. В итоге выяснилось, что 25% были полностью, согласно всем требованиям, привиты, а у 12% привитых «неполно» антитела имелись в титре, превышающем «защитный» {Mendelsohn R. The truth about immunization // The People's Doctor.

April. 1978, p. 1).

До появления антидифтерийной (антитоксической) сыворотки (см. ниже) успехи аллопатии в лечении болезни были в высшей степени скромны. Применялись различные прижигания, полоскания, орошения (например, раствором перхлорида железа или нитрата серебра). Не забывали, разумеется, и о каломели (хлориде ртути), рвотных, слабительных. .. Поскольку главной причиной детской смертности от дифтерии была асфиксия (удушьё) вследствие закупорки дифтерийными пленками дыхательных путей, то активно применялись трахеостомия, а позднее (с 1885 г.) и интубация. За исключением последней, ни один из методов лечения не показал себя хоть сколько-нибудь эффективным<sup>18</sup>.

Следующим по важности шагом было введение в широкое использование антибиотиков. Хотя первоначально пенициллин, открытый сэром Александром Флеммингом (1881 -1955), оказался неэффективным как для лечения дифтерии, так и для предотвращения ее осложнений<sup>19</sup>, особенно такого, как аспирационная пневмония вследствие бульбарного паралича<sup>20</sup>, однако дальнейшее улучшение качества пенициллина и появление других антибиотиков сыграли свою роль. Коринебактерии чувствительны практически ко всем антибиотикам, рутинно назначаемым при заболеваниях верхних дыхательных путей. Обычно для лечения используются такие препараты, как эритромицин, хлорамфеникол, клин-дамицин, ампициллин, цiproфлоксацин и некоторые другие<sup>21</sup>. Надо лишь заметить, что целью лечения

антибиотиками является не борьба с уже имеющейся болезнью (на токсин они не действуют), а скорее ускорение очищения организма от вырабатывающих токсин коринебактерии и предотвращение распространения инфекции среди населения. Смертность, даже с учетом применения новейших методов лечения дифтерии, остается сравнительно высокой — около 5%.

16 Согласно данным таблицы, опубликованной в: Galazka A., Tomaszuna-Blaszczyk J. Why do adults contract diphtheria? // Eurosurveillance. 1997; 2:8 — 9.

17 Diodati C J. M. Immunization: history, ethics, law and health. Quebec, 1999, p. 137, n. 50.

18 Lumio J. Studies of the epidemiology and clinical characteristics of diphtheria during the Russian epidemic of the 1990s. Academic dissertation, University of Tampere, 2003, p. 49 — 50.

19 Naiditch M. A study...

20 Так, пневмония стала причиной смерти в 69 из 139 летальных исходов, связанных с дифтерией, за 10 лет в 1940-х годах в окружном госпитале Лос-Анджелеса. Naiditch M. A study...

Правда, здесь необходимо отметить, что 5% — это «средняя температура по больнице». Вот один пример. В 1994 г. в Боткинской больнице в Санкт-Петербурге находилось на лечении 1860 взрослых пациентов. В легкой (катаральной) форме перенесли дифтерию 1256 пациентов (67,5%). В тяжелой форме дифтерия протекала у 151 пациента (8,1%), 42 пациента (2,3%) скончались. Среди скончавшихся было 26 алкоголиков (62%). Авторы заключают, что риск смерти для заболевшего дифтерией неалкоголика равнялся всего 1%<sup>22</sup>. В другом исследовании были проанализированы истории болезней 130 взрослых, умерших от дифтерии в Санкт-Петербурге в 1990 -1996 гг. Автор статьи сообщает: «89 больных (68,5% общего числа) обоего пола страдали хроническим алкоголизмом, более 1/3 их были социально дезориентированы, не работавшие лица БОМЖ... в структуре преморбидных заболеваний значительным был удельный вес сердечно-сосудистой патологии (атеросклероз, гипертоническая болезнь), составивший 32,3% общего числа (42 набл.), распространенной преимущественно у женщин старше 60 лет»<sup>23</sup>. Высокий уровень передачи возбудителя был отмечен в таких

специфических группах населения, характеризующихся скученностью проживания, низким уровнем гигиены и тесными контактами, как, например, бездомные и пациенты психиатрических клиник<sup>24</sup>.

21 Lumio J *Studies...*, p. 53.

22 Rakhmanova A. G. et al. Diphtheria outbreak in St. Petersburg: clinical characteristics of 1860 adult patients // *Scand J Infect Dis*. 1996; 28:37 — 40.

23 Кадырова С. Н. Особенности дифтерийной инфекции взрослых в современных условиях. СПб., 1997, с. 8

24 Vitek C, Wharton M. Diphtheria in the former Soviet Union — re-emergence of a pandemic disease. WHO meeting July 1993; EUR/ICP/EPI 038 Rev 1.

Главными факторами риска, относительно которых в различных исследованиях нет разногласий, являются возраст младше 5 и старше 40 лет, низкий уровень жизни, алкоголизм. Из иных факторов были отмечены поздняя госпитализация, позднее начало лечения сывороткой (считается, что применение ее эффективно лишь в первые три дня болезни), такие осложнения болезни, как миокардит и пневмония, а также отсутствие прививок<sup>25</sup>. Значение последнего фактора можно легко оспорить на основании простой логики и здравого смысла, даже не солидаризируясь с позицией той или иной стороны в прививочном споре. Известно, что в тех странах, где прививки требуются по закону, лишь очень небольшой процент их не получает из-за отводов по желанию родителей. Как правило, отсутствие прививок связано с истинными медотводами из-за плохого состояния здоровья ребенка. Такие дети намного более подвержены всем инфекционным болезням — как тем, которые якобы «управляются» прививками, так и тем, против которых прививок не изобретено или они не применяются массово. Отсюда ясно, что отсутствие прививок — это следствие, а не причина; в качестве фактора риска следовало бы указывать фоновые болезни, сопровождающиеся снижением функций иммунитета, а не прививочный статус. В течение всего XX века в развитых странах и без всяких прививок дифтерией никогда не заболело более 15% детей популяции, охваченной этой болезнью. Вероятно, каждый

шестой-седьмой ребенок и есть то «слабое звено», которое поражается инфекционными недугами<sup>26</sup>.

Косвенно признают это и авторы «правильного» руководства, заявляя: «Социальную группу риска по тяжести течения дифтерии представляли неработающие люди трудоспособного возраста, пенсионеры и дети, проживающие в семьях, ведущих асоциальный образ жизни. Они, как правило, не имели прививок»<sup>27</sup>. Да если бы они не имели только прививок, с этим вполне можно было бы мириться, как бы ни относиться к этим самым прививкам! Как правило, такие дети не имели и одежды, и нормальной еды, а подчас даже крыши над головой. Но это, похоже, не слишком занимает академических составителей толстой книги, изданной в отличном переплете и на дорогой бумаге. Их волнует, что у таких детей не было прививок! Ну, а если вместо «неработающих людей трудоспособного возраста» (вот ведь эвфемизм какой!) написать «алкоголики, наркоманы, бродяги и беженцы», а вместо пенсионеров — «лица, доходов которых с трудом хватает на то, чтобы не протянуть ноги», то все встает на свои места. Это стандартный контингент для всех инфекционных болезней, как с прививками, так и без, и дифтерия тут не исключение.

25 Lutnio J. Studies..., p. 48.

26 Очень интересная статья была опубликована в 1931 г. Автор нашел, что люди, имеющие II (A) группу крови, не способны к созданию антитоксического иммунитета к дифтерийному токсину после перенесенной болезни. Цит. по: Scheibner V.

Vaccination. 100 years of Orthodox Research Shows that Vaccines Represent a Medical Assault on the Immune System. Australia, 1993, p. 149. Для полиомиелита аналогичное исследование показало, что максимальную способность (80%) к нейтрализации вируса полиомиелита продемонстрировали люди с III (B) группой крови, в то время как же способность имеющих I (O) и II (A) оказалась равной лишь 50%, т.е. меньшей на 30% (Jungeblut C. W, Engle E. T. Resistance to poliomyelitis. The relative importance of physiologic and immunologic factors 11 JAMA. 1932; 99(25):2091 — 2097). Такие исследования лишней раз показывают, что генетические различия людей делают массовые прививочные кампании в лучшем случае бессмысленными.

Говоря о других факторах риска, я хотел бы обратить внимание читателей на исследование, показавшее связь между заболеваемостью дифтерией и хроническим тонзиллитом на примере Астраханской области. Известно, что хронический тонзиллит — типичная болезнь сниженной иммунной функции. Аллопатические успехи в его лечении более чем скромны, и нередко дело заканчивается удалением миндалин (тонзиллэктомией). В главе о полиомиелите будет указано на отсутствие миндалин как на значительный фактор риска для заболевания полиомиелитом. Покаже приведу несколько цитат из заинтересовавшего меня исследования: «Большое количество больных дифтерией выявлено в тех районах (Астраханской) области, где одновременно высока пораженность населения хроническим тонзиллитом. Данное наблюдение подтверждается статистическими исследованиями. Результаты статистического анализа свидетельствуют о достоверном воздействии на эпидемический процесс дифтерийной инфекции распространенности хронического тонзиллита, то есть в районах, где распространенность хронического тонзиллита велика, резко осложняется эпидемиологическая обстановка по дифтерии. Это дало нам повод рассматривать хронический тонзиллит как фоновое заболевание для дифтерии на популяционном уровне... По нашим данным, наличие хронического тонзиллита у вакцинированных повышает риск заболевания дифтерией. Доля привитых больных дифтерией, не сочетающейся с хроническим тонзиллитом, составила 22,7%, при сочетании дифтерии ротоглотки с компенсированным хроническим тонзиллитом — 31,9%, а с декомпенсированным — 38,7%..»<sup>28</sup>.

<sup>27</sup> Покровский В. И. и др. Эволюция инфекционных болезней в России в XX веке. М., 2003, с. 232. Другая цитата: «... удельный вес привитых детей среди заболевших колебался от 75 до 90%; среди последних отмечались преимущественно легкие формы, в то время как у непривитых заболевание приобретало тяжелое течение... летальные исходы регистрировались только у непривитых детей, проживающих нередко в асоциальных условиях и страдающих разнообразной соматической и неврологической патологией» {Иванова В. В. и др. Дифтерия у детей. СПб., 2000, с. 18).

К концу XIX в. стало понятно, что дифтерия является заразным заболеванием и главной мерой профилактики должен быть карантин. Хотя принимавшиеся меры далеко не всегда были разумны в свете нынешних знаний об этой болезни, свою роль они, безусловно, сыграли. Не менее важным было и повышение жизненного уровня населения, в результате чего смертность от всех инфекционных болезней (и в меньшей степени заболеваемость ими) начала неуклонно снижаться. В США заболеваемость дифтерией постоянно снижалась с 1900 г. — за 19 — 20 лет до появления первых вакцин<sup>29</sup>.

Гомеопатия, уже ранее показавшая свою высокую эффективность при лечении эпидемических заболеваний (что было одной из причин массового перехода врачей в гомеопатию в США и дало начало расцвету гомеопатии, длившемуся там полвека), оказалась весьма полезной и при дифтерии. Долгое время гомеопаты вполне успешно лечили дифтерию преимущественно такими лекарствами, как *Apis*, *Cantharis*, *Kalium bichromicum*, *Lachesis*, *Mercurius corrosivus*. Так, известный историк гомеопатии д-р Томас Л. Бредфорд (1847 -1918) в своей книге «Логика цифр» сообщает, что при сравнении результатов лечения аллопатов и гомеопатов в округе Брум штата Нью-Йорк (напомню читателям, что во второй половине XIX и начале XX в. гомеопаты имели в США собственные больницы) выяснилось, что смертность среди пациентов аллопатов составляла 83,6%, а среди пациентов гомеопатов — 16,4%<sup>30</sup>. Поскольку в среднем смертность даже при самых тяжелых формах дифтерии в отсутствие какого бы то ни было лечения составляет 40 — 50%, напрашивается еще и тот вывод, что обращение за лечением к аллопатам значительно уменьшало шансы пациентов на выживание<sup>31</sup>.

<sup>28</sup> Галимзянов Х. М. и др. Дифтерия (региональные аспекты). Астрахань, 2001, с. 5,107.

<sup>29</sup> Collins S. D. Diphtheria incidence and trends in relation to artificial immunization, with some comparative data for scarlet fever // *Publ Health Rep.* 1946; 6:203 — 40. Для сравнения:

"Обширная статистика прошлых лет ярко свидетельствует о том, что заболеваемость, летальность и смертность от дифтерии всегда были выше среди детей неимущих слоев населения. Это явление наблюдается и в настоящее время

не только вотсталых, полуколониальных, но и в развитых капиталистических странах. Так, в Южно-Африканском Союзе заболеваемость дифтерией была в 30 раз выше, чем в Англии. Заболеваемость дифтерией в Алжире в 1958 г. была в 12 раз выше, чем во Франции. В США заболеваемость дифтерией среди негритянского населения во всех возрастных группах в 6 раз выше, чем у белых» (Сизимова Г. А. Дифтерия, с. 21).

30 Bradford T. L. The Logic of Figures. 1900, p. 179. Бредфорд ссылается на д-ра Брауна из Бингхэмптона, опубликовавшего эту статистику в Trans NY Hot Med (State), vol iii, p. 149). Благодарю Френсиса Тройхерца (Лондон), любезно приславшего мне ксерокопию нужных страниц этой редкой книги.

В 1864 г. на сцене появился новый многообещающий гомеопатический препарат. Первый опыт успешного применения этого лекарства, оказавшегося поразительно действенным в лечении дифтерии, был связан с Россией. В 1864 г. дифтерией тяжело заболел семилетний сын немецкого гомеопата д-ра Карла фон Виллерса (1817-1890), работавшего в то время в Санкт-Петербурге. Назначавшиеся отцом, который думал, что речь идет о простой ангине, лекарства не подействовали, болезнь быстро прогрессировала, и когда д-р фон Виллерс пригласил на консультацию своего коллегу, д-ра Альфонса Бека (также немецкого гомеопата, практиковавшего в Санкт-Петербурге), состояние ребенка казалось уже безнадежным. Увидев далеко зашедшую некротическую дифтерию, д-р Бек вспомнил, что еще в университете он читал в каком-то судебном-медицинском журнале о похожей картине, наблюдавшейся у пяти членов одной семьи, которые отравились цианистой ртутью. Согласно принципу подобия было применено срочно сделанное в аптеке Ф. К. Флемминга лекарство *Mercurius cyanatus* в шестом сотенном разведении, и состояние больного начало улучшаться. «Двадцать два часа прошло после первого приема лекарства, и почти вся масса серо-зеленоватого цвета дифтеритического выпота, покрывавшая слизистую оболочку зева и издававшая сильный затхлый запах, исчезла... С этого часа мальчик быстро начал поправляться, и через два дня никто не догадался бы, что он только что избавился от такой тяжелой и опасной болезни»<sup>32</sup>.

С того времени этот препарат вошел в повседневную практику профилактики и лечения дифтерии с помощью гомеопатии.

Впоследствии д-р Владимир фон Дитман (1842 -1904), излечивший бесчисленное количество случаев дифтерии в течение своей двенадцатилетней гомеопатической практики и ужасавшийся полной беспомощности аллопатического лечения этой болезни<sup>33</sup>, не выдержал и во время очередной эпидемии дифтерии в 1882 г. обратился к царю с просьбой позволить гомеопатическое лечение в госпитале. Эта просьба была поддержана адъютантом Его Императорского Величества контр-адмиралом О. Б. Рихтером (1830 -1907), симпатизировавшим гомеопатам. Далее события в изложении д-ра Льва Бразоля развивались следующим образом: «Государь, всегда питавший расположение к гомеопатическому методу лечения и неоднократно оказывавший ему свое милостивое покровительство, повелел открыть при Николаевском Военном госпитале отдельную палату для гомеопатического лечения дифтерита. В эту больницу вскоре был доставлен девятилетний ребенок из беднейшего класса населения, еще не оправившийся от тяжелой кори и уже заболевший злокачественным дифтеритом. На третий день болезни, когда она уже успела вызвать омертвление зева и миндалин с общим заражением крови, совершенно безнадежного мальчика в холодный и ветреный зимний день через весь город везли в открытых санях и привезли в гомеопатическое отделение, где консультант госпиталя доктор Афанасьев в присутствии доктора Дитмана констатировал «гангренозный дифтерит», и на следующий же день ребенок умер. Это был первый и единственный пациент гомеопатической больницы, потому что других больных полицейские врачи сюда больше не направляли, и так как на испытании находился лишь один больной, который и умер, то было выведено заключение, что гомеопатическое лечение дает 100% смертности, и на этом кончилось сравнительное испытание гомеопатического и аллопатического лечения дифтерита»<sup>34</sup>.

-

31 Примерно та же картина (40 — 50% при отсутствии лечения и до 70 — 80% смертности при аллопатическом лечении) была отмечена и во время эпидемий холеры.

32 Гомеопатическое лечение и профилактика дифтерита доктора медицины К. фонВиллерса. СПб., 1892 // Предупреждение и лечение болезней

гомеопатическими средствами. Из архива Санкт-Петербургской гомеопатической поликлиники. СПб., 1994, с. 46. Спасенный мальчик, Александр фон Виллерс (1857 — 1904), впоследствии стал достаточно известным гомеопатом и редактором крупного немецкого гомеопатического ежегодника.

33 В одной из своих статей д-р фон Дитман писал о впечатлениях своего детства, связанных с дифтерией и в некоторой степени предопределивших его будущий выбор в пользу гомеопатии: «В нашей семье было двое маленьких детей, меньшая сестра моя пяти лет и младший брат двух лет. Заболела сестра в воскресенье 16 октября. Появился небольшой жар, головная боль, ребенок побледнел, неохотно принимал пищу, но еще не жаловался на горло. Все думали, что это незначительная простуда. К вечеру жар усилился, ночь была очень беспокойна, на другой день была заметна опухоль околоушных и шейных желез и ребенок начал жаловаться на боль при глотании. Послали за доктором. При первом же визите, осмотрев горло несчастного ребенка, доктор категорически объявил, что это «дифтерит» и что никакой надежды на выздоровление нет, а остается только ждать в близком будущем неминуемой смерти маленькой пациентки. Бросились за другим аллопатом. Тот приехал, осмотрел ребенка, пожал плечами и сказал, что ничего сделать не может. Тем не менее он назначил внутрь микстуру с соляной кислотой, а снаружи кантаридную мазь, которая в несколько часов превратила всю поверхность шеи несчастной девочки в одну громадную язву. Прижигания адским камнем, которые врач пытался производить при каждом визите, к счастью, не удались, так как, несмотря на все старания, ребенок не мог достаточно открыть рта. Весь дом был объят ужасом. Ужас этот удвоился, когда на другой день утром заметили, что и маленькому двухлетнему мальчику нездоровится. Тотчас поскакали за доктором. Тот опять приехал и сразу порешил, что и у этого дифтерит и что спасения никакого нет. В среду 19, утром в 8 часов, маленький скончался после 24-часовой болезни, а к вечеру умерла и девочка в страшных страданиях. Долго я не мог оправиться от подавляющего впечатления этого ужасного события. Неужели, думал я, медицинская наука так бессильна? Вымирает половина будущего поколения, и медицина не знает ничего, ничем не может помочь! И, наконец, если уже нет никакого спасения, зачем же так варварски мучить и истязать больного ребенка? Зачем эти мушки и проч., которые еще увеличивают страдания, не принося ни малейшей пользы?» (Дитман В. А. Почему я сделался гомеопатом. Письмо в редакцию журнала «Русская речь». СПб., 1881).

В то же время в «Правительственном вестнике» было опубликовано подписанное высшими российскими медчиновниками решение Медицинского совета, посвященное в основном личности д-ра Дитмана и лишь в очень незначительной степени — сущности его предложения. Как и всегда в споре аллопатии и гомеопатии, предложение испробовать гомеопатию было с негодованием

отвергнуто на основании исключительно умозрительных концепций и отвлеченных рассуждений, имевших в своей основе железное «этого не может быть, потому что не может быть никогда»<sup>35</sup>. Сей неизбывный страх клинического сравнения двух методов, которым тяжело «заболела» аллопатия после панъевропейских эпидемий холеры 1830 — 1840-х годах, когда выяснилось неоспоримое преимущество гомеопатии и, что самое главное, не только полная неэффективность, но и вредоносность аллопатического лечения (кровопускания, каломель, рвотные и пр.), аллопатам не удавалось изжить очень долго. Сравнение гомеопатии и аллопатии — это предмет для отдельного разговора; сейчас я хотел бы напомнить читателям лишь факты, относящиеся к истории лечения дифтерии.

*Corynebacterium diphtheriae* был обнаружен Эдвином Клебсом (1843-1913) из университета в Цюрихе в 1883 г., а в 1884 г. немецкий бактериолог Фридрих Лефлер (1852 -1915) из университета в Грейсвальде сумел вырастить коринебактерии на искусственной среде и показать, что именно они вызывают дифтерию. Дифтерийный токсин был выделен французским микробиологом Эмилем Ру (1853 -1933) в 1888 г., а в 1891 г. немец-

34 Бразоль Л. Е. Д-р В. А фон Дитман (1842 — 1904) // Врач-гомеопат. 1904, 8 — 9, с. 358

- 362. Об этой истории см. также: Трифоновский Д С. По поводу нападок на учреждение больницы для лечения дифтеритных больных гомеопатией. М., 1883.

35 Журнальное постановление Медицинского совета 7 декабря 1882 года, № 457 //

Правительственный вестник. 1882, № 283.

кий микробиолог и иммунолог Эмиль Адольф фон Беринг (1854 -1917) вместе с японским исследователем Шибасабуро Китасато (1852 -1931) разработал противодифтерийную сыворотку (за что Беринг в 1901 г. был удостоен Нобелевской премии), которую он получал при иммунизации животных дифтерийным токсином, и в 1891 г. ее впервые успешно применил. В России использовать сыворотку первым начал проф. Г.Н. Габричевский (1860 — 1907) в 1893 -1894 гг.

При фактическом отсутствии хотя бы сколь-нибудь эффективного аллопатического лечения дифтерии гомеопатическое лечение, об успешности которого заявлял далеко не один д-р Дитман, было отвергнуто без всякой проверки, лишь по праву сильного и имеющего власть решать, чем следует лечить народ! Чтобы закончить тему использования цианистой ртути для лечения дифтерии, приведу еще одну цитату из старого российского гомеопатического журнала: «Аллопаты торжествуют, получая 20-30 проц. смертности при сыворотке. Но те же аллопаты, применявшие гомеопатический цианистый меркурий, получали проц. смертности несравненно меньший. Так, аллопат д-р Коте получил 3-4 проц. смертности, д-р Зельден лично 2,5 проц.; он же собрал из литературы свыше 700 случаев других врачей с общей смертностью в 7,5 проц. ("Альгемайне медицинише центральцайтунг», 1886, № 37) «36.

Справедливости ради следует сказать, что судьбу гомеопатов разделяли и другие «ненаучные» врачи. Так, врач-натуропат Линкольн Грэхем сообщил в своей книге, что он лечил 400 человек, заболевших гриппом во время печально известной эпидемии гриппа ("испанки"), и не потерял (как и многие гомеопаты — см. главу «Грипп») ни одного пациента. Во время эпидемии дифтерии в Берлине в 1900 г. через его руки прошло 28 пациентов, и все они выздоровели. Метод Грэхема был очень прост: 1) полный отказ от еды до выздоровления; 2) стакан воды, желательна ключевой, каждый час; 3) ежедневная «высокая» очистительная клизма; 4) холодные влажные обертывания грудной клетки при симптомах пневмонии. Другой врач-натуропат, д-р Райт, который написал предисловие к книге Грэхема, сообщил, что он был крайне скептичен в отношении столь упрощенного метода лечения тяжелейших болезней до тех пор, пока не решился применить его сам в своей практике, а д-р Гюнтер, в клинике которого д-р Грэхем проводил лечение заболевших дифтерией, убедившись в эффективности этого метода, сообщил: Федоровский Н. О безусловном вреде прививок // Врач-гомеопат. 1907, 7 — 9, с. 234 — 252.

способа, поспешил в берлинский госпиталь «Шарите» и предложил применить его там. Предложение было тем актуальнее,

что расхваленная противодифтерийная сыворотка в ту эпидемию чаще всего оказывалась совершенно бесполезной. Там он получил... твердый и решительный отказ. Подтекст: пусть-де малыши лучше «научно» умирают, чем «ненаучно» выздоравливают. Строгое следование принципам, пусть и во вред больным, и в этот раз оказалось дороже здравого смысла<sup>37</sup>.

Метод Грэхема был далеко не единственным, предложенным натуропатами для лечения дифтерии. В 1930-х годах в научной периодике публиковались многообещающие экспериментальные данные относительно эффекта воздействия витамина С на дифтерийный токсин<sup>38</sup>, что не прошло мимо внимания некоторых врачей. В 1957 г. д-р Фред Кленнер опубликовал статью, в которой делился своими успехами в лечении различных инфекционных заболеваний, в том числе и дифтерии, с помощью витамина С. Особенно тяжелым пациентам он вводил витамин С внутривенно по два-четыре грамма каждые два-четыре часа. Эффект, по словам д-ра Кленнера, был поразительный. С тем большей горечью он писал: «И тем не менее есть врачи, которые скорее будут стоять и наблюдать, как их пациент умирает, чем используют аскорбиновую кислоту — и все лишь потому, что в их ограниченном воображении она может существовать только как обычный витамин»<sup>39</sup>. В своей публикации в 1971 г. он описал случай, когда он и его ассистенты вводили маленькой девочке, заболевшей дифтерией носа, 10 г аскорбиновой кислоты шприцем на 50 мл каж-

<sup>37</sup> Цит. по: James W. Immunization: The Reality Behind the Myth. 1988, p. 116 — 117.

<sup>38</sup> Harde E., Phillippe M. M. Observations on the Antigenic Activities of Combined Diphtheria Toxin and Vitamin C // Comptes Rendus Hebdomedaires des Seances de L'Academie des Sciences. 1934; 199:738 — 739; Jungeblut C L, Zwemer R. L Inactivation of Diphtheria Toxin in Vivo and in Vitro by Crystalline Vitamin C (Ascorbic Acid) // Proceed Soc Exp Biol Med. 1935;

32:1229 — 1234; Sigal A, King C G. The Influence of Vitamin C Deficiency upon the Resistance of Guinea Pigs to Diphtheria Toxin // Pharm Exp Therap. 1937; 61:1 — 9; Kligler I. J. et al.

Effect of Ascorbic Acid on Toxin Production of *C Diphtheriae* in Culture Media // *J Path Bac.*

(London), 1937; 45:414 — 429. Благодарю Хилари Батлер (Новая Зеландия), обратившую внимание на эти публикации. Интересно, что в первой из них авторы указывают,

что необыкновенная устойчивость мышей к воздействию дифтерийного токсина может объясняться их способностью синтезировать собственную аскорбиновую кислоту,

в то время как морские свинки и человек этой способности лишены.

39 Юепег F. R. The black widow spider // *Tri-State Medical Journal*. Dec 1957. На положительный эффект витаминотерапии, а также гипербарической оксигенации указывалось и во время последней эпидемии дифтерии в России. См.: *Lumio J. Studies...*, p.

54. К сожалению, детали были автором опущены.

дые восемь часов в течение суток, а затем дважды с перерывом в двенадцать часов. После этого ребенок получал 1 г лекарства в таблетках каждые два часа. Девочка полностью выздоровела<sup>40</sup>.

Разумеется, я сообщаю все эти факты не с целью рекомендовать какой-то метод лечения или отговаривать от него. Я хотел бы лишь привлечь внимание читателей к тому абсурдному положению вещей, когда многоголосый хор медиков и невежественных СМИ, подкармливаемых производителями лекарств, дружно уверяет население в том, что никакой разумной альтернативы одобренным официозом методам профилактики и лечения (в данном случае сывороткам и вакцинам) не существует и существовать не может, в то время как уже показавшие в прошлом свою эффективность эмпирические методы, которые нельзя запатентовать и которые не могут быть использованы в целях обогащения групп интересантов, замалчиваются и не изучаются.

Еще немного о гомеопатическом лечении дифтерии. Кроме *Mercurius cyanatus* можно рекомендовать нозод *Diphtherotoxinum* (практически заменивший некогда бывший очень популярным *Diphtherinum*X) и такие препараты, как *Ailanthus* (полубессознательное состояние, серовато-синее горло, красное

лицо, отвратительный запах изо рта), *Arsenicum album* (резкий упадок сил и прострация), *Lachesis* (болезнь начинается на левой стороне и переходит на правую), *Lycorodium* (болезнь начинается на правой стороне и переходит на левую), *Amm triphyllum* (дифтерия носа)<sup>42</sup>. Все эти лекарства можно давать в 30-м сотенном разведении каждый час до улучшения состояния. Упомянувшийся выше д-р Карл фон Виллерс писал о *Mercurius cyanatus*:»... При моих многолетних наблюдениях я дошел до 30-го сотенного разведения, которое я теперь при лечении дифтерита употребляю исключительно, причем я приобрел непоколебимое убеждение, что с увеличением растворения верность и скорость действия циани-

40 Шеппер F. Observations On the Dose and Administration of Ascorbic Acid When Employed Beyond the Range Of A Vitamin In Human Pathology // *JAppl Nutr.* Winter 1971; vol. 23, No's 3 & 4.

41 Подробнее о гомеопатических нозодах для лечения дифтерии и ее осложнений см.

главу «*Diphtherinum, Diphtherotoxinum, Diphthericum* — нозоды дифтерии» книги А. П.

Иванива «*Materia medica, история и практика использования биотерапевтических средств (нозодов, саркодов и органопрепаратов) в гомеопатической и интегративной медицине*»). Одесса. 2002, с. 152 — 159.

42 В своем классическом руководстве проф. С. Лилиенталь описывает 55 препаратов,

которые могут потребоваться при лечении дифтерии (*Lilienthal S. Homeopathic Therapeutics. 1890, republ. Indian Books & Periodicals Publishers, p. 317 — 324*).

стого ртути растет и усиливается"<sup>43</sup>.

Впрочем, я искренне надеюсь, что моим читателям не придется не только лечить дифтерию, но даже когда-либо видеть ее. Токсические формы болезни, как было сказано выше, характеризуются быстро меняющейся клинической картиной и стремительным ухудшением состояния больного, и надо обладать немалым гомеопатическим опытом и знаниями, чтобы чувствовать себя уверенным в лечении

таких пациентов. Родителям, обеспокоенным вспышкой или эпидемией дифтерии по соседству, может быть предложена хорошо зарекомендовавшая себя гомеопрофилактика *Mercurius cyanatus*?<sup>4</sup> или одним из упоминавшихся выше нозодов дифтерии.

Наличие или отсутствие иммунитета к дифтерии до широкого распространения серологических методов определялось тестом, названным по имени венгерского педиатра, профессора Белы Шика (1877 -1967), открывшего его в 1908 г. и пятью годами позднее предложившего для массового выявления восприимчивых к дифтерии детей. Тест заключается во внутри-кожном введении 1/50 минимальной летальной (для морской свинки) дозы дифтерийного токсина; появление инфильтрации и воспаления в месте инъекции считается показателем отсутствия иммунитета к дифтерии. Из-за нескольких детских смертей этот «безопасный» тест был запрещен в Австро-Венгерской империи и вообще встречен в Европе не слишком дружелюбно. Гораздо больший интерес к нему проявили американцы, особенно производители биопрепаратов, и в США Шик и Ко сделали на нем хорошие деньги<sup>45</sup>. Субъективность и ненадежность этого теста не раз становились<sup>43</sup> Гомеопатическое лечение..., с. 52. Там же д-р фон Виллерс поместил следующие данные: при лечении низкими, десятичными разведениями цианистой ртути продолжительность болезни не сокращалась и смертность достигала 28% (что тем не менее было ниже результатов обычного аллопатического лечения), но при лечении тем же препаратом в 30-м сотенном разведении она равнялась лишь 0,666% (с. 53).

<sup>44</sup> Уже при Советской власти, когда гомеопатам было запрещено лечить острые инфекционные болезни, исследования, проведенные д-ром Локоткиной в 1930-х годах в ЛОР-клинике Всесоюзного института экспериментальной медицины (ВИЭМ), находившегося тогда в Ленинграде, показали высокий эффект воздействия *Mercurius cyanatus* на токсические штаммы коринебактерий — те исчезали буквально в считанные дни после начала лечения этим препаратом. См.: Габрилович Н. Е. О возможности эффективной борьбы с дифтерийным бациллоношением // Ленинградская городская конференция эпидемиологов, микробиологов и лечащих врачей. Вопросы борьбы с дифтерией. Тезисы докладов. 20 — 22

октября 1940 г. Л., 1940, с. 37 — 39. Это исследование не вызвало ни малейшего интереса, хотя «особую опасность представляют бактерионосители: вакцинация дифтерийным анатоксином в этом случае оказывается малоэффективной!» (Медуницын Н. В. Вакцинология. М., 1999, с. 139).

45 McBean E. The poisoned needle. Suppressed facts about vaccination. 1957.

предметом дискуссий. Публикации 1930-х годов очень хорошо показывают колебания врачей: не верить тесту Шика, или не верить в защитную силу прививок, или же вообще не верить ни тому ни другому. Например, английский врач Мессингхэм сообщал: «Имеющие положительную реакцию Шика, несмотря на многократный контакт с инфекцией, не заражаются дифтерией, а наличие вирулентных штаммов возбудителя в своем горле не мешает людям оставаться в отличном здоровье»<sup>46</sup>. Из Эдинбурга в 1927 г. сообщили о 54 детях, заразившихся дифтерией, несмотря на отрицательный результат теста Шика<sup>47</sup>. Из Института Коха в Берлине было сообщено о том, что «даже после неоднократного заболевания дифтерией у детей все еще обнаруживается положительная реакция Шика»<sup>48</sup>.

В советской литературе сомнения относительно ценности пробы Шика также нашли свое отражение: «На съезде германских педиатров (1931) реакция Шика подверглась резкой критике. Так, Поккельс отметил, что «к сожалению, реакция Шика еще играет известную роль в литературе». Колле заявил, что реакция Шика является недостоверной пробой...». «Ревизия» реакции Шика проводилась также многими советскими учеными... Подводя итог литературной полемике вокруг вопроса о значимости реакции Шика, П. Ф. Здродовский писал: «Реакция Шика может быть недостоверной в каждом отдельном случае, но применительно к целым коллективам она может отображать общие закономерности в полном соответствии с действительностью...»<sup>49</sup>. Поскольку отрицательная реакция Шика может привести к ненужной прививке дифтерийного анатоксина этому «каждому отдельному случаю» и соответственно к дополнительной парентеральной антигенной нагрузке и

неоправданному введению токсических веществ, то желательно, чтобы ее сменила более точная проба. Ныне, как правило, проводятся серологические исследования, однако во многих странах тест Шика все еще продолжает применяться. Здесь интересно отметить, что, возможно, тест Шика связан вовсе не с наличием или отсутствием антител к дифтерийному токсину, а с какими-то более глубокими и пока еще неизвестными механизмами иммунитета, которые, вероятно, использует и гомеопатия.

В гомеопатической литературе нередко цитируется проведенный в 1932 г. эксперимент известного французского врача-гомеопата Пьера<sup>46</sup> *Lancet*. February 25, 1928, p. 416.

47 Annual Report for Edinburgh. 1927.

48 *BMJ*. October 31, 1936, p. 69.

49 Цит. по: Сиземова Г. А. Дифтерия, с. 45 — 47.

Шаванона (1898 -1962), который дал две дозы *Diphtherotoxinum* 4M с интервалом в шесть-восемь недель 45 детям с отрицательной реакцией Шика, после чего >> всех 45 реакция Шика стала положительной<sup>50</sup>. Разумеется, не следует переоценивать результаты этого эксперимента, утверждая, что все 45 стали защищенными от дифтерии. Но те же самые сомнения будут верны и для дифтерийного анатоксина! Подтверждением гипотезы о вовлечении в процесс защиты от дифтерии других иммунных механизмов, не связанных с антителами, может служить и малоизвестное исследование девяти британских ученых середины прошлого века, в котором было показано, что проверка уровня антител к токсину у заболевших дифтерией (на примере вспышек дифтерии в Англии в 1939 — 1942 гг., особенно в Данди в 1941 -1942 гг.) никакой связи между заболеваемостью дифтерией и присутствием антител не обнаружила: дифтерией «успешно» заболевали те, у кого уровень антител значительно превышал считающийся «защитным», в то время как при несомненном контакте с больными дифтерией те, у кого антител не было вообще, оставались здоровыми<sup>51</sup>. Разумеется, британские медицинские власти сделали вид, что никакого исследования, полностью опровергающего теорию прививочного иммунитета, сделано не было, а само исследование упрятали под сукно.

Читающих эту главу в первую очередь, вероятно, будет интересовать вопрос о недавней вспышке дифтерии в странах СНГ и Балтии в 1990-х годах. Об этом речь пойдет ниже; пока что поделюсь с читателями некоторыми интересными сведениями о причинах этой вспышки. Оказывается, главными пособниками дифтерии были... медработники! Вот несколько примеров.

"На психологии населения, и в первую очередь на медицинских работниках, заметно отразилась серия публикаций в специальной медицинской литературе и в популярных медицинских изданиях, а также на телевидении и радио о вреде прививок и низком качестве вакцин. Больше всего непривитых оказалось среди медработников и членов их семей... Отрицательное отношение некоторых медиков и населения к вакцинации усугубляется<sup>50</sup> См., например, Golden I. Vaccination? A Review of Risks and Alternatives. 5th ed., Australia, 1998, p. 79.

<sup>51</sup> Hartley P. et al. A Study of Diphtheria in Two Areas of Great Britain. British Medical Council.

London, May 1950, Report No. 272. Подробнее о деталях исследования см.: Bayley B. M.

The Story of the Salk Anti-Poliomyelitis Vaccine, 1956; перепечатано в: Chaitow L.

Vaccination and Immunization: Dangers, Delusions and Alternatives. England, Rev. ed.

1998, p. 48 — 50.

еще и тем, что случаи заболевания наблюдаются и среди привитых"<sup>52</sup>.

"Особую тревогу вызывает рост частоты отказов родителей от прививок, причем среди этих родителей много медицинских работников"<sup>53</sup>.

"Эффективность принимаемых мер могла быть гораздо выше, если бы не систематические негативные выступления в средствах массовой информации всем хорошо известных людей. Как ни странно, эти выступления оказывают наибольшее отрицательное влияние не на общую популяцию города, а на отношение к вопросам

иммунизации медицинских работников, обслуживающих взрослое население"<sup>54</sup>.

Конечно, ларчик открывается просто, и ничего странного здесь нет. Привыкшее верить в авторитеты население, «общую популяцию», можно убедить в безопасности вакцин, содержащих «в соответствии со стандартами ВОЗ» ртуть, формальдегид и алюминий. Но когда о составе вакцин и о тех условиях, в которых они изготавливаются и тестируются, узнает наконец осведомленный в токсикологии медицинский работник, которого на мякине болтовни о безвредности многократного парентерального введения ядов не проведешь, то его реакция совершенно предсказуема, как реакция всякого нормального человека. Он просто стремится оградить себя и своих близких от прививок. Ну а когда он узнает также о «невероятно редких» осложнениях и перед глазами привитые, болеющие ничуть не хуже непривитых, то желания принимать участие в прививочном экспериментировании со здоровьем своих детей становится еще меньше.

Трудно сказать, каков же был в действительности прививочный «охват» в республиках бывшего СССР. Конечно, развал империи и развал системы здравоохранения не мог способствовать большому «охвату», но все-таки, сколько же было привитых и непривитых? В материалах доклада и в своей книге<sup>55</sup> Г.П. Червонская приводит примеры противоречащих друг другу заявлений медицинских чиновников относительно реальных цифр заболеваемости дифтерией в Москве в 1992 — 1993 гг.; разница в количестве заболевших достигает полутора-двух раз! Со статистикой «охвата» дела<sup>52</sup> Моисеева А., Маршевский В. Эпидемия дифтерии на Украине // Дифтерия в Европе 1985 — 1992 гг. // Совещание по эпидемии дифтерии в Европе. Санкт-Петербург,

5-7 июля 1993 г. СПб., 1993, с. 33.

53 Рейтер А., Курмангалиева А. Заболевание дифтерией в Казахстане. Там же, с. 54.

54 Люткина И., Лемкевич Р. Массовая иммунизация против дифтерии в Москве: опыты проблемы. Там же, с. 57.

55 Червонская Г. П. Мифы и правда о прививках // Вакцинопрофилактика и правачеловека. Доклад РНКБ. М., 1994, и

Червонская Г. П. Прививки: мифы и реальность.  
М., 2002, с. 60 — 61.

обстоят еще хуже. Невозможно найти точные цифры того, сколько же было привитых и непривитых к моменту начала вспышки, но даже если бы они и были опубликованы, им, как любой статистике, выходящей из-под пера вакцинаторов, вряд ли можно было бы доверять. Ограничусь несколькими цитатами: «В 1991 -1992 гг. уровень ниже 90% охвата прививками с дифтерийным анатоксином был в следующих странах: Грузия — 45%, Ирландия — 65, Азербайджан — 69, Турция — 72, Россия — 73, Литва — 78, Югославия (Сербия и Черногория) — 79%"<sup>56</sup>. Российские 73% вовсе не выглядят катастрофически низким уровнем. Другие авторы не вдаются в такие подробности, но зато охотно указывают на первопричину всех бед: «...начиная с 1972 г. вследствие беспрецедентной кампании против профилактических прививок уровень привитости на территории России и других стран СНГ (?? -А.К.) стал быстро снижаться: в конце 80-х годов он достиг критической отметки — 50% и ниже, что привело к быстрому подъему заболеваемости"<sup>57</sup>. Или: «В Москве ежегодно отказываются от прививок от 6 до 8 тыс. человек, а в Саратовской области отказы от прививок составляют более 6% и в целом по этой области по разным причинам не привиты против дифтерии более 11 тыс. детей, подлежащих вакцинации.. -"<sup>38</sup>.

Однако впечатление, что заболеваемость «вследствие беспрецедентной кампании» неуклонно нарастала в 1980-х годах и вылилась в эпидемию в 1990-х годах, совершенно ошибочно. В архивах Минздрава СССР я нашел следующие данные, которые приводятся ниже в виде таблицы. Украина, также сильно пострадавшая от эпидемии дифтерии 1990-х годов, была взята мною для сравнения.

Обращает на себя внимание, что число заболевших среди взрослых в любом году было значительно выше, чем среди детей (и такое распределение почти точно повторилось во время эпидемии), и что в последние четыре года 1980-х заболеваемость дифтерией в РФ была вполне стабильна и при этом существенно ниже

заболеваемости предшествовавших им трех лет. Я не имею точных данных о численности населения РФ в эти годы, чтобы сделать подсчет, но не вижу оснований ставить под сомнение сообщение о том, что «в 1986 -1989 гг. показатели заболеваемости были в пределах 0,38 — 0,5 на 100 тыс. населения... С1986 г. намети-

56 Облапенко Г., Галазка А. Дифтерия в Европе в 1985 — 1992 г. // Собрание..., с. 14.

Ъ1Учайкш В.Ф. Вакцинопрофилактика..., с. 112. «Беспрецедентной» никогда не существовавшую кампанию по непрививанию в СССР могли назвать только люди, ни в малейшей степени не знакомые с историей борьбы против прививочного насилия в разных странах. Надеюсь, что моя книга поможет им ликвидировать этот пробел в образовании.

58Садовникова В. К, Жилина Н. Я. Массовая иммунизация // Собрание..., с. 59.

#### Таблица 1

ЧИСЛО заболевших дифтерией в РСФСР и УССР за 1983 -1989 гг. (в скобках — в возрасте до 14 лет)59

1983 г.

1984 г.

1985 г.

1986 г.

1987 г.

1988 г.

1989 г.

РСФСР1284 (305)

1319 (320)

1187 (263)

773 (195)

755 (222)

565 (32)

593 (75)

УССР53 (23)

62 (19)

75 (23)

97 (28)

92(25)

81 (17)

59 (25)

лась тенденция к снижению смертности от дифтерии"<sup>60</sup>. Это низкая заболеваемость и, вероятно, соответствующая данным таблицы. Также вполне разумен и другой вывод:»... в 80-е годы стало ясно, что массовая иммунизация детей не только не ликвидировала заболеваемость дифтерией, но даже не предотвратила ее периодические подъемы"<sup>61</sup>. И прежде чем ненадолго расстаться с эпидемией дифтерии, вакцинаторской любимицей последних лет, стоит добавить, что эта эпидемия была если не ожидаема, то вполне предсказуема, и при этом вне всякой связи с наличием или отсутствием прививок. Вспышки дифтерии в развитых странах (в начале 1970-х годов в США, в 1984 -1986 гг. в Швеции) неизменно случались в среде алкоголиков и наркоманов из числа бродяг. Логично было предположить, что стремительное обнищание огромного количества людей, развал системы здравоохранения и появление беженцев станут питательной почвой для распространения инфекционных болезней. Однако никто об этом всерьез не задумался. А это необходимо было сделать хотя бы для того, чтобы предупредить врачей быть более бдительными в отношении болезней, редко встречавшихся в последние годы. Тогда не было бы ситуации, при которой «первоначально диагнозы ГАРФ, ф. № 8009, оп. №№ 50 (цела № 678 и 3977) и 51 (цела № 1075, 1591 — 2, 2147

- 8, 3362, 4119 — 20).

<sup>60</sup> Покровский В. И. Эволюция..., с. 229.

<sup>61</sup> Там же, с. 230. Авторы, почувствовавшие, что эти сведения могут быть «неправильно"

истолкованы, поспешили добавить: «Тем не менее прививки оказали существенное влияние на уровень заболеваемости и тяжесть течения дифтерии. Показатели заболеваемости в 80-е годы были ниже в 1180 раз, а смертность — в 6000 по сравнению с началом века (1906 — 1910)». (Гам же). Жаль, что авторы не сравнили

заболеваемость дифтерией и смертность от нее в конце XX в. с таковыми в 60-х годах XIX в., а лучше всего — сданными XVI в., когда в Европе впервые была детально описана эта болезнь. Были получены, несомненно, еще более впечатляющие цифры «в пользу прививок».

"дифтерия» даже у заболевших токсическими формами, включая случаи с последующими летальными исходами, был поставлен только в 37,8% случаев"<sup>62</sup>. Как всегда, надеялись на авось...

Вакцина  
Подробнее о прививке АКДС (DPT) речь будет идти в главе, посвященной коклюшу. Здесь я дам только некоторые исторические сведения и краткую информацию о безопасности и эффективности дифтерийного анатоксина. Считается, что введение в практику противодифтерийной сыворотки помогло значительно снизить смертность от дифтерии при ее аллопатическом лечении<sup>63</sup>. Правда, здесь есть одно маленькое «но». Дело в том, что практически одновременно с появлением сыворотки рутинным сделался анализ мазка из горла, и все те многочисленные случаи мягкой, доброкачественно протекающей дифтерии, которые раньше доктора считали ангиной, а также разнообразные крупы, скарлатина без выраженной сыпи и др., неожиданно оказались случаями полноценной дифтерии.

Как известно, смертность от определенного заболевания есть отношение числа умерших от него к числу заболевших им. Отсюда следует, что увеличение регистрируемого числа заболевших может существенно снизить смертность, хотя реально количество смертей может оставаться неизменным или даже увеличиваться<sup>64</sup>. Кроме того, также известно, что сыворотка эффективна в первые два, максимум три дня болезни. Значит, чтобы начать лечение сывороткой, надо прежде поставить правильный диагноз болезни, а правильный ранний диагноз улучшает прогноз и без сывороточного лечения. В своей книге лондонский хирург Б. Бейли, упоминавшийся мною в главе о натуральной оспе, даже указывает, что в течение 30 лет, последовавших за введением сывороточного лечения в 1894 г., количество смертей от дифтерии в Англии и Уэльсе (5197) превысило таковое за предшествующие 30 лет (4676). При этом он подчеркивает,

что в то время как количество смертей от дифтерии на фоне «спасительного» лечения увеличилось, количество смертей от скарлатины и б2 Облапенко Г. Дифтерия... // Совещание..., с. 25.

63 Упоминается снижение с 40 — 50% до 5 — 10%. См.: Naiditch M. A study...

64 Именно на это как на возможную причину снижения смертности указывается в:

Singer C, Underwood E. A. The short history of medicine. 2nd ed., Oxf., 1962, p. 434 — 5.

коклюша значительно снизилось<sup>65</sup>. Оставляя в стороне спорный вопрос о реальном или мнимом снижении смертности благодаря сыворотке, отмечу, что применение сыворотки никак не могло повлиять на динамику самого заболевания. Хотя заболеваемость постепенно снижалась благодаря повышению жизненного уровня населения, дифтерия оставалась ведущей причиной детской смертности в первой четверти XX в.

Это заставило исследователей начать поиски вакцины. Разумеется, далеко не последнюю роль играли и чисто экономические соображения. Как и в случае с другими болезнями, дифтерийные прививки стали великолепным бизнесом для всех медиков, желающих вкушать из прививочной кормушки. Некоторые вакцинователи до того разошлись, что перестали даже соблюдать элементарные правила поведения, приличествующие человеку с дипломом врача. Д-р Гай Л. Кифер, чиновник Службы здравоохранения штата Мичиган, ничуть не стесняясь, написал в медицинском журнале своего штата в 1928 г.: «В этом штате ежегодно рождается 100 тыс. человек. С момента своего рождения практически все они восприимчивы к дифтерии, но особенно — с возраста шести месяцев и до момента, пока не будут привиты. Если все младенцы будут привиты и за каждого врач получит от 5 до 10 долларов, чистый заработок составит от 500 тыс. до миллиона долларов в год. В Мичигане ежегодно регистрируется 5 тыс. случаев дифтерии. Если врач получит 50 долларов за каждый случай, то общий доход составит 250 тыс. долларов. Значит, если прививать всех детей против этой болезни, то на ней, благодаря прививкам, врачи

смогут заработать больше на сумму от одной трети до трех четвертей миллиона долларов, не ожидая, пока ребенок заразится дифтерией и надо будет его лечить"<sup>66</sup>.

65 Bayku B M. The «Schick» inoculation for immunization against diphtheria. An Exposure of its Dangers and Fallacies. 1939. Для иллюстрации: «Если при сыворотке наблюдается меньший процент смертности, чем при прежнем лечении, то это результат лишь меньшей убийственности сывороточного яда, чем ядов прежнего лечения. Толковать же эту меньшую степень отравляющего действия сыворотки, как действие целебное и благодетельное, это значит умышленно извращать истину, умышленно совершать преступление» {Федоровский Н. О безусловном...}.

66 Journal of the Michigan State Medical Society. Aug. 1928. Цит. по: Shelton H. Vaccine... Там же Шелтон цитирует Вильяма Питерса, директора Службы здравоохранения в Цинциннати, советующего медикам, потерявшим немалый доход от фактической ликвидации тифа в штате вследствие очистки воды (отчего же не с помощью прививок?), «идти в народ» — шире практиковать «профилактические» проверки дошкольников и школьников. Результатом этого будут дополнительные прививки, удаленные миндалины, вырванные зубы и пр., что увеличит доходы врачей, хирургов и дантистов.

Поскольку коринебактерии, в том числе и в своих токсических штаммах, прекрасно живут в здоровом человеке, нимало его при этом не беспокоя<sup>67</sup>, то вопрос о вакцине обсуждается только в контексте иммунитета к дифтерийному токсину, который и вызывает болезнь, — препятствовать распространению болезнетворных штаммов возбудителя вакцина не может по определению. Однако и здесь есть немало проблем, причем не только практических, но даже чисто теоретических.

Как указывалось выше, перенесение самой болезни отнюдь не обещает прочного иммунитета; ясно, что еще меньше на него можно рассчитывать от прививки<sup>68</sup>. Значит, потребуется изрядное количество прививок анатоксина, назвать которые безопасными язык может повернуться только у прожженного прививочного

дельца или у человека, не знакомого с основами токсикологии. Называемая ВОЗ совершенно недостижимая, а потому заведомо абсурдная цифра в 95% антительно-иммунного всего (подчеркиваю не детского, а всего]) населения к дифтерии как средство эпидемиологической стабильности<sup>69</sup>, лучше любых рассуждений и выкладок говорит о том, что антитоксическая профилактика вызывает очень и очень большие сомнения. Так как речь идет о токсине, то понятно, что возможные проблемы, чтобы не сказать несчастья, должны быть связаны с технологией его инактивации, которая может быть недостаточной или вообще совершенно неадекватной, — о подобной проблеме мы еще будем говорить, обсуждая столбнячный анатоксин. Так же как и для столбняка, для дифтерии существует проблема цифрового выражения понятия «антитоксический иммунитет». Считавшийся ныне «защитным» титр антител (0,01 МЕ/мл) был произвольно определен в опытах с морскими свинками и может таковым не являться, например,

67 "Люди могут быть носителями вирулентных возбудителей дифтерии в своем горле, демонстрировать положительный тест Шика и при этом не выказывать никаких признаков болезни. Более того — даже исследование крови может не показать определяемых количеств антитоксина» (The Swab in Diphtheria // Medical Echo. October 1936; vol. 14, 55:56).

68 "Следует отметить, что уровень антитоксического иммунитета после введения дифтерийного анатоксина значительно ниже по сравнению с естественным иммунитетом, который формируется после перенесенного заболевания» (Медуницын Н.В.

Вакцинология, с. 139). Куда же еще ниже, когда и после перенесенного заболевания он непрочен? Это точно подметил южноамериканский врач Л. Гарсиа, еще в 1929 г.

написавший: «Все врачи видят случаи повторной дифтерии, а потому трудно поверить, что тот иммунитет, который не может дать природная дифтерия, даст прививка» // Arch Latino-Amer De Pediatria. January 1929.

69 WHO/UNICEF Strategy for diphtheria control in NIS. Copenhagen, 1995, CMDS01,

MT04. Цит. по: Lumio J. Studies..., p. 61.

дня алкоголика, наркомана, бродяги или хронически недоедающего (возможно, что важную роль при этом играет нехватка витамина С).

С другой стороны, для здорового, крепкого ребенка или взрослого человека (не говоря о людях, конституционально невосприимчивых к дифтерии) и в таком титре нет никакой необходимости — а ведь прививают всех поголовно, требуются вожделенные 95%! Сравнительно недавно появились публикации, в которых уже указывается, что титр 0,01 хорош для «эпидемиологических целей»; для индивидуальной защиты он должен быть выше 70. Так сколько же прививок нужно? Каждые два года? Каждый год? «Анализ материалов о противодифтерийной иммунизации 515 лиц, заболевших дифтерией в течение 1955 — 1959 гг., показывает, что большинство из заболевших (78,2%) были привиты против дифтерии, 69,6% заболевших получили последнюю противодифтерийную прививку за год и более от заболевания, то есть за довольно длительный период времени, в течение которого по каким-либо причинам противодифтерийный иммунитет мог снизиться. Следует отметить, что из числа заболевших лиц 7,7% подвергались второй и третьей ревакцинации (получили пять прививок), а 76,9% заболевших были иммунизированы только три-четыре раза» (выделено мной. -А.К)п. Если «три-четыре раза» это «только», если год становится уже «довольно длительным периодом времени» и даже получившие все пять прививок составляют вполне приличный процент заболевших, то вновь и вновь встает вопрос: так сколько же требуется прививок, чтобы быть защищенным? И как часто их нужно делать? Читатели вспомнят, конечно, иронию д-ра Снигирева, цитировавшегося мною в главе о натуральной оспе, который писал: «Жадно прислушиваясь к голосу жрецов оспопрививания, общество слышало равно: вне эпидемии они твердили о полном уничтожении предохранительным прививанием на определенный срок восприимчивости в организме к оспенной заразе, а едва начинала угрожать эпидемия, как они забывали об уничтожении восприимчивости и говорили, что нужно повторять

прививание.. "72. Если70 Efstratiou A., George R. C. Microbiology and epidemiology of diphtheria // Rev MedMicrobiol. 1996; 7:31 — 42.

71 Поволоцкий Я. Л., Мещенко В. М. Материалы по эпидемиологии и специфической профилактике дифтерии в Закарпатской области // Дифтерия. Сборник..., с. 59.

72 "Записка об оспопрививании и о значении статистики оспопрививания, представленная в Медицинский совет заведовавшим оспопрививанием в Петербурге совещательным членом Медицинского совета, доктором медицины В. С. Снигиревым, послушаю предполагаемого введения оспопрививания в Империю» {Правительственный вестник. 29.11.1875, № 267).

поменять «оспопрививание» на «дифтериепрививание», а «оспенную» на «дифтерийную», то разницы не будет ни малейшей.

Другая проблема, характерная, впрочем, для эпохи вакцин в целом, -неблагоприятное изменение эпидемиологических характеристик, заставляющее предположить, что вопрос с дифтерией не будет закрыт в обозримом будущем. Последняя эпидемия дифтерии в бывших республиках СССР показала, что надежда на полный курс прививок в детстве, как гарантию пожизненного иммунитета у подавляющей части взрослого населения, оказалась тщетной. Взрослые оставались здоровыми до тех пор, пока были нормальными санитарно-гигиенические условия их жизни, хотя при этом утверждалось, что они-де защищены прививками73. Когда же появились тысячи беженцев и начала стремительно разваливаться система санитарно-эпидемического надзора и пенитенциарная система, а армия оказалась за чертой бедности, то оказалось, что полученные в детстве прививки ни от чего защитить не в состоянии. Кроме того, бездумное интенсивное использование антибиотиков при любой боли в горле значительно снизило циркуляцию коринебактерий в человеческом коллективе и тем самым возможность получать антигенные «толчки», необходимые для формирования и поддержания иммунитета. В равной степени массовые детские прививки, хотя и не способные сами прерывать циркуляцию коринебактерий, не давали определенному проценту восприимчивых к дифтерии детей развить

даже самую мягкую форму болезни (например, заболеть вполне безвредной кожной дифтерией) и увеличить количество коринебактерий в человеческом обществе<sup>74</sup>. Лишенные, таким образом, контакта с коринебактериями, к дифтерии стали более восприимчивыми взрослые. Если до начала массовых прививочных кампаний дети составляли не менее 70% заболевающих, то в эпоху прививок дифтерией стали заболевать и от нее гибнуть в основном взрослые.

<sup>73</sup> Справедливости ради отмечу, что не сильно афишировавшиеся подозрения относительно истинной эффективности прививок при их реальном испытании плохими условиями жизни были и раньше. От дифтерии, несмотря на все сделанные по полной программе прививки, тяжело страдали американские солдаты в годы Второй мировой войны.

<sup>74</sup> См., например, van Geldermalsen A. A, Wenning U. A diphtheria epidemic in Lesotho,

1989. Did vaccination increase the population's susceptibility? // *Ann Trop Paediatr*.

1993; 13:13 — 19. Наличие этой проблемы было признано и россиянами во время борьбы с дифтерией: «... в связи с тем, что дифтерия стала редким заболеванием,

возможности приобретения или поддержания естественного иммунитета сужались.

Восприимчивыми к дифтерии стали взрослые» (Облапенко Г. Дифтерия... // *Совещание...*, с. 17).

Женщины, не контактировавшие в достаточной степени с коринебактериями и утратившие (если имевшие вообще) прививочный иммунитет к детородному возрасту, не могут передать антитела своим младенцам, оставляя их беззащитными перед дифтерией, в то время как в допрививочно-доантибиотическую эру дети были защищены материнскими антителами до шести месяцев жизни (именно поэтому цитирувавшийся выше мичиганский медчиновник говорил о том, что особенно восприимчивыми дети становятся с шести месяцев). Отсутствие такой защиты заставляет все более снижать возраст прививаемых, что не может не вызвать

законную тревогу. В России первая прививка делается в три месяца, в некоторых странах — уже в два. Очевидно, скоро потребуется делать ее сразу после рождения, а следующим этапом будет уже вакцинация в материнской утробе?

Дифтерийный анатоксин широко представлен на рынке вакцин. Он входит в состав поликомпонентных препаратов — АКДС (адсорбированная коклюшо-дифтерийно-столбнячная вакцина), АЦС-анатоксин (адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин), ДЦС-М-анатоксин (адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов) и ДД-М-анатоксин (адсорбированный дифтерийный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов). Кроме того, на российском рынке имеются вакцины компании «Авентис Пастер» — «Тетракок», «Д.Т. Вакс» и «Д.Т. Ддюлт». Консервантами во всех вакцинах, за исключением «Тетракока», является мертиолят (в «Тетракоке» — 2-феноксиэтанол). Дифтерийный и столбнячный анатоксины сорбируются на гидроксиде алюминия<sup>75</sup>. Поскольку токсины инактивируются формальдегидом, то понятно, что и он (в каком количестве — вопрос, связанный с технологией производства и контролем) будет обнаруживаться в вакцине.

Согласно последнему российскому прививочному календарю, дети получают курс из трех прививок в возрасте 3; 4,5 и 6 месяцев. Первая ревакцинация проводится в 18 месяцев, вторая — в 7 лет, третья — в 14. Взрослые должны ревакцинироваться от столбняка и дифтерии каждые 10 лет<sup>76</sup>.

Безопасность Одна из первых антидифтерийных вакцин была смесью дифтерийных<sup>75</sup> Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика..., с. 112 — 14.

<sup>76</sup> Анисимова Т. Б. Прививки: полный календарь, сроки, показания и противопоказания.

РнД, 2003, с. 10.

токсина и антитоксина. В Далласе (Техас) 12 и 13 ноября 1919 г. было сделано несколько сот прививок, приведших к трагедии. Хотя власти, как обычно, пытались преуменьшить ее размеры и сообщили лишь о 50 случаях осложнений от прививки, в действительности

пострадавших оказалось 120 (именно такое число фигурировало в позднейших отчетах), причем 10 детей скончались (7 — от токсемии, 3 — от паралича дыхательной мускулатуры)<sup>77</sup>. Практически у всех детей, получивших прививку, которая делалась в дельтовидную мышцу, в течение двух-восьми часов возникали невыносимые боли, после чего появлялись тошнота, рвота, отек мышц плечевого пояса, острый лимфангит. Д-р Парк, проверявший эту серию вакцины, обнаружил, что содержание свободного дифтерийного токсина в 50 (!) раз превышало допустимое. В Баде-не 8 сентября 1924 г. ребенок умер от дифтерии. В тот же день заболел другой и через три дня скончался. 12 сентября все 34 малыша (6 младенцев и 28 детей постарше), контактировавшие с заболевшими, получили прививку 1мл смеси токсина с антитоксином (инокуляционный материал Левенштейна-Буссона из Венского серологического института) подкожно в живот. Через день у многих начались явления некроза кожи, воспаление и отек распространялись в паховую и подмышечную области. У 6 привитых не было реакций вообще, у 11 — мягкие, у 17 — тяжелые. Несмотря на проводимое лечение, четыре младенца и трое детей старшего возраста скончались. На вскрытии у всех детей были обнаружены кровоизлияния в надпочечниках, за исключением одного ребенка, скончавшегося позднее всех, на 41-й день, от пахименингита.

Французский исследователь Гастон Рамон (1886 -1963) из Института Пастера первым разработал метод инактивации дифтерийного токсина формальдегидом, получив анатоксин, однако методы стандартизации и очистки были тогда настолько примитивны (и сегодня они остаются очень и очень несовершенными, что постоянно ощущают на себе тысячи прививаемых детей и взрослых), что многие вакцины, кроме очевидного вреда, не приносили ни малейшей пользы или, говоря современным языком, характеризовались очень низкой иммуногенностью. По этой причине широкого распространения в Европе прививки от дифте-

<sup>77</sup> Доктора и производитель долго перекладывали вину друг на друга. В итоге судебного разбирательства виновной была признана компания-производитель «Эйч Кей Мьюлфорд Ко», которая и выплатила родителям погибших детей компенсацию. Стрелочник был

найден компанией в лице распространителя вакцины, некоего Пирса Руссела. Подробнее см.: McBean E. The poisoned...

рии не получили<sup>78</sup>. Кроме того, даже спустя 10 -15 лет испытывавшие анатоксин врачи и хирурги подчеркивали, что он дает совершенно неприемлемое количество тяжелых побочных реакций (их испытывали до 80% прививаемых!), гораздо больше тех, что встречались при использовании токсина в смеси с антитоксином<sup>79</sup>. Использование смесей токсина с антитоксином и даже с рамоновским анатоксином продолжалось еще очень долго, пока не был сделан окончательный переход на прививки одним анатоксином. Известно немалое количество историй, когда дети становились жертвами дифтерийных прививок. Вот лишь некоторые.

В Бундаберге (Австралия) 27 января 1928 г. 8 детей получили вторую дозу дифтерийной прививки, а 13 — первую. В тот же или на следующий день тяжело заболели 18 из них; 11 скончались 28 января, а один — 29-го. Трое из погибших были сыновьями одной матери — в один день из-за прививки она потеряла всех своих, до того здоровых и веселых детей. Две умершие девочки также были из одной семьи; их брат тяжело заболел, но остался жив<sup>80</sup>. В Ташкенте в 1926 г. 14 детей «по ошибке» получили токсин вме-

<sup>78</sup> Российские авторы, вдохновленные искренним желанием продемонстрировать успехи прививок, видимо, заблуждаются, сообщая: «Высокоразвитые страны (страны Западной Европы, США, Канада, Япония) быстро наладили производство препарата Рамо-

на — дифтерийного анатоксина, и к началу 30-х годов приступили к массовой иммунизации детского населения, что привело к резкому снижению (в десятки раз) заболеваемости дифтерией» (Покровский В. И. Эволюция..., с. 218). Согласно другим, менее восторженным (и, вероятно, более точным) данным, из европейских стран прививки в 1930-

х гг. использовались лишь в крайне ограниченном масштабе, в основном в Германии и Венгрии. Во всех остальных европейских странах программа детских прививок стартовала лишь во второй половине 1940-х гг., да и то скорее как ответ на вспыхнувшие

вовремя Второй мировой войны уже подзабытые эпидемии. См.: Lumio J. Studies..., p. 58

- 59. В любом случае ясно, что ни обязательными, на даже массовыми прививки в Европе до Второй мировой войны не были. Так уроки противостояния населения прививкам против натуральной оспы не прошли даром — Министерство здравоохранения Англии крайне настороженно относилось к вакцинациям и, будучи прекрасно осведомлено об их непредсказуемости и опасности, не спешило горячо рекомендовать эту процедуру и в отношении дифтерии. См.: Lewis J. The Prevention of Diphtheria in Canada and Britain 1914 -1945 // / Soc Hist. 1986; 20:1, p. 163 — 176.

79 См. мнения врачей в Lancet. May 14th, 1932 (p. 1052 — 3); Medical Officer. May 26th,

1934 и др. Цит. по: Bayley B. The «Schick»...

80 Эта история изложена у Герберта Шелтона (Shelton H. Vaccine...). Стала она широкоизвестной лишь из-за того, что ею занималась комиссия парламента Австралийского Союза, опубликовавшая свой отчет 13 июня 1928 г. А сколько таких происшествий было скрыто, сколько неверных диагнозов, призванных обелить прививки, поставлено их жертвам?

сто анатоксина. 8 умерли той же ночью, 4 — позднее, на фоне полиневрита. Лечение анитоксином оказалось бесполезным. В Меделине (Колумбия) 48 детей с положительной реакцией Шика получили прививку в детском центре Лас Салас Кунас в октябре 1930 г., 16 из них умерли. В провинциях Ровиго и Венеция (Италия), как сообщалось, «несколько сотен» детей получили прививку в апреле 1933 г. Около 30 умерли. В Киото (Япония) 4 и 5 ноября 1948 г. 15561 ребенок в возрасте от нескольких месяцев до 13 лет получили вторую дозу антидифтерийной вакцины. В итоге 606 детей заболели, 9 скончались в следующие несколько дней и еще 59 — позднее. 80% заболевших и 90% умерших были младше двух лет<sup>81</sup>.

Разумеется, всегда, когда это было возможно, медики пытались скрывать такие факты от широкой публики — боясь расплаты за результаты своей «профилактики» и не желая дискредитировать

прививки. Хотя д-р Дж. К Марлин из лондонского госпиталя Гая сообщил своему начальству о 80 случаях (это лишь в одном госпитале, читатели!) паралича, возникшего у детей после прививки комбинированной вакциной против дифтерии и коклюша, доктора решили эту информацию «придержать», понимая, насколько она осложнит проведение кампании против дифтерии, под нелепым предлогом необходимости... проследить за восстановлением здоровья жертв прививок. Паралич у некоторых детей прошел в течение года, а некоторые так и остались парализованы<sup>82</sup>. Тот же д-р Марлин опубликовал в научном журнале свои наблюдения за 17 случаями полиомиелита, развившегося в течение 28 или менее дней после прививок, причем двое из пострадавших получили прививку против одной лишь дифтерии, а еще пять — комбинированную вакцину от дифтерии и коклюша<sup>83</sup>.

Вслед за ним опубликовали аналогичные наблюдения д-р Мак-Киоски из Мельбурна и д-р Джеффен из Лондона. Мак-Клоски изучил 340 случаев заболевания, которое было диагностировано как полиомиелит, и обнаружил, что в 31 случае за три или менее месяцев до его начала заболевший получал прививку и паралич развивался именно в той конечности, в которую делалась прививка. Джеффен решил относить к прививочным только те параличи, которые случились в течение четырех недель после вакци-

81 Wilson G. S. The Hazards of Immunization. L, 1967, p. 21 — 42. Немалое количество примеров тяжелых болезней и смертей после прививки от дифтерии приведено в:

Вауку В. The «Schick»...

82 Daily Express. April 10, 1950, и Combined injections for diphtheria and whooping cough may cause severe cases of infantile paralysis // Mercury (Hobart, Tasmania) April 11, 1950

(цит. по: McBean E. The poisoned...).

83 Archives of Disease in Childhood. March 1950 (цит. по: McBean E. The poisoned...).

нации, и только в той конечности, в которую делалась прививка. Он изучил все зарегистрированные в Лондоне с начала 1949 г. у детей младше пяти лет 182 случая полиомиелита и обнаружил 32

таких заболевших. В 21 случае для прививки использовалась комбинированная вакцина с дифтерийным и коклюшным компонентами, в 8 — один лишь дифтерийный анатоксин, в остальных — одна коклюшная вакцина<sup>84</sup>.

Хотя Министерство здравоохранения Англии пыталось преуменьшить значение этих публикаций, они вызвали общественную бурю, и министерство было вынуждено назначить собственное расследование. В отчете, подготовленном проф. Хиллом и д-ром Ноуэлденом и опубликованном в «Бритиш медикэл джорнэл» 1 июля 1950 г., было заявлено, что во время вспышки полиомиелита в 1949 г. зарегистрированы и такие случаи, когда паралич возникал в течение месяца после сделанной прививки. В свете этих публикаций в некоторых городах Англии прививки против дифтерии и коклюша начиная с июля были временно прекращены.

Кроме смертей и параличей указывались и иные осложнения дифтерийного анатоксина, которые при всем желании нельзя назвать безобидными. Так, д-р Мерсер из Вест-Юниона (Айова), прочитав сообщение д-ра Джесси Герстерли о внезапной смерти ребенка от острого нефрита, последовавшего за прививкой дифтерийного токсина<sup>85</sup>, решил исследовать, как почки реагируют на эту прививку. Из опубликованных им результатов явствовало, что у 27 из 125 детей (т.е. у 20%) в возрасте от 6 до 20 месяцев, получивших прививку, была обнаружена альбуминурия — появление белка в моче, тогда как до прививки она имела лишь у 13 (10%) из них. Заключение: «Многие выглядящие здоровыми дети имеют альбуминурию» и «Прививка токсина-антитоксина удвоила число страдающих от альбуминурии»<sup>86</sup>.

Наличие осложнений от прививок, содержащих дифтерийный анатоксин, признавалось и в СССР. Правда, лишь в кулуарах. В 1971 г. в материалах контролеров ГНИИСКА сообщалось: «..За ряд лет в контрольный институт поступили сведения о 20 детях, умерших после прививок АКДС, дифтерийно-столбнячным и дифтерийным анатоксинами..»<sup>87</sup>. Или вот цитата из письма М. Я. Студеникина (академика РАМН, директора Инсти-

<sup>84</sup> Lancet. April 8, 1950, и The Medical Officer. April 8, 1950. Цит. по: McBean E. The poisoned...).

85 The Medical Clinics of North America. March 1926. Цит. по: Shelton H. Vaccine...

86 Annals of Internal Medicine. Jan. 1929, p. 668. Цит. по: Shelton H. Vaccine...

87 ЖМЭИ. 1971, а 9, с 55. Цит. по: Червонская Г. П. Прививки... // Вакцинопрофилактика...

туда педиатрии РАМН): «Сотрудники института клиники НИИ педиатрии АМН СССР на протяжении многих лет (с 1965 г.) занимаются изучением поствакцинальных осложнений, поствакцинальной патологии. Клинические формы ее разнообразны: от незначительных местных реакций до тяжелых аллергических и неврологических осложнений. Именно вакцина АКДС, в меньшей степени ДЦС-М-анатоксин дают наибольшее число осложнений, нередко тяжелых... Большой процент детей освобождается от дальнейшей вакцинации из-за развития поствакцинальных реакций и тяжелых осложнений..."88.

Поскольку сегодня дифтерийный анатоксин вполне предусмотрительно вводят в состав поликомпонентных вакцин, то часто трудно выделить связанные именно с ним побочные эффекты. Однако они, несомненно, существуют.

"Все вакцины, содержащие дифтерийный анатоксин, относительно безопасны и не дают тяжелых осложнений, но все же последние возможны. Что касается АКДС-вакцины, то при ее введении осложнения обусловлены коклюшным компонентом. Среди всех вакцин наименее реактогенными считаются ДЦС-М и ДТ-Адюльт"89. Естественно, возникает вопрос, что именно позволяет так уверенно списывать осложнения на коклюшный компонент, в то время как имеются сведения об осложнениях после введения других «относительно безопасных» вакцин с дифтерийным анатоксином, но не будем на этом останавливаться. Поскольку в дальнейшем я более не вернусь к АКДС-М-анатоксину, которым планомерно прививают детей в шесть лет, подростков и взрослых, а также тех детей, у кого развились сильные общие реакции на вакцину АКДС, то лишь отмечу, что уже была продемонстрирована его очень низкая эффективность. Всего

через год после прививки «незащищенных» оказалось 20,1%, через 2 года — 35,5%, через 3 года- 80,1%<sup>90</sup>. Не очень понятно, почему такой препарат остается в прививочном календаре.

"Частота возникновения и выраженность реакций на дифтерийный анатоксин определяются как индивидуальной реактивностью, что может быть равнозначно наличию остаточного иммунитета, так и дозой вводимого дифтерийного анатоксина"<sup>91</sup>. Поскольку наличие «остаточного иммунитета» перед прививками не проверяется, то возможность поствак-

88 Там же.

89 Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика..., с. 119.

90 Крюков В. И. и др. Оценка эпидемиологической и иммунологической эффективности вакцинопрофилактики дифтерии и столбняка // ЖМЭИ. 1994, май — июнь, с. 57 — 61.

91 Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика..., с. 120.

цинального осложнения становится непредсказуемой. Что касается дозы, то исследователями неоднократно указывалось на то, что возможность ее стандартизации даже в принципе вызывает немалые сомнения; на практике же эта доза может различаться в десятки раз не только между производителями, но и в разных сериях и даже в одной серии одного и того же производителя. Особенно опасным становится такой разницей, когда речь идет о потенциально смертельных токсинах.

"ДЦ-М-анатоксин является одним из наименее реактогенных препаратов. У отдельных привитых в первые двое суток могут развиваться кратковременные общие (повышение температуры, недомогание) и местные (болезненность, гиперемия, отечность) реакции. В исключительно редких случаях могут развиваться аллергические реакции (отек Квинке, крапивница, полиморфная сыпь), незначительное обострение аллергических заболеваний. Учитывая возможность развития аллергических реакций немедленного типа у особо чувствительных лиц, за привитыми необходимо обеспечить медицинское наблюдение в течение 30 минут. Места проведения прививок должны быть обеспечены средствами противошоковой терапии. Лицам, давшим на введение

ДД-М-анатоксина тяжелые формы аллергических реакций, дальнейшие плановые прививки препарата прекращают"<sup>92</sup>.

Таким образом, даже считающийся наименее реактогенным препарат дифтерийного анатоксина способен вызывать все те же реакции, которые вызывают и другие вакцины, и даже привести к анафилактическому шоку. В связи с этим хотелось бы узнать, каким количеством жертв постпрививочных осложнений заплатило население стран СНГ за кампанию по массовому прививанию. К сожалению, таких сведений мне обнаружить не удалось. Единственные, ставшие мне известными цифры следующие: «Поданным ГИСК им. Л. А Тарасевича, за 3 года поступили сведения только о 78 случаях поствакцинальных осложнений, в том числе и о 8 случаях с летальным исходом. В 17 случаях (из них 7 случаев с летальным исходом) заключение о развитии поствакцинального осложнения было неправильным, так как причиной развившейся неврологической симптоматики были различные интеркуррентные заболевания, совпавшие по времени с проведенной прививкой. Не было зарегистрировано ни одного случая поствакцинального энцефалита"<sup>93</sup>. Кто бы сомневался, что всегда найдется такая «случайно случившаяся случайность», как интеркуррентное заболевание, на которое можно будет свалить смерть или увечье от прививки, благо, судьи — сами<sup>92</sup> Медуницын Н. В. Вакцинология, с. 140.

<sup>93</sup> Монисов А. Дифтерия... // Сопещание..., с. 28.

же обвиняемые. Так или иначе, но цифра в 78 осложнений ничего, кроме удивления, вызывать своей примитивной лживостью не может. Вероятно, это реальное количество осложнений для одного округа Москвы за один год усиленного прививания, но уж никак не для всей России за три года!

В материалах доклада РНКБ приводятся примеры того, как создавалось такое благополучие: «12 октября 1993 года в одном из НИИ, принадлежащих Госкомитету по санэпиднадзору, по приказу директора проводилась вакцинация «против дифтерии». Правда, препарат почему-то состоял из двух анатоксинов ДЦС. Из 170 человек на прививку явились 27. У семи были осложнения, причем у

троих — тяжелые, с вызовом «скорой». В результате: весь институт числится в группе «охваченных», про осложнения рекомендовано забыть, поскольку они нигде не зафиксированы. Одной из заболевших выдан больничный лист с первичным диагнозом «межреберная невралгия, осложнение на ДЦС», а заключительным — ОРЗ"94. Комментарии излишни.

Эффективность Как долго длится прививочный иммунитет? Приятно говорить о том, что «курс вакцинации обеспечивает формирование специфического иммунитета против дифтерии более чем у 95%"<sup>95</sup>, но данная цифра ничего не стоит, если через краткий срок этого иммунитета уже не обнаруживается. Напомню, что этот «курс вакцинации» — три прививки, каждая с ртутью, формальдегидом и алюминием и с отсроченными эффектами, которые никогда не изучались. Ответить на вопрос о длительности вакцинального иммунитета недавно пробовали в тщательно прививаемой Швеции, где был изучен уровень антитоксина в сыворотке крови у 457 детей в возрасте 6, 10 и 16 лет. Все эти дети получили три дозы анатоксина в младенческом возрасте, а шестнадцатилетние — еще одну дозу в возрасте 10 лет, вместе со столбнячным токсидом. Уровень ниже считающегося защитным 0,01 МЕ/мл имели 15% шестилетних детей, 48% (!) десятилетних и 24% шестнадцатилетних. После того как все дети получили дополнительную прививку, «защитным» уровень стал у 97%. «Системные реакции были малочисленными и умеренными. Местные реакции почти не имели клинического значения"<sup>96</sup>.

94 Червонская Г. П. Мифы... // Вакцинопрофилактика...

95 Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика..., с. 113.

96 Mark A. et al. Immunity and immunization of children against diphtheria in Sweden // Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 1989 Mar; 8:214 — 9.

Таким образом, каждый шестой-седьмой шестилетний и почти каждый второй десятилетний не были, по прививочным меркам, защищены. Это подтверждают и российские прививатели: «По данным одного исследования, иммунитет утрачивается через 1 год у 10% детей, через 3-13 лет — у 67% и через 14-23 года — у 83%. В

других исследованиях было показано, что через 1 год после введения трех доз АКДС-вакцины иммунитет утрачивали от 25 до 37% детей или титры антител снижались в 4 — 5 раз<sup>97</sup>. Значит, прививки требуются снова и снова... Но сколько же их на самом деле требуется, чтобы считать себя защищенным? Да и эффективны ли прививки вообще — не в образовании антител, а в реальной защите от дифтерии?

Хотя в СССР иммунизация детей дифтерийным анатоксином, включавшая в себя три прививки, была объявлена обязательной еще в 1940 г., не похоже, судя по данным российских авторов, чтобы это привело хоть к сколько-нибудь существенным результатам. Мало того: «Повторные ревакцинации в 4 и 8 лет в СССР были введены в 1947 г., однако эти меры существенно не повлияли на заболеваемость, так как прививки проводились не повсеместно<sup>98</sup>. Если бы авторы здесь уточнили, что это не повлияло на заболеваемость в тех местах, где прививки не проводились, то в этом была бы логика. Однако если ни вакцинации, ни ревакцинации никак не влияют на заболеваемость во всей стране до тех пор, пока прививки не становятся «повсеместными», то единственный возможный здесь логичный вывод, что прививки не обеспечивают никакой защиты, а тогда и нет никакого смысла добиваться их «повсеместности».

Заболеваемость дифтерией составляла в СССР в 1939 — 1940 гг. 114 — 117 человек на 100000 населения. В 1955 г. этот показатель равнялся 93». Сравните это с показателем 30 (!) в большинстве северных и центрально-европейских стран в 1938 г. без прививок и с показателем 3 в США при лишь 50%-ном «охвате» детей прививками от дифтерии<sup>100</sup>. Само собой разумеется, единственно возможный вывод вакцинаторов: «Основная причина этого заключалась в недостаточном охвате прививками детского населения...»<sup>101</sup>. Однако когда «охват» оказывался достаточным и даже более чем достаточным, и при этом привитые все равно заболевали,

97 Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика..., с. 117.

98 Покровский В. И. Эволюция..., с. 221.

99 Там же, с. 220 и 223.

100 Collins S. D. Diphtheria incidence and trends in relation to artificial immunization with some comparative data for scarlet fever // Public Health Rep. 1946; 61:203 — 40. Цит. по: Lumio J. Studies..., p. 58-59.

101 Покровский В. И. Эволюция..., с. 223.

на помощь приходили всякие вредоносные факторы, мешавшие прививкам выполнять их благородное предназначение.

Вот, например, что повествуется о вспышке дифтерии в Керчи, продолжавшейся с октября 1959 по конец марта 1960 г. Сообщив, что было зарегистрировано 200 заболевших и 381 бактерионоситель (двое заболевших в самом начале вспышки умерли), авторы начинают выкручиваться: «Анализ качества противодифтерийных прививок у 143 заболевших детей показал, что больше половины из них были привиты неполноценно»<sup>102</sup>. Итак, из 200 заболевших как минимум 143 были привиты (как минимум — потому что не указывается, все ли 200 заболевших были дети; возможно, было 20 — 30 привитых взрослых?). Недурной же показатель эффективности! Но что такое «неполноценно», кто это определил и как? Это недополученные прививки? Это неправильно проведенные прививки — например, просроченной вакциной? Нет, это совсем другое! Самому сметливому читателю ни за что не догадаться, как связаны «качество противодифтерийных прививок» и те объяснения, что следуют дальше: «Для выявления причин, которые могли бы оказать влияние на снижение прививочного иммунитета, нами была проанализирована заболеваемость детского населения города различными другими инфекциями на протяжении последнего года. При этом оказалось, что вспышке дифтерии предшествовало начало подъема заболеваемости корью, скарлатиной и ангинами. Клиническое течение дифтерии характеризовалось большим количеством токсических и субтоксических форм на протяжении всей вспышки (свыше 30%). Кроме того, обращал на себя внимание значительный процент ранних осложнений в виде миокардитов, в том числе у больных катаральной и локализованной формами дифтерии. Учитывая, что среди заболевших преобладали дети, привитые против дифтерии, столь тяжелое клиническое течение заболевания, с одной стороны, по-видимому, следует объяснить,

особенностями возбудителя, с другой стороны, возможно, это было результатом проявления гиперергической реакции организма заболевших. В этом отношении обращает на себя внимание значительное распространение во время вспышки стрептококковых инфекций (скарлатины и ангина), которые, по данным ряда авторов... могут обладать выраженными сенсibiliзирующими свойствами. Кроме того, необходимо иметь в виду возможность синергизма возбудителей.."<sup>103</sup>.

Конечно, вся эта пустая наукообразная болтовня об «особенностях возбу-

102 Щелкова Т. Е., Левенштам М. А. Эпидемиологические особенности вспышки дифтерии в г. Керчи // Дифтерия. Сборник..., с. 63.

103 Там же, с. 66.

дителя» и «синергизме возбудителей» (прямо-таки заговор против вакцинаций! Жаль, к ответственности привлечь некого...) призвана была скрыть факт позорного провала прививок. В самом деле: если ты был привит, а потом переболел чем бы то ни было, хоть черной оспой, но впоследствии не заразился дифтерией, то все ясно: тебя привили правильно. Если же после прививки тебя угораздило заболеть дифтерией, то на помощь вакци-наторам своевременно приходят «синергисты» — разные ангины-скарлатины, которые превращают прививки в «неправильные», а с таковых законо и спросу нет. Вот более позднее сообщение, упорно гнущее ту самую универсальную линию «правильных» и «неправильных» прививок (читатели помнят ложную и истинную оспу Дженнера?): «Летальные исходы чаще отмечались у детей, которым не была сделана прививка или сделана неправильно. По данным Т. В. Дурасовой, за последние 12 лет показатели летальности составили у детей с правильной прививкой 1,9%, не имевших прививки — 5,2%, а с незаконченными прививками — 5,8%"<sup>104</sup>.

Однако оставим пока что прививочную «неправильность» со всеми ее очень свободными толкованиями в стороне. Если эти цифры верны, то напрашивается вывод, что лучше вообще не делать прививок, чем делать их, а потом «не закончить». И что такое,

интересно, «незаконченные»? Что помешало их закончить? Сама случившаяся дифтерия? Болезни, которые ребенок получил после первых прививок? Быть может, этих детей вообще нельзя было прививать — они изначально были слабыми и больными, а их начали прививать и довели до такого состояния, что закончить нельзя было уже при всем желании, не рискуя немедленно отправить ребенка в могилу? И именно вследствие сенсбилизации «незаконченными» прививками к дифтерийному токсину дети стали более подверженными этой болезни? Ответов на эти вопросы нет, а без них все рассуждения о большей или меньшей заболеваемости и смертности у привитых или непривитых не стоят и выеденного яйца. Могу также высказать предположение относительно меньшей смертности у «правильно» привитых — дети оставались здоровыми, несмотря на полученные дозы вакцин, что и позволило закончить курс прививок. Скорее всего, эти же самые дети остались бы здоровыми и не заболели бы дифтерией и без всяких прививок, как это традиционно было в большинстве эпидемий в допрививочную эру.

"При изучении причин заболеваемости детей, имеющих прививку, отмечено, что перенесенные после прививок различные инфекционные заболевания снижают иммунитет к дифтерии. Следует подчеркнуть, что<sup>104</sup> Сиземова Г. А. Дифтерия, с. 19.

ричиной летальных исходов у детей, получавших прививку, является перенесение каких-либо из инфекционных заболеваний. Поэтому изучение напряженности противодифтерийного иммунитета должно проводиться у каждого привитого после перенесения инфекционного заболевания, особенно кори, гриппа и т.д."<sup>105</sup>.

Известно, что сами прививки подавляют на немалый срок функции иммунитета (об этом я писал в главе «Прививки: основные проблемы»). Значит, получив прививку, ребенок рискует теми «различными инфекционными заболеваниями», которые сделают ее неэффективной. Получается замкнутый круг. Без прививок, согласно заявлениям их адвокатов, невозможно защититься от дифтерии, а сами прививки увеличивает шанс заболевания, которое сведет на нет

все прививочные блага и сделает дифтерию потенциально смертельной, не говоря уже о возможности заражения, на фоне серьезно расстроенного иммунитета, другими, более «приятными» болезнями, нежели дифтерия. Что же касается необходимости изучения «напряженности иммунитета» привитого после перенесения любого инфекционного заболевания, то ясно, что с экономической точки зрения это утопия, если не сказать откровенная чушь, не заслуживающая даже обсуждения. Весь бюджет здравоохранения должен был бы уходить на одни серологические анализы. Единственным приемлемым методом массового скрининга является проба Шика, известная своей неточностью «в каждом отдельном случае» и сама по себе лишняя раз сенсibiliзирующая к дифтерийному токсину.

Но это далеко не единственные проблемы, связанные с прививочной борьбой против дифтерии. Вот, например, что заявлял работник Минздрава УССР в то самое время, когда власти торжествовали по поводу значительного снижения заболеваемости дифтерией: «Постановка вопроса о ликвидации ее (дифтерии. -А.К.) возможна только при почти 100%-ном охвате детского населения в возрасте до 12 лет профилактическими прививками»<sup>106</sup>. Ему вторили коллеги, вновь и вновь повторяющие беспроблемный тезис о «неправильных» прививках: «В городах с низкими показателями заболеваемости (Харьков, Донецк, Макеевка, Полтава и др.) доведение дифтерии до единичных случаев может быть достигнуто только после того, как каждый ребенок будет своевременно и полноценно при-

т Там же, с. 122. Интересно, как сообщения о летальных исходах дифтерии у привитых (даже «правильно» привитых!) детей сочетаются с таким бодрым утверждением: «У привитых заболевание протекает в легкой, неопасной для жизни форме» [Самарина Н. В. Детские..., с. 41)?

<sup>106</sup> Лещенко П. Д. Заболеваемость дифтерией в УССР и пути ее ликвидации // Дифтерия. Сборник ..., с. 7.

вит в первый год жизни, если в дальнейшем он будет своевременно ре-вакцинироваться не только в положенные для

ревакцинации сроки, но и с учетом причин, снижающих его иммунитет. Имеющиеся в нашем распоряжении данные свидетельствуют о том, что, хотя большая часть заболевших дифтерией в крупных городах числится полноценно привитой, все они к моменту заболевания потеряли иммунитет. Значительная часть из них потеряла иммунитет в результате перенесенных заболеваний, таких, как корь, коклюш, частые катары верхних дыхательных путей. Нередко ребенок считается полноценно привитым, следовательно иммунным, хотя прививался вскоре после перенесенных заболеваний, препятствующих полноценной выработке иммунитета"<sup>107</sup>.

Понятно, что «почти 100%» и «каждый ребенок» может существовать только в воспаленном воображении и победных реляциях вакцинаторов, потому что всегда были, есть и будут разумные родители, отказывающиеся от прививок<sup>108</sup>. Точно так же были, есть и будут врачи и медсестры, оформляющие — по доброте душевной или небескорыстно — фиктивные документы о сделанных прививках своим и чужим детям, но самое главное — всегда были, есть и будут дети, имеющие бесспорное право на отвод от прививок по медицинским показаниям, а множасьщиеся из года в год прививки вкупе с низким уровнем жизни населения увеличивают их число. Значит, «вопрос о ликвидации» не может быть поставлен никогда? Правда, чиновник тут же уточнил: «Опыт медработников Ленинграда показал, что радикальное воздействие на эпидемический процесс может<sup>107</sup> Гресь Б. Е. Анализ заболеваемости дифтерией в восточных областях УССР имеры по ее ликвидации // Там же, с. 16. Или: «Из 280 переболевших дифтерией детей 174 были полноценно привиты против дифтерии. В 73,5% полноценно привитые дети перенесли инфекционные заболевания. Заболеваемость дифтерией отмечалась среди детей, перенесших одно инфекционное заболевание, в 41% случаев, а среди детей, перенесших два-три и более заболеваний — в 59% случаев»

(Педенко А. И. и др. О некоторых причинах заболевания дифтерией иммунизированных детей. Там же, с. 96).

<sup>108</sup> С бесхитростными родителями, которые не покупали справки, а пытались отстаивать свои убеждения, в те времена не

церемонились: «...При повторных обходах вовремя переписи детского населения в 1957 г. в областном центре было выявлено около 300 детей, не иммунизированных против дифтерии в связи с отказом родителей от прививок. Учитывая это, мы в первую очередь приняли меры к полному охвату детей прививками. На протяжении 1957 — 1958 гг. были почти полностью ликвидированы отказы от иммунизации против дифтерии» (Лысенко О. Ф. и др.

Анализ заболеваемости дифтерией в Полтавской области и мероприятия по ее снижению за послевоенные годы // Там же, с. 38). Деталей о том, как именно были ликвидированы отказы, не приводится.

быть достигнуто при создании иммунитета у 95% детей прививаемых возрастов"109 . Что ж, если не ликвидация, так пусть будет хоть «радикальное воздействие». Но как это увязать с утверждением в том же докладе на следующей странице: «Известно, что даже при правильно проводимых прививках мы не можем создать иммунитет у 10 -12% прививаемых"?110

Откуда тогда могут взяться 95% «иммунных» детей, если даже при выглядящем совершенно фантастическим соблюдении абсолютно всех условий (будут прививаться все дети; решительно все без исключения прививки будут «правильными» — никто из детей, как заговоренный, не заболевает никакой инфекционной болезнью, способной свести на нет пользу прививки; не будет никаких проблем с качеством вакцин) эта цифра не может быть достигнута по определению, лишь в силу биологических законов? У взрослых же, согласно данным недавнего российского исследования, иммунитет и по прививочным меркам невозможно создать у 19,1% прививаемых (т.е. почти у каждого пятого) — у них образуются «дефектные», неспособные к защите от дифтерийного токсина антитела<sup>111</sup>. Кроме того, уже через год или два (какие там десять лет!) 7-8% привитых вновь становятся «незащищенными"<sup>112</sup>. Так в чем смысл массового прививания и борьбы за создание несуществующего коллективного иммунитета, когда в среднем каждый шестой-седьмой прививаемый, кроме вреда, от прививки ничего не получает, а вполне ощутимый

процент привитых уже через год-другой возвращается к status quo ante?

Нет смысла говорить об эффективности прививок в тех странах, где дифтерия давно уже стала казуистикой. Хотя процент имеющих прививочный иммунитет взрослых в западноевропейских странах традиционно был не слишком велик — даже при самых щедрых допущениях ниже не только «защитных» ВОЗовских 95%, но даже 80%<sup>113</sup>, дифтерия туда не перекинулась, притом что границы никто не закрывал и санитарных карантин не<sup>109</sup> См. прим. 106.

<sup>110</sup> Там же, с. 8.

<sup>111</sup> Демиховская Е. В. и др. Варианты иммунного ответа на ревакцинацию дифтерийным анатоксином у взрослых // ЖМЭИ. 1999, сентябрь — октябрь, с. 94 — 98.

ш Nicolay U. et al. Diphtheria antitoxin level 2 years after booster vaccination // Wien Med Wochenschr. 2000; 150:435 — 9.

<sup>113</sup> Например, в Дании в 1988 г. у 26% взрослых титр антител к токсину был ниже считающегося защитным 0,01 МЕ/мл (Kjeldsen K. et al. Immunity against diphtheria and tetanus in the age group 30-70 years // Scand J Infect Dis. 1988; 20:177 — 85), в США числящихся в защищенных по дифтерии оказалось, согласно данным недавнего исследования, только 60,5% {McQuillan G. M. et al. Serologic immunity to diphtheria and tetanus in the United States // Ann Intern Med. 2002 May; 136:660 — 6). (см. след. стр.)

устраивал. За 1990-е годы финны, равнодушные к тем благам, которые запрещены или дороги у них на родине, не убоились совершить 6 млн. поездок в страдающую от дифтерии Россию, в основном в Санкт-Петербург. В результате дифтерией заболело... аж 10 человек, причем двое, вернувшись домой, заразили двоих детей (вероятнее всего, привитых). Из этих десяти четверо заболели дифтерией в тяжелой форме, двое скончались. «Все заболевшие тяжелой формой дифтерии имели в России непосредственный контакт со слюной» (пусть читатели сами догадаются, что это означает). Кроме того, 91 финский медик контактировал с больными дифтерией. Никто из медиков даже не инфицировался (определено бактериологическим анализом)<sup>114</sup>. Это, разумеется, не считая

визитеров в Финляндию из России. Так отчего же дифтерии избежали нормальные, сытые страны? Ведь и там лишенные прививочной защиты взрослые должны были стать ее жертвой? Вопрос скорее риторический — ответ ясен.

Давайте теперь посмотрим на то, как прививки спасали россиян. Хотя публике усердно промывали мозги рассказами о том, что всему виной вредители из СМИ, давшие трибуну борцам с прививками, которые и настроили народ против парентерального счастья и этим спровоцировали наступление дифтерии, специалисты на своих совещаниях признавали, что проблема как минимум не только в нежелании прививаться. Сам прививочный божок в очередной раз дал маху. Вот, например, такое признание: «Высокий удельный вес (70%) заболевших привитых детей ставит под сомнение качество применяемых вакцин и схем иммунизации.. "115. Или: «Из 19 больных, зарегистрированных за последние 2,5 года, было 9 детей (в том числе 7 детей, получивших полный курс профилактических прививок) и 10 взрослых (среди последних вакцинированы были только двое)"116. Другое сообщение: «Каждый третий ребенок, заболевший дифтерией, не был вакцинирован. Наиболее высокие показатели заболеваемости (4,1 на 100 тыс. детей) были зарегистрированы в возрастной группе 7-10 лет, что свидетельствует о наибольшей интенсивности эпидпроцесса у детей этого возраста... Число непривитых детей среди всех заболевших детей варьировало от 20% в груп-

Аналогичные американским цифры были получены в Италии — около 60% «защищенных» и 40% «незащищенных» и условно-защищенных — к последним приравниваются лица, имеющие титр антител от 0,01 до 0,09 МЕ/мл. См.: von Hunolstein C. et al. Diphtheria antibody levels in the Italian Population // Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2000 Jun; 19:433- 7.

114 Lumio J. Studies..., p. 4.

115 Курчанов В. и др. Эпидемиология дифтерии в Санкт-Петербурге // Совещание..., с. 46.

116 Йыгисте А. Дифтерия в Эстонии // Там же, с. 57 — 58.

пе 7 -10 лет до 62% в возрасте до 3 лет"<sup>117</sup>. Значит, две трети заболевших были привиты, а наибольший процент заболевших привитых (80%) был именно в той группе, в которой эпидпроцесс был особенно интенсивен, не так ли?

А вот что сообщали из Беларуси: «Из общего числа детей, заболевших в 1992 — 1993 гг. (36 человек), ранее привиты против дифтерии были 24 человека, а из 12 непривитых две трети (8 человек) были непривиты по медпоказаниям. Из 67 заболевших взрослых ранее привиты были лишь 19 человек, то есть 28,4%"<sup>118</sup>. Сходная картина была и на Украине:»... эпидемиологические наблюдения выявили довольно высокую частоту заболеваний у взрослых, привитых однократно и двукратно. Серологические исследования в более отдаленные сроки после прививок показали, что защитных титров антител не имели 57% привитых однократно и 66% двукратно привитых. В связи с тем, что при проведении иммунизации взрослых использовались препараты многочисленных серий и при повторном введении вакцины четкой схемы интервалов не соблюдалось, дать объяснение столь неэффективного результата вакцинации взрослых невозможно"<sup>119</sup>. Кстати, на Украине дотошно проверили свои вакцины и прививочную историю заболевших. В 1992 г. были изучены такие истории у 262 заболевших с января по октябрь в возрасте младше 15 лет. На основании изучения титра антител оказалось, что прививки вакциной, привезенной из России, были эффективны у 98,2% (!) заболевших, а в контрольной группе — лишь у 84,2%. На основании этих данных были отвергнуты 5 гипотез о причине эпидемии, как то: 1) появление нового токсигенного штамма возбудителя; 2) низкая эффективность российской вакцины; 3) низкое качество существующей «холодовой цепи»; 4) недостаточная восприимчивость прививаемых к вакцинам вследствие черныбыльской радиации; 5) малый прививочный «охват» детей (выделено мной. — Л. К.)<sup>120</sup>.

Но честное обсуждение всех этих трудностей в объяснении того, что было вполне очевидно для непредубежденного наблюдателя, оставили для закрытых совещаний и последующих публикаций в периодике для<sup>117</sup> Монисов А. Дифтерия... // Там же, с. 24. Сравните со следующим: «...в 1990 г.

среди заболевших дифтерией не были ревакцинированы большинство взрослых(95%) и каждый четвертый ребенок не был привит» (выделено мной. -А К.). Покровский В. И. Эволюция..., с. 230 — 231.

118 Филонов В. и др. Эпидемиологический надзор за дифтерией в Беларуси // Совещание..., с. 51.

119 Моисеева А., Маршевский В. Эпидемия дифтерии на Украине // Там же, с. 35 — 36.

120 Chen R. T. et al. Ukraine, 1992: first assessment of diphtheria vaccine effectiveness during the recent resurgence of diphtheria in the Former Soviet Union // Infect Dis. 2000 Feb;

181 Suppl 1:S178 — 83.

специалистов. В прессе же, на радио и на телевидении объяснение было, там кричали: всему виной — отсутствие прививок! нам надо больше прививок! даешь прививки! И прививки действительно раздавались щедрой рукой, всем, кому нужно и не нужно (повторюсь: примерно у каждого десятого ребенка и у каждого пятого взрослого прививка от дифтерии совершенно бесполезна даже по меркам вакцинаторов, оставляя в стороне все другие соображения). «Согласно постановлению Главного государственного санитарного врача... с целью снижения заболеваемости органами практического здравоохранения проведена большая работа по иммунизации взрослого населения. В 1996 г. были привиты более 5 млн. взрослых; охват прививками взрослого населения России составил 82%"<sup>121</sup>.

На графике, приведенном в недавней книге российского авторского коллектива, показаны «заболеваемость и своевременность охвата прививками населения Российской Федерации». Заболеваемость на 100000 населения, согласно графику, была следующей: 1992 г. — 2,6; 1993 г. -10,3; 1994 г. — 26,8; 1995 г. — 24,1; 1996 г. — 9,3; 1997 г. — 2,7; 1998 г. — 1,0. Последние годы заболеваемость держится на уровне 0,5 — 0,6. «Своевременность» начинается лишь с 1995 г. — сколько было привито до того, остается неизвестным. Выглядит своевременность в процентах следующим образом: 1995 г. — 77,8; 1996 г. — 83,7; 1997 г. — 87,5; 1998 г. — 91,3...

2001 г. -95,4. Если учесть, что до начала эпидемии «охват», как было указано выше, равнялся 73%, то 77,8% в 1995 году, в котором началось снижение заболеваемости, не выглядят очень впечатляющими. Равно как и 83,7% в 1996 г., когда заболеваемость упала уже до 9,3% — скорее всего, просто в результате естественного спада эпидемии, о чем будет сказано ниже.

Обратимся к странам СНГ и Балтии, на которые дифтерия распространилась из России. Нет необходимости утомлять читателя цитатами из написанных словно под копирку статей, опубликованных в одном европейском журнале, в которых излагается стандартная схема: недостаточный прививочный «охват» > эпидемия дифтерии > героические усилия по прививанию всего населения > ликвидация дифтерии. Посмотрим на продолжительность эпидемий.

Азербайджан — 1991-1996 гг.122, Армения — 1994-1996123, Беларусь -

121 Покровский В. И. Эволюция..., с. 231.

122 Vitek C. R, Velibekov A. S. Epidemic diphtheria in the 1990s: Azerbaijan I/ J Infect Dis.

2000 Feb; 181 Suppl 1:S73 — 9.

123 Balasarian M., McNabb S. J. Epidemic investigation of diphtheria in the Republic of Armenia 1990 — 1996 // / Infect Dis. 2000 Feb; 181 Suppl 1:S69 — 72.

1992-1997124, Грузия -1993-1997125, Казахстан -1992-1996126, Киргизия -1994-1998127, Латвия -1994-1997128, Литва 1992-1996129, Молдова -1994-1996130, Россия -1992-1996131, Таджикистан -1993-1997132, Узбекистан -1993-1996133, Украина — 1991-1997134, Эстония -1992-1996135.

Я не претендую на абсолютную точность в определении сроков эпидемии во всех республиках бывшего СССР, поскольку подчас даже сами авторы статей не могли сказать, какие цифры заболевших следовало считать эпидемическими, а какие «нормальными» и, следовательно, когда именно эпидемия началась, а когда закончилась. Однако хочу обратить внимание читателей на следующее. Во всех странах СНГ и Балтии эпидемия длилась не менее

трех лет в самом лучшем случае, при этом вне всякой зависимости от того, насколько интенсивно с ней боролись с помощью прививок, а в среднем продолжалась примерно четыре-пять лет. То есть длилась примерно столько же, сколько длились и заурядные дифтерийные эпидемии в допрививочную эру. Вот если бы где-то покончили с дифтерией за год благодаря тотальному прививанию всего живого, то можно было бы подумать, что вакцинации на самом деле сыграли какую-то роль. Но при нормальной длительности эпидемии — за что же кланяться прививкам? За то, что, как всегда, «без них было бы»<sup>124</sup>

Filonov V. P. et al. Epidemic diphtheria in Belarus, 1992 -1997 // / Infect Dis. 2000 Feb;

181 Suppl 1:S41 — 6.

125 Khetsuriani N. et al. Diphtheria epidemic in the Republic of Georgia, 1993 — 1997 // /

Infect Dis. 2000 Feb; 181 Suppl I:S80 — 5.

126 Kembabanova G. et al. Epidemic investigation of diphtheria, Republic of Kazakhstan, 1990

- 1996 // / Infect Dis. 2000 Feb; 181 Suppl 1:S94 — 7.

127 Glinyenko V. M. et al. Epidemic diphtheria in the Kyrgyz Republic, 1994 — 1998 // / Infect Dis. 2000 Feb; 181 Suppl 1:S98 — S1031.

128 Griskevica A et al. Diphtheria in Latvia, 1986 — 1996 // / Infect Dis. 2000 Feb; 181 Suppl I:S60 — 4.

129 Usonis V. et al. Diphtheria in Lithuania, 1986 — 1996 // / Infect Dis. 2000 Feb; 181 Suppl 1:S55 — 9.

130 Magdei A. et al. Epidemiology and control of diphtheria in the Republic of Moldova, 1946

- 1996 // / Infect Dis. 2000 Feb; 181 Suppl 1:S47 — 54.

131 Markina S. S. et al. Diphtheria in the Russian Federation in the 1990s // / Infect Dis.

2000 Feb; 181 Suppl 1:S27 — 34.

132 Usmanov I. et al. Universal immunization: the diphtheria control strategy of choice in the Republic of Tajikistan, 1993 — 1997 // / Infect Dis. 2000 Feb; 181 Suppl 1:S86 — 93.

133 Niyazmatov B. I. et al. Diphtheria epidemic in the Republic of Uzbekistan, 1993 — 1996 // /

Infect Dis. 2000 Feb; 181 Suppl I:S104 — 9.

134 Nekrassova L. S. et al. Epidemic diphtheria in Ukraine, 1991 — 1997 // Infect Dis.

2000 Feb 181; Suppl 1:S35 — 40.

mJxgisteA. Diphtheria in Estonia, 1991 — 1996 11J Infect Dis. 2000 Feb; 181 Suppl 1:S65 — 8.

хуже?» Прививки от дифтерии, как известно, не предотвращают ни циркуляции возбудителя, ни инфицирования им. Максимум, на что они способны, даже по прививочным теориям — это защитить организм привитого от дифтерийного токсина. А судя по длительности эпидемий в упомянутых выше странах, они и с этим не справились. Иначе эпидемии прекратились бы значительно раньше и не заболели бы привитые.

Как показывают данные Минздрава СССР, ситуация с дифтерией во второй половине 1980-х годов в РФ была вполне спокойной и не вызывающей серьезных опасений — даже если мы поверим в то, что уровень «охвата» постоянно снижался. Вполне благодушным настроением властей оставалось и в начале 1990-х годов. В своей книге Г. П. Червонская цитирует официальный циркуляр, именуемый «Об эпидемиологической обстановке по дифтерии в Москве и мерах по ее стабилизации» (письмо № 7-41/95 от 17 декабря 1991 г.), разосланный всем главным санитарным врачам округов Москвы, в котором заявляется, что «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% обратившихся (выделено мной. -А.К.)"т. Чтобы читателей не смутило упоминание о «групповых очагах» (может, это и есть эпидемия?), то на той же странице Г. Червонская приводит сообщение президента РАМН В.И. Покровского, датированное благополучным 1986 годом: «Несмотря на массовое проведение профилактических прививок... формируются очаги групповых заболеваний... отмечаются и летальные исходы"137.

Итак, случаи заболевания дифтерией, вероятно, укладывались в эпидемический цикл этой болезни и не вызывали ни в 1990 г., ни до самого конца 1991 г. какой-либо тревоги. Тревогу скорее могла вызвать неспособность врачей вовремя поставить диагноз и госпитализировать ребенка, предотвращая тем самым распространение инфекции. Так на каком основании вакцинователи подсовывают нам вывод о том, что эпидемиологическая обстановка по дифтерии «вследствие беспрецедентной»<sup>136</sup> Червонская Г. П. Прививки... // Вакцинопрофилактика..., с. 61.

137 Покровский В. И. и др. Современные аспекты эпидемиологии и профилактики дифтерии. М., ВНИИМИ, 1986. Цит. по: Червонская Г. П. Прививки... // Вакцинопрофилактика..., с. 61.

кампании против прививок» стремительно ухудшалась до самой эпидемии и та стала-де лишь вопросом времени?<sup>138</sup> Думаю, я не сильно ошибусь, сказав, что причиной эпидемии дифтерии стало вовсе не отсутствие прививок, а обыкновенная безграмотность некоторых врачей, неспособных вовремя различить болезнь, и вопиющая неспособность российских властей в изменившихся условиях направить должные силы и средства на изменение санитарно-эпидемиологической обстановки.

В результате рядовые случаи дифтерии, которые были и ранее, разожгли пожар эпидемии, перекинувшейся на соседние страны. Итогом стали 150 тыс. заболевших и 5 тыс. скончавшихся (из них 115 тыс. заболевших и 3 тыс. смертей в России)<sup>139</sup>. Показательно, что эпидемиологическая безграмотность и совершенное непонимание происходящего, помноженные на слепую веру в прививки и неспособность примириться с тем, что ушли старые добрые советские времена судебных и психиатрических расправ с инакомыслящими, приводили к таким вполне серьезным предложениям, как «обязательная немедленная реакция официальных представителей Министерства здравоохранения на безответственные выступления в органах массовой информации против прививок (вплоть до привлечения авторов таких материалов к уголовной ответственности)»<sup>140</sup>. Вот, оказывается, как надо бороться за свою точку зрения! Помимо всего прочего, за такими

инициативами стояло вполне естественное желание найти того, на кого надо было переложить ответственность за разошедшуюся дифтерию...

Так нужны прививки от дифтерии или нет? Прочитав немало на тему дифтерии и прививок от нее, я пришел к следующему умозаключению. Прививки от дифтерии бесполезны так же, как и остальные профилактические прививки. Больные, ослабленные, страдающие от иммунодефицита (в том числе и благодаря усердному прививанию) дети были, есть и будут склонны к заболеванию дифтерией как со сделанными прививками против дифтерии, так и без них, в куда большей степени, чем их крепкие и здоровые сверстники. И никакой плетью статистического очковтирательства, хитроумными объяснениями «неправильности» прививок и прочими стандартными прививочными подлогами обуха фактов и биологических законов перешибить не удастся. Как не удавалось никогда!

138 Зот еще один пример такого рода: «Повышение заболеваемости дифтерией в республиках бывшего СССР началось в конце 80-х годов из-за низкого уровня охвата прививками населения, из-за многочисленных необоснованных отводов и отказов от прививок» {Медуницын Н. В. Вакцинология, с. 138}. Это уже откровенная дезинформация.

139 Lumio S. Studies..., p. 4.

140 Рахманова А. и др. О преодолении негативного отношения населения к профилактическим прививкам против дифтерии // Совещание..., с. ИЗ.

**Выводы:**

Заболеваемость дифтерией, бывшей в XIX и начале XX в. одной из главных причин детской смертности, значительно снизилась к началу Второй мировой войны благодаря улучшению жизненного уровня населения; при этом практически во всех европейских странах — без всяких прививок. Как и прочие инфекционные болезни, дифтерия прежде всего болезнь грязи, скученности проживания и недоедания. Важным современным фактором риска заболеваемости дифтерией и особенно смертности от нее является алкоголизм.

Дифтерийный анатоксин не способен предотвратить ни циркуляцию возбудителя в обществе, ни инфицирование им, ни выработку токсина, становящегося причиной болезни. Судя по длительности последних эпидемий в странах СНГ и Балтии и по имеющимся литературным данным, его эффективность очень сомнительна и в выработке реальной невосприимчивости к токсину. Кроме того, у значительного процента прививаемых детей и взрослых прививочный иммунитет не вырабатывается вообще.

Неразборчивое массовое использование антибиотиков и прививки детям изменили эпидемиологические характеристики болезни, резко снизив возможности приобретения и поддержания естественного иммунитета к дифтерии за счет постоянного контакта с возбудителем. Дифтерия стала опасной для взрослых, а также для младенцев, не получающих антитела от матерей.

Причинами эпидемической вспышки дифтерии в 1990-х годах стали резкое снижение уровня жизни населения республик бывшего СССР и неспособность российских властей вовремя оценить ситуацию и принять должные меры.

Существуют интересные и многообещающие методы профилактики и лечения дифтерии, которые игнорируются медицинскими властями.

Коклюш **БОЛЕЗНЬ КОКЛЮШ** ОТНОСИТСЯ К ТОЙ категории заболеваний, которые ранее традиционно считались детскими и все повышающуюся заболеваемость которыми мы наблюдаем у подростков и взрослых сегодня<sup>1</sup>. Как долго этой болезнью страдает человечество, точно неизвестно; первое ее детальное описание было дано французским врачом Гийеном де Байоном во время парижской эпидемии коклюша в 1538 г. Возбудителем является<sup>1</sup> «Коклюш, к сожалению, встречается и в тех странах, где в течение многих лет подавляющему большинству жителей делают противокклюшные прививки. Так, в США с 1980 по 1989 г. было зарегистрировано 27 тыс. случаев заболевания, причем 12% заболевших составляли люди в возрасте 15 лет и старше» (Добзин Ю. В., Плотников К. П. «Детские» инфекции. СПб., 2001, с. 19). Или: «Особенно опасны как источники заражения больные со стертой формой болезни, у которых коклюш часто остается

недиагностированным. Дети раннего возраста нередко заражаются от взрослых» (выделено мной. — А.К.). (Самарина Н. В., Сорокина О. А. Детские инфекционные болезни. 2-е изд., СПб., М., 2000, с. 93). Еще пример: «В последние годы XX в. источником возбудителя инфекции для детей становятся взрослые, которым диагноз, как правило, не ставят даже при наличии манифестных форм» (Покровский В. И и др. Эволюция инфекционных болезней в России в XX веке. М., 2003, с. 255). Чтобы рассеять последнюю тень сомнения у читателей относительно источника заражения детей, процитирую отчет комитета экспертов по изучению побочных реакций на прививки против коклюша и краснухи при американском Институте медицины: «Факты подтверждают, что привитые взрослые являются преобладающим источником заражения новорожденных и детей в развитых странах» (выделено мной. — А.К.). Howson C. P. et al. Adverse effects of Pertussis and Rubella Vaccines. IOM, 1991, p. 9. Здесь же авторы сообщают следующее: «До начала массовой иммунизации считалось, что 95% людей заражались коклюшем в течение своей жизни... 20% случаев наблюдалось в возрасте младше одного года, а 60% — в возрасте от 1 года до 4 лет... Согласно данным Центра контроля заболеваний... в период с 1986 по 1988 г. 46% случаев наблюдалось у детей младше одного года, среди них у 35% младше 6 месяцев. 22% всех случаев было зарегистрировано у детей от 1 года до 4 лет, в группе 5-9 лет — 16%, 10 — 14 лет — 5%, 15 лет и старше — 11%» (с. 13). При этом авторы оговариваются, что эти оценки основаны лишь на 5 — 10% случаев коклюша, о которых становится известно, а в свете сложности распознавания коклюша истинные заболеваемость и смертность, связанные с коклюшем, должны быть многократно выше. Если перевести проценты в цифры, то можно предположить, что в США ежегодно имеют место около 55 — 65 тыс. случаев заболевания коклюшем. Обращает на себя внимание, что заболеваемость (пусть и снизившаяся в целом) явно смещается в самый опасный для болезни возраст — младенческий, о чем еще будет сказано далее в этой главе. Электронная версия отчета экспертов доступна на сайте издательства National Academic Press.

нестойкая во внешней среде (вне человеческого тела гибнет в течение нескольких минут) бактерия *Bordetella pertussis*, а симптомы самой болезни вызывает вырабатываемый ею токсин, отрицательные эффекты которого при воздействии на человеческий организм многообразны: например, он увеличивает проницаемость гематоэнцефалического барьера мозга (вследствие чего этот барьер могут преодолеть другие бактерии и вирусы), ведет к увеличению секреции инсулина (результатом может стать недостаточное поступление глюкозы в мозг), повышает чувствительность (сенситизирует) к гистамину. Источником заражения служит только больной человек, путь передачи инфекции — воздушно-капельный. Хроническое бактерионосительство встречается исключительно редко. Инкубационный период длится от двух дней до двух, максимум трех недель, его сменяет катаральный (насморк, чиханье, общее недомогание, отсутствие аппетита, легкий кашель) той же длительности, неотличимый от обычной простуды. Постепенно кашель, особенно в ночное время, усиливается, что указывает на начало периода всем известного и характерного для этой болезни спастического кашля, который еще называют лающим (после глубокого свистящего, вследствие прохождения воздуха через суженные дыхательные пути, вдоха, называемого репризом, следует серия коротких кашлевых толчков, напоминающих лай собаки). Приступ, во время которого у больного краснеет или синееет лицо и возможны носовое кровотечение либо кровоизлияния в глаза, заканчивается выделением прозрачной мокроты, иногда рвотой. Обычно приступы происходят вечером или ночью, в теплом и душном помещении (именно по этой причине больным коклюшем рекомендуется спать с открытыми окнами), реже днем. В течение суток в среднем происходит 10 — 15 таких приступов. Этот период обычно длится около месяца или немного дольше (хотя может длиться и всего одну неделю), после чего наступает период выздоровления, начинающийся с уменьшения количества приступов кашля; затем улучшаются сон и аппетит. Процесс выздоровления, как правило, растягивается на несколько месяцев, что точно отражается в китайском и японском названии коклюша- «стодневный кашель».

Нередким осложнением, особенно у младенцев, является воспаление среднего уха (отит). Наиболее частым и опасным среди тяжелых осложнений коклюша является воспаление легких вследствие присоединения вторичной инфекции. У самых маленьких возможна асфиксия (удушьё). Среди тяжелых осложнений со стороны нервной системы следует отметить коклюшный энцефалит и кровоизлияния в мозг. Частота таких осложнений в США колеблется и, по разным оценкам, составляет около 0,7

- 0,8% от числа заболевших<sup>2</sup>. В целом же летальность при коклюше низка, и жертвами коклюша чаще всего являются дети в возрасте до 6 месяцев (по оценке американского Центра контроля заболеваний — 0,5% всех случаев заболевания в этом возрасте), значительно реже до 12 месяцев. Случаи смерти от коклюша детей старше 12 месяцев относятся скорее к казуистике. Раз перенесенное заболевание обеспечивает стойкий, пожизненный иммунитет<sup>3</sup>.

Никакого специфического лечения при неосложненной форме этой болезни не требуется. Отдых в чистом, проветриваемом помещении, витамин А и витамины группы В, обильное питье (чистая вода, небольшое количество фруктовых соков) и пост на несколько дней в самом остром периоде — это все, что нужно. Совершенно необходимо продолжать грудное вскармливание, если речь идет о заболевшем младенце — это самое важное в лечении болезни и в профилактике ее осложнений. Антибиотики бесполезны для лечения коклюша при уже развившейся клинической картине, но могут предотвратить передачу инфекции и осложнения в виде вторичных инфекций. Однако для их назначения нужны четкие показания. Назначение антибиотиков «на всякий случай» и исключительно ради личной перестраховки педиатра может только создать дополнительные проблемы и затянуть выздоровление.

Для профилактики коклюша может быть рекомендован гомеопатический нозод коклюша *Pertussinum 30* для еженедельного приема во время<sup>2</sup> Howson C. P. et al. *Adverse...*, с. 11 — 12.

<sup>3</sup> Там же, с. 12. Составители отчета ссылаются на три публикации, подтверждающие этот факт. Собственно, о пожизненном иммунитете после перенесенного коклюша говорится во всех известных мне

разумных руководствах по инфекционным болезням, поэтому я был немало озадачен, случайно обнаружив следующее утверждение авторского коллектива книги «Инфекционные болезни. Справочник для всех»

(«ДЕАН», СПб., 2000, с. 193): «Перенесенное заболевание и вакцинация не обеспечивают пожизненной невосприимчивости к нему. Поэтому возможны повторные заболевания у взрослых». Почти без изменений эта фраза воспроизводится в «Детских инфекциях» СПб. и М., 2001, с. 21; в обоих случаях среди авторов фигурирует главный инфекционист Минобороны РФ Ю. В. Лобзин. Разумеется, по поводу вакцинации дискуссии здесь нет (не столь уж редко она не обеспечивает вообще никакой невосприимчивости, не то что пожизненной), но перенесенное заболевание?

Может, на берегах Невы коклюш какой-то особенно зловередный, не подчиняющийся законам, верным для всего остального мира? Для иллюстрации: «Обширная литература, относящаяся к допрививочному периоду, свидетельствует, что повторные заболевания коклюшем регистрировались не более чем в 0,25% случаев, то есть перенесенное заболевание создавало стойкий пожизненный иммунитет и повторные заболевания представляли большую редкость» (Покровский В. И. Эволюция..., с.

246 — 247).

вспышки коклюша и трехразового приема в течение недели после контакта с заболевшим. Этот метод показал свою эффективность в одном исследовании<sup>4</sup>. Гомеопатия вполне эффективна и в лечении уже развившегося коклюша, однако здесь требуется консультация врача<sup>5</sup>. Попутно можно отметить и старую публикацию в «Журнале Американской медицинской ассоциации», сообщавшую, что 90 заболевших коклюшем детей получали в течение недели лечение 500 мг витамина С, после чего доза снизилась до 100 мг раз в два дня до выздоровления. Все дети, которые получали витамин С внутривенно, полностью выздоровели к 15-му дню, а те, кто получал его орально, — к 20-му. В трех четвертях случаев, когда лечение витамином С начиналось на катаральной стадии болезни, наступление стадии спастического

кашля удавалось полностью предотвратить. Показательно, что ни эта, ни другие публикации об эффективности применения витамина С при лечении инфекционных заболеваний (о которых <sup>4</sup> English J. M. Pertussin 30 — protective for whooping cough? A pilot study // *British Homeopathic Journal*. 1987; 76:61 — 65. Следует обратить внимание читателей, что речь идет именно о нозоде — препарате, получаемом из слюны больных коклюшем.

Никакого отношения к различным аллопатическим пертуссинам, даже в динамизированной форме, которые продаются и в гомеопатических аптеках, нозод *Pertussinum* не имеет!

5 Д-р Дороти Шеферд описывает великолепные результаты, полученные ею при использовании этого же нозода в 30-м разведении, как для профилактики, так и для лечения коклюша. Она предлагает другую методику: давать одну дозу нозода три-

четыре раза в течение только одного дня (Shepherd D. *Homeopathy in epidemic diseases*. England, 1967, republ. 1996, p. 63 — 68). Во многих руководствах и публикациях по гомеопатическому лечению детских инфекционных заболеваний отмечается эффективность препарата *Drosera*. Так, д-р Маргарет Тайлер писала: «*Drosera* помогает от коклюша. Я довольна своими успехами в ее использовании в детском отделении больницы во время войны. Одна доза *Drosera*, как правило, излечит или значительно облегчит состояние в течение одной-двух недель» (Tyler M.

*Homeopathy in Nursery* // *The Homeopath*. February 1915). Проф. Кент дает интересную информацию о другом лекарстве: «*Carbo vegetabilis* — одно из наиболее эффективных лекарств, применяемых в начальном периоде коклюша. Характерный для этого препарата кашель протекает с рвотой, покраснением лица, больной им давится, т.е. присутствует все, что характерно и для коклюша. Это один из лучших препаратов для запутанных случаев, когда по симптомам кашля трудно подобрать лекарство или когда заболевание развивается лишь до определенной стадии, застывая в своем развитии на длительное время. Когда лекарство не действует само по себе,

то оно проясняет все симптомы, облегчая таким образом выбор правильного препарата. В большинстве случаев коклюша под

действием гомеопатического лечения пациент получает облегчение в срок от недели до десяти дней; конечно, при условии правильного выбора лекарства» (Кент Дж. Т. Лекции по гомеопатической Materia Medica. т. I, М., 1999, с. 476).

6 JAMA. November 4, 1950; 144:879.

говорится в других главах данной книги) ни малейшего интереса у тех, кто должен был за них ухватиться просто по долгу службы, не вызвали. Ведь лечение витаминами нельзя запатентовать, да и цена такого лечения — копейки. То ли дело высокодоходные вакцины и сыворотки!

Предварительный диагноз коклюша ставится на основании клинической картины. Окончательный диагноз коклюша требует лабораторного подтверждения, однако с этим есть серьезные проблемы. Бактерия высеивается из мокроты (при этом отнюдь не в 100% случаев) лишь в катаральном периоде (когда родителям обычно и в голову не приходит обращаться к врачу, а тому — заказывать этот анализ) и в начале периода кашля. Потом бактерия уже не высеивается. Не высеивается она и после того, как начато лечение антибиотиками и частое тех заболевших, что были ранее привиты. Очень важно здесь это подчеркнуть, потому что непосредственное обнаружение возбудителя остается и по сей день самым распространенным методом лабораторной диагностики коклюша, а потому на основании отрицательного результата посева диагноз коклюша может быть не поставлен ранее привитому ребенку, даже если клиническая картина не вызывает никаких сомнений. Эта одна из причин, почему статистические данные могут интерпретироваться как говорящие в пользу эффективности прививки. Существуют методы серологической диагностики (определения антител), но на практике они применяются очень редко. Кроме того, «среди серологических методов пока нет достаточно специфичных и чувствительных тестов на определение иммунитета против коклюша. Реакция агглютинации остается наиболее часто используемой. Вместе с тем вакцинация и перенесение заболевания коклюшем не всегда приводят к

образованию агглютининов, а некоторые лица, в сыворотке крови которых не определяются антитела, остаются защищенными"<sup>7</sup>.

У подростков и взрослых болезнь протекает легче, обычно в форме упорного бронхита. По данным одного американского исследования, у 12% взрослых с упорным кашлем после тщательных анализов был обнаружен коклюш<sup>8</sup>. Как было указано выше, это тот путь, которым привитые в детстве и потерявшие позднее иммунитет заражают сегодня детей.

Судя по историческим данным, коклюш в свое время действительно представлял серьезную угрозу для детей, особенно для младенцев, как в Старом, так и в Новом Свете. Известно о длившейся чуть ли не 15 лет эпидемии коклюша в середине XVIII в. в скандинавских странах, ежегод-

7 Медуницын Н. В. Вакцинология. М., 1999, с. 137.

8 BMJ. 1996; 312:1620.

но уносившей по 3 тыс. жизней. С 1858 по 1865 г. в Англии от него скончалось 120 тыс. человек<sup>9</sup>. Кроме высокой смертности, немало детей оставались инвалидами вследствие коклюшного энцефалита и мозговых кровоизлияний, происходивших на пике приступов тяжелого, непрерывного кашля и связанных с ними остановок дыхания. Пика своей свирепости коклюш достиг во второй половине XIX в. в перенаселенных районах обитания рабочего класса, где бедность, недоедание и скверные санитарные условия традиционно были прекрасной почвой для всех встречавшихся тогда инфекционных болезней, среди которых коклюш не был исключением. Российские авторы подтверждают это: «Показатели заболеваемости и летальности были неодинаковы в различных слоях населения. Чрезвычайно большое значение имели социальные факторы: материальная обеспеченность, условия быта, жилищные условия. Значение социального фактора в эпидемиологии коклюша красноречиво иллюстрируется следующими статистическими данными дореволюционного периода. В Петербурге в 1881 — 1890 гг. в частях города, заселенных рабочим людом, показатели смертности от коклюша были в 5 — 6 раз выше, чем в аристократических кварталах. Смертность от коклюша детей, проживающих в подвалах,

была в 19 раз, а проживающих на чердаках в 8 раз выше, чем среди жителей вторых этажей. Сходные с этим факты приведены и Berthilion по Вене, Парижу и Берлину... Б. Е. Каушанская (1948), 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 7 раз, при скарлатине — в 4 раза, при кори — в 2-3 раза, а при коклюше — в 1,8 раза. Смертность от коклюша обуславливалась не только уровнем заболеваемости различных контин-гентов, но и высокой летальностью, которая была неодинаковой в различных слоях населения с различной материальной обеспеченностью. В тяжелых бытовых условиях, в бедных кварталах дети заболевали в более раннем возрасте, в котором коклюш представлял особую опасность"<sup>10</sup>.

С другой стороны, «классические» врачи тогда не только не имели никакого представления о природе этой болезни (возбудитель был выделен Жюлем Борде и Октавом Жангу из Института Пастера в Брюсселе лишь в 1906 г.), но, в отличие от гомеопатов, своими методами лечения лишь ухудшали прогноз. Широко использовались кровопускания и пиявки,

9 Coulter H.L., Fisher B. L. A Shot in the Dark. Why the P in the DPT vaccination may be hazardous to your child's health. N.Y., 1991, p. 4.

10 Покровский В. И. Эволюция..., с. 238 — 239.

рвотные ("для удаления общей слизи"), препараты ртути, опиум. Вряд ли можно сомневаться, что ужасающая статистика смертности от коклюша того времени по меньшей мере отчасти была обязана такому лечению, бывшему едва ли не хуже самой болезни. Сегодня коклюш все еще остается серьезной проблемой в развивающихся странах<sup>11</sup>.

И после открытия природы болезни врачи долго еще не имели средств ее «научного» лечения—до самого появления в годы Второй мировой войны антибиотиков, резко сокративших смертность от такого осложнения коклюша, как пневмония. Однако смертность от коклюша снизилась со второй половины XIX до середины XX в., когда только и появились соответствующие прививки, на 90% в США,

Англии и Швеции<sup>12</sup>. Такое резкое снижение, впрочем, не было привилегией одного лишь коклюша. Резко снизилась смертность от скарлатины, кори, гриппа, туберкулеза и тифа, вне всякой связи с наличием или отсутствием прививок. Связано это было в первую очередь со значительным улучшением санитарно-гигиенического состояния мест проживания людей и со значительно улучшившимся питанием. Более здоровые дети и взрослые могли лучше сопротивляться болезни. Кроме того, не исключено, что свою роль сыграл и накапливающийся в поколениях иммунитет к постоянно присутствовавшей болезни<sup>13</sup>. Снижение смертности от коклюша было примечательно еще и тем, что, в отличие от других инфекционных болезней, при которых заболеваемость и смертность снижались почти пропорционально, во многих европейских странах снижение смертности от коклюша значительно опережало снижение заболеваемости. В СССР, по данным российских авторов, к началу прививок снизились и заболеваемость, и летальность. «К началу активной иммуниза-

11 Это уточнение очень важно, потому что когда потрясенному родителю демонстрируют такие ужасные (и, вероятно, правдивые) цифры, что в мире от 600 тыс. до миллиона детей ежегодно умирают от коклюша или его осложнений, то при этом почему-то забывают уточнить, что речь идет о тех странах, где дети умирают миллионами решительно от всех болезней, как «контролируемых» прививками, так и «не контролируемых», в первую очередь от недоедания и от кишечных инфекций,

о которых как о причине смерти в цивилизованных странах давно уже и думать забыли.

12 Уже упоминавшийся комитет экспертов приводит такие данные по Великобритании: смертность от коклюша перед началом Второй мировой войны составляла 1/10 от той, что была сорока годами раньше; к середине XX в. один из тысяч детей умирал от коклюша. Смертность быстро снижалась и после войны, хотя эпидемии коклюша продолжались. Такая же тенденция была характерна и для США (Howson C Adverse..., p. 14).

13 Так, в 1920 — 1930-х гг. к десятилетнему возрасту 73% американских детей переносили коклюш (Coulter H L. A Shot..., p. 6).

ции в 1959 г общая летальность составляла в Ленинграде 0,07%, в Москве — 0,098%, а по СССР в целом была равна 0,7%. Больничная летальность уменьшилась до десятых долей процента, а среди детей старше 3 лет она была практически ликвидирована.. "14.

После снижения заболеваемости коклюшем, приписываемого прививке, сейчас вновь регистрируется повышение заболеваемости. Наименьшее количество заболеваний коклюшем в США отмечалось в 1976 г. — 1010 (по некоторым данным — в 1964 г., но речь идет о сходных цифрах). В 2000 г. было зарегистрировано 7800 случаев, из которых 17 закончились смертью. В 2002 г. число заболевших коклюшем уже превысило 970015. Российский авторский коллектив также подтверждает, что после бури восторгов, связанных с коклюшной вакциной и уменьшившейся (якобы благодаря ей) заболеваемостью коклюшем, постепенно все возвращается на круги своя: «С конца 80-х начала 90-х годов в США, Канаде, Германии, Японии, Испании, Польше, Финляндии и других странах с уровнем иммунной прослойки до 85 — 95%, а также в России (на всей территории страны) был отмечен значительный рост заболеваемости коклюшем... Самые высокие показатели регистрировались среди детского населения. Так, у детей до 2 лет они составляли в среднем 134,8 — 147,3 на 100 тыс. детей этой возрастной группы. Наибольшие показатели имели место в Москве — 360,6 и Санкт-Петербурге — 830,3 на 100 тыс. детей, что было характерно для допрививочного периода"16. Увы. И 85 — 95% «иммунной прослойки», оплаченных тысячами случаев постпрививочных осложнений и смертей, оказались совершенно бесполезными...

**Вакцина Безопасность и эффективность** В этой главе я хотел бы отступить от установленного порядка изложения подразделов, поскольку рассмотрение безопасности и эффективности коклюшной вакцины в отрыве друг от друга могло бы разорвать рассказ об этой вакцине и затруднить читателю понимание связанных с ней проблем. Вряд ли существует иная современная вакцина, которая могла бы сравниться с коклюшной по количеству тяжелых осложнений и смертей у ее «спасаемых» по весьма сомнительной эффективности, а также по слож-

14 Покровский В. М. Эволюция..., с. 244.

15 Сообщение корреспондента United Press International Стивена Митчелла от 10

октября 2003 г. (цит. по рассылке новостей NVIC от 27 октября 2003 г.).

16 Покровский В. М. Эволюция..., с. 253.

ностям с пониманием механизма ее действия в целом. Помимо нерешенных вопросов, связанных с производством вакцины как таковой (наличие в ее составе токсичных веществ, низкая степень очистки, контаминанты), существует немалое количество белых пятен в понимании природы самой болезни. Дело в том, что до сих пор неизвестен механизм возникновения и поддержания иммунитета при коклюше, что в изрядной степени обесценивает все усилия по созданию вакцины. Очевидно, что степень защиты от коклюша не связана вообще или связана лишь в очень незначительной степени с выработкой антител; иммунитет против коклюша основан на клеточном, а не на гуморальном механизме<sup>17</sup>. Такое положение вещей вкупе с особенностями болезни (большое количество стертых форм, трудности лабораторной диагностики) оставляет непозволительно большой простор для спекуляций о реальной защитной силе прививки.

Первая вакцина против коклюша была создана в 1912 г. уже упоминавшимися выше Борде и Жангу, выделившими возбудителя болезни. Вакцина, основанная на убитых высокой температурой бактериях, была в высшей степени грубой, вызывавшей немислимое количество побочных эффектов (методов выделения антигенов тогда еще не существовало, поэтому в вакцину попадало все, нужное и ненужное) и малоэффективной (хотя бы потому, что не использовались адъюванты). Идея создания вакцины против коклюша особенно понравилась американцам, у которых уже к 1914 г. шесть компаний производили такую вакцину. Доказать какую-либо эффективность этих вакцин так и не удалось, широкого практического применения они не нашли, а потому в 1931 г. их производство было прекращено. В 1925 и 1929 гг. датчанин Торвальд Мадсен из Датского государственного института сывороток в

Копенгагене применил свою вакцину при двух вспышках коклюша на Фарерских островах в Северном море. В первой из них, когда вакцина начала применяться уже во время активного распространения болезни, она очевидно не предотвращала заболевания коклюшем но, согласно Мадсену, делала болезнью мягче (о, это неизменное прививочное «мягче», когда предупредить болезнь прививкой не удастся!). Во втором случае результат был лучше — Мадсен сообщил, что заболеваемость коклюшем привитых была на 20% ниже, чем у непривитых. Мадсен же опи-

17 «Нет прямых доказательств, что сывороточные антитела к коклюшным антигенам способны обеспечивать защиту... Главным элементом противокклюшной защиты является клеточный иммунитет» (Медуницын Н.В. Вакцинология с. 137). Эта же фраза без малейших изменений (и почему-то без указания источника) воспроизведена в книге В. Ф. Учайкина и О.В. Шамшевой «Вакцинопрофилактика. Настоящее и будущее». М., 2001, с. 125.

сан два случая смерти новорожденных в течение 48 часов после прививки против коклюша в Дании. Кроме того, он сообщил, что многие его коллеги «видят серьезное недомогание, следующее за прививкой»<sup>18</sup>.

В 1930-х годах были предприняты новые попытки создания надежной и эффективной вакцины, но все они закончились неудачей. Лишь в 1940-х годах удалось получить вакцину, эффект от применения которой мог быть сочтен ощутимым. Произошло это благодаря работе пионера американских разработок цельноклеточной коклюшной вакцины Перл Кендрик, обнаружившей, что после добавления алюминия усиливается защитный эффект вакцины и для ее производства требуется меньшее количество бактерий. Именно Кендрик предложила объединить вакцины от коклюша, дифтерии и столбняка. По ее словам, «с увеличением количества проведенных иммунизационных мероприятий для детей логично было бы изучить подходящую комбинацию антигенов для активной иммунизации, чтобы уменьшить количество необходимых уколов, снижая тем самым

дискомфорт для ребенка и его родителей и упрощая административные процедуры"19.

18 Madsen T. Vaccination against whooping-cough // / Am Med Ass. 1933; 101:239 — 241.

19 Coulter H. A Shot..., p. 6. Такой творческий подход, припудренный трогательной заботой об удобствах детей и экономии времени родителей и очень занятых врачей,

понравился, и «коктейлизация» прививок получила дальнейшее распространение. В 1959 г. в США появилась новая вакцина — «Квадриджен», в которой, кроме уже имевшихся дифтерийного, коклюшного и столбнячного компонентов, находилась еще и полиомиелитный (вакцина Солка). Из-за огромного количества тяжелых побочных реакций и последовавших за тем успешных судебных исков она была безлишнего шума отозвана с рынка. Причины, по которым «Квадриджен» приводила к смерти и увечьям, до сих пор в точности неизвестны. Предполагается, что в вакцине находилось слишком много ртутисодержащего консерванта, а также что при еетранспортировке систематически нарушался режим «холодовой цепи». Хотя многие врачи указывали на странный цвет приходящей к ним вакцины, производитель — не пропадать же, в самом деле, добру! — упорно отказывался забирать испорченные при транспортировке лоты (подробнее см. там же, p. 178). Так или иначе, но угрюмое "I'll be back!" было все же пророчески вымолвлено «Квадридженом». В следующей серии бесконечного прививочного сериала, уже много лет спустя, возвращение постаревшей, но пугающе размножившейся и снабженной новым боекомплектом вакцины-терминатора состоялось под названиями «Тетракок», «Квадрисель» и «Пен-

тасель». Само собой разумеется, что, «учитывая безопасность, удобство и эффективность этого подхода, ВОЗ предусматривает возможность одновременного введения всех вакцин, которые необходимы ребенку данного возраста» (Адамович М.

М. и др. Иммунопрофилактика инфекционных болезней. Минск, 2002, с. 34). Интерес к вакцинным многосмешениям проснулся сравнительно недавно, и произошло это в связи с лавинообразным

увеличением количества доступных и обязательных прививок и их доз. Об этом говорится в других главах настоящей книги.

Усиление защитных свойств вакцины позволило выпустить ее во второй половине 1940-х годов на рынок США В1947 г. Комитет по инфекционным болезням при Американской академии педиатрии рекомендовал планомерно прививать детей от коклюша и делать это в комбинации с вакцинами против дифтерии и столбняка. В1948 г. уже около десятка фармкомпаний производило вакцину DPT (АКДС). Сообщения о побочных эффектах вакцины, впрочем, также не замедлили появиться. В1948 г. Рэндольф Байере и Фредерик Молл с медицинского факультета Гарвардского университета первыми сообщили о детях, получивших тяжелое поражение мозга в результате использования разных коклюшных вакцин<sup>20</sup>. За 10 лет они наблюдали 15 случаев госпитализации в Детский госпиталь Бостона (все у детей в возрасте от 5 до 18 месяцев). Никто из них не имел никаких судорог до получения прививки. Реакции случались после любой по счету прививки (первой, второй или третьей) и возникали в промежутке от 20 минут до 72 часов после нее. Ведущим симптомом были судороги, длившиеся от нескольких минут до нескольких дней. Наблюдались изменения в активности (от сонливости до глубокой комы). Из этих 15 детей двое умерли от пневмонии, у пяти развился паралич (гемиплегия), у двоих - фактическая децеребрация (полная утрата высших мозговых функций), пять стали умственно неполноценными и всего лишь один полностью выздоровел. Публикация данных Байерса и Молла лишней раз напомнила о существовании серьезнейшей проблемы безопасности вакцин, известной еще со времен «благодетеля» Дженнера.

Но эта статья была лишь началом<sup>21</sup>. После нее начали регулярно появляться все новые сообщения о смертях и тяжелых увечьях, ставших следствием использования коклюшной вакцины. Е. Кёнг в 1953 г. собрал из литературы сообщения о 82 ставших известными случаях мозговых реак-

<sup>20</sup> Byers R. K, Moll F. C. // Pediatrics. 1948; 1:437.

21 Можно также отметить наблюдение, сделанное годом раньше. Ребенок получил прививку во время того, что могло быть охарактеризовано как нераспознанная атака коклюша. Через две недели развилась мягкая форма энцефалита. Был привит во второй раз, через неделю после чего было ухудшение. Был привит в третий раз,

ухудшение наступило через 3 дня. Через год спонтанное ухудшение состояния.

Теста ради (каждый врач в душе ведь и экспериментатор, не так ли?) ребенку сделали внутрикожную прививку вакцины, которая через 12 часов вызвала тяжелый вялый паралич. Дело завершила бронхопневмония, развившаяся несколькими неделями позднее (Brody M., Sorley R. J. // NY St J Med. 1947; 47:1016). Интересно, в свететакых реакций ребенка на введение коклюшной вакцины и продолжающихся при этом упорных прививках, можно ли назвать всю эту историю иначе, чем злонамеренным убийством?

ций после прививки против коклюша. Итог: 11 смертей, 24 стойких поражения нервной системы в виде эпилептиформных припадков, спастических параличей, умственной отсталости, изменений характера. В 15 случаях было полное выздоровление; информация о том, чем закончились 32 оставшихся случая, отсутствовала<sup>22</sup>. В Англии и Уэльсе за 1958 -1965 гг. было зафиксировано 7 смертей в результате энцефалита, менингоэнцефалита или энцефалопатии после прививок, включавших в себя коклюшный компонент<sup>23</sup>. Кроме того, в Англии же выяснилось, что коклюшная вакцина если и эффективна, то лишь тогда, когда нет настоящей угрозы коклюша. Когда же на горизонте появляется вспышка или эпидемия, то прививка вообще-то бесполезна для предупреждения дальнейшего распространения болезни, что следовало из статьи Вильсона, опубликованной в 1965 г.<sup>24</sup> Позднее это было вполне подтверждено данными Миллера и Флетчера, которые в 1976 г. сообщили о вспышке коклюша, охватившей 8 тыс. детей в возрасте примерно от пяти месяцев до пяти лет. Из 775 поступивших в госпитали детей 39 были привиты полностью, 41 — частично, 616 не были привиты и история полученных прививок еще

79 была неизвестна. Из не нуждавшихся в госпитализации полностью привитыми оказались 2901, частично привитыми — 590, непривитыми -1808 и еще у 2028 не удалось выяснить, были ли сделаны ранее прививки<sup>25</sup>. Хотя поступивших в больницу привитых оказалось намного меньше, чем непривитых, данные в целом (особенно большое количество заболевших) вряд ли могут свидетельствовать в пользу значительной защитной силы прививки. Весьма вероятно (и это мы знаем на примерах аналогичных случаев), что многие непривитые не были привиты по причине имевшихся у них серьезных болезней и изначально имели большую предрасположенность ко всем инфекционным болезням. Именно такой контингент детей дает наибольшее количество осложнений в ответ на введение вакцины, и<sup>22</sup> Kong E. /I Helv. Paed. Ada. 1953; 8:90.

23 Поликомпонентные вакцины, производимые британскими компаниями «Листер»,

"Глаксо» и «Бэроус вэлкам», появились в 1957 г., а программа массовых прививок против коклюша началась в Великобритании в 1958 г. Заслуживает упоминания, что в 1956 г., за год до появления собственных английских вакцин и за два года до начала массовой прививочной кампании, смертность от коклюша составляла в Англии и Уэльсе 2 на миллион населения, а в 1870 г. она равнялась 512!

24 Wilson A. T. et al. Whooping cough: difficulties in diagnosis and ineffectiveness of immunization // BMJ. 1965; 2:623 — 626.

25 Miller C L, Fletcher W. B. Severity of notified whooping cough // BMJ. 1976, 17 Jan; 117

- 119. Цит. по: Scheibner V. Vaccination. 100 years of Orthodox Research Shows that Vaccines Represent a Medical Assault on the Immune System. Australia, 1993, p. 20-21.

именно среди таких детей обнаруживается максимальное количество заболевших, в том числе и серьезно, причем «привитость-непривитость» играет здесь весьма незначительную роль. Несмотря на то что каждая вспышка коклюша в очередной раз доказывает, что привитые заболевают ничуть не меньше непривитых, некоторые вполне престижные учебные пособия продолжают заявлять, что коклюш встречается исключительно у непривитых<sup>26</sup>.

Стоит ли после этого удивляться, что вчерашние студенты, выучившие, что коклюша у привитых не может быть так же, как не может быть вечного двигателя, став докторами, уверенно ставят диагнозы бронхита, ларингита, ОРВИ — чего угодно, но не коклюша, ведь его не может быть по причине «привитости» пациента?

С 1954 по 1955 г. в США были разработаны специальные тесты, используемые и по сей день, призванные определить потенциальную токсичность серии вакцины и предотвратить побочные реакции. Тесты были основаны на том\* продолжает ли некоторое количество мышей набирать вес после сделанной инъекции вакцины. Если нужное количество мышей не погибает и продолжает набирать вес, то делается вывод, что эта вакцина подходит для ее применения у детей. Как легко могут догадаться читатели, эти тесты оказались очень и очень ненадежными. Вакцины, включающие в себя коклюшный компонент, продолжали и продолжают убивать и калечить детей, даже пройдя все мышинные опыты<sup>27</sup>, и в свое время отсутствие связи между тестами на токсичность такого рода и истинной реактогенностью вакцин показал д-р Кристенсен из фармацевтической компании «Эли Лилли». Результаты своего исследования он доложил на международном симпозиуме по коклюшу в 1963 г. Кристенсен заявил: «Не вы-

26 Например, как читателям понравится такое: «Коклюш — болезнь, вызываемая грам-отрицательной бактерией *Bordetella pertussis* у лиц, не получивших прививку DPT»?

Сказано не в интервью бульварной газетенке какого-нибудь прожженного прививочного дельца, а в «карманной» версии престижного руководства, лежащего на столах у врачей по всему миру! Pocket companion to Robbins' pathologic basis of disease. 6th ed., 1999, p. 188. Во имя чего столь примитивная ложь?

27 О том, как тестировалась вакцина АКДС в СССР и продолжает тестироваться в России, немало сказано в материале Г. П. Червонской «Мифы и правда о прививках»

в докладе РНКБ при АН РФ «Вакцинопрофилактика и права человека» (М., 1994).

Согласно ее данным, в России повторяются бессмысленные тесты на токсичность,

предложенные американцами: если взрослые животные (целых две морские свинки аж пять мышей — для безопасности детей ведь ничего не жалко!) продолжают набирать вес после инъекции вакцины, то данная серия считается безопасной для введения младенцам. Если кто-то при этом считает, что такой абсурдной «науке»

можно доверять, то ему явно не место среди тех, кто принимает решения, последствия которых затрагивают здоровье миллионов детей.

зывает сомнений, что тяжелые неврологические реакции случаются у детей, иммунизированных коклюшными вакцинами, которые прошли существующие ныне тесты на токсичность... Стало ясно, что нет связи между результатами тестов на токсичность на мышах и количеством, реакций на вакцину у детей"28.

Каков риск необратимого поражения нервной системы ребенка коклюшной вакциной? Российский вакцинатор пишет: «Поствакцинальный энцефалит развивается в редких случаях (1 случай на 250000 — 500000 инъекций) на третьи-четвертые сутки после вакцинации; при этом наблюдаются судороги, часто повторные, парезы конечностей"29. Американские авторы, сообщая об оценке риска поражения ЦНС, равного 1:320000 прививок, который был получен в Великобритании в конце 1970-х годов, добавляют: «Надо отметить, что в США большинство детей получают пять доз. Таким образом, на основе этих цифр можно оценить, что 1 из 60000 американских детей получил серьезное стойкое повреждение мозга от цельноклеточной коклюшной вакцины. Вдобавок к этой редкому серьезному поражению есть вероятность того, что крайне нейротоксичная коклюшная вакцина может вызвать менее заметное поражение мозга у гораздо большего числа получивших вакцину. Это поражение может выражаться в снижении интеллекта, проблемах с чтением, затруднениях с речью или аутизме. Так как эти виды мозговых нарушений становятся видны через годы

после вакцинации, мы можем никогда не узнать, кто на самом деле пострадал от цельноклеточной коклюшной вакцины"<sup>30</sup>.

Говоря о самых тяжелых реакциях на коклюшную вакцину в виде необратимого поражения нервной системы, не следует, разумеется, забывать и об иных, куда более частых и также достаточно неприятных реакциях, хотя и не ведущих к столь тяжелым последствиям. Высокая реакто-генность этой вакцины никогда не была секретом. Так, даже в советские времена в сборнике работ по дифтерии отмечалась следующая частота реакций на дифтеритно-коклюшную вакцину: после введения вакцины в первый раз местные реакции (гиперемия и инфильтрат) наблюдались у 19,5% привитых; общие реакции различной степени выраженности — у 34,6%. Кроме того, у 1,1% были отмечены дисфункция кишечника, рвота, судороги и другие системные реакции. После второй прививки общие<sup>28</sup>

Cristensen C. N. Pertussis Vaccine Encephalopathy. Eli Lilly Report, 1962, 1-5, p. 10. Цит.

но: Geier D., Geier M. J. The true story of pertussis vaccination: a sordid legacy? // *Hist Med Allied Sci.* 2002 Jul; 57(3):249 — 284.

29 Медуницын Н. В. Вакцинология, с. 134.

30 Geier D. The true... Перевод Е. Пескина (Москва).

реакции встречались в 25,4% случаев, после третьей — в 22,0%<sup>31</sup>.

И в течение 1970-х, и в течение 1980-х годов продолжали публиковаться материалы исследователей, показывающие, что коклюшная вакцина может стать причиной тяжелых неврологических осложнений, включая и смерть<sup>32</sup>. После 37 смертей младенцев и 57 других «совпавших по времени» тяжелых заболеваний, случившихся в Японии в 1970-1974 гг., и начавшегося бойкота вакцинации со стороны родителей и врачей прививка DPT была сначала прекращена, а потом возобновлена с двухлетнего возраста. Япония, бывшая на 170-м от конца месте по детской смертности в мире, немедленно стала страной с самой низкой детской смертностью на планете. Так продолжалось до начала 1980-х годов, когда на рынке появилась новая бесклеточная коклюшная вакцина (о ней см. ниже), которая была преподнесена не только как высокоэффективная, но и как совершенно безопасная. Родителям

предложили выбирать, когда они хотят привить ребенка — в возрасте от 3 до 48 месяцев. За 12 лет (с 1981 по 1992 г.) частота синдрома внезапной детской смерти (СВДС) возросла в Японии с 0,07 до 0,3%-в 4,7 раза. Опыт Японии не остался без внимания исследователей. В начале 1980-х годов появились первые серьезные публикации, связывающие вакцину DPT и синдром внезапной детской смерти<sup>33</sup>.

Читателям, думаю, будет небезынтересно узнать об уловках, которые предпринимали производители вакцин, чтобы избежать ответственности за увечья и смерти детей. Например, в Теннесси в начале 1979 г. четверо младенцев в возрасте от 2 до 3 месяцев скончались в течение 24 часов после получения вакцины одной и той же серии, произведенной компанией «Виетт». Как только об этом стало известно, заместитель директора отделения вакцин Управления контроля пищевых продуктов и лекарств (FDA) д-р Тэд Кэннон приказал отозвать всю серию. Сам директор, д-р Джон Петриччани, был в этот момент в отъезде. По возвращении он имел в высшей степени откровенную и нелицеприятную беседу с производителями вакцины, после чего серия вакцины, убившая четверых малышей... была незамедлительно возвращена для дальнейшего беспрепят-

31 Резник Я. Б. Реактогенность коклюшно-дифтерийной вакцины и методы ее снижения // Сиземова ГА и др. Дифтерия. Кемерово, 1971, с. 90. Снизить реактогенность, похоже, не очень получилось: «Наиболее реактогенной вакциной календаря прививок является АКДС-вакцина». Медуницын Н.В Вакцинология с. 133.

32 Подробнее см.: Geier D. The true...

33 Torch W. C. Diphtheria-Pertussis-Tetanus (DPT) Immunization: A Potential Cause of the Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) // Neurology 1982; A169 — A170. Связи прививки DPT и СВДС посвящена объемная глава в книге д-ра Виеры Шайбнер, долгие годы изучающей эту тему. См.: Scheibner V. Vaccination .., p. 59 — 68.

ственного использования. Кроме того, угодливый д-р Петриччани извинился за этот досадный казус и торжественно пообещал производителям вакцин, что такого больше не повторится. Но урок

был хорошо усвоен, и никогда после этого ни в один штат США серии больше не посылались целиком — наоборот, их старались максимально «рассеивать» по всей стране, чтобы ни у кого не возникло ощущения, что определенная серия вызывает неприемлемо большое количество побочных эффектов<sup>34</sup>.

А вот история об одном из прививочных «экспертов», профессоре Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе д-ре Джеймсе Черри. В 1979 г. он выступал на симпозиуме, финансирувавшемся прививочной компанией «Коннот», и отметил, что всем врачам-де хорошо известно, что цельноклеточная вакцина способна иногда вызывать тяжелые реакции, а те могут быть связаны с необратимым поражением мозга или даже со смертью. Спустя некоторое время в отношении Черри к проблеме прививки коклюшной вакциной и последующего поражения мозга начались чудесные метаморфозы. В 1980-х годах Черри был принят на работу консультантом и экспертом в ряде фармацевтических компаний и стал использовать свои научные титулы для защиты интересов производителей вакцин в судах, заявляя, что никто и никогда не доказал еще связи цельноклеточной вакцины и необратимого поражения мозга. Он начал публиковать отрицающие такую связь статьи в научных журналах, а в 1988 г. возглавил экспертный комитет по коклюшной вакцине, выводы которого должны были стать определяющими для Американской академии педиатрии. Позднее в архивах академии обнаружили непредусмотрительно сохранившиеся письма о назначении членом комитета, в которых тех предупреждали, что не должна быть обнаружена какая-либо связь коклюшной вакцины и поражения мозга. Точка зрения Черри была весьма охотно принята Американской академией педиатрии и Американской академией неврологии в качестве официальной позиции. В 1990 г. Черри опубликовал в «Журнале Американской медицинской ассоциации» статью под заголовком: «Энцефалопатия, связанная с коклюшной вакциной: пришло время признать это мифом». В декларации, поданной вместе со статьей, Черри заявил, что нет никакого «конфликта интересов», связанного с этой публикацией. Однако шила в мешке утаить не удалось, и сам «Журнал Американской медицинской ассоциации» впоследствии вынужден был признать,

что Черри был не вполне честен, говоря об отсутствии «конфликта интересов». Подлинные размеры «независимости»

34 Geier D. The true...

Черри как эксперта вскрылись позднее, когда стало известно, что он получил в качестве грантов от «Ледерле», производителя вакцины DPT, свыше полутора миллиона долларов. Кроме того, он выступал представителем «Виетт», «Ледерле» и «Коннот» в 85 судебных процессах, связанных с исками по вакцине DPT, так что в совокупности тот «интерес», в отсутствии которого клялся «специалист по прививкам», оценивался в круглую сумму около — 2 млн. долларов<sup>35</sup>.

Будь неприглядные истории, аналогичные этой, исключением из правила, они бы не заслуживали даже упоминания, поскольку характеризовали бы поведение лишь одного человека. Но беда именно в том и заключается, что такие случаи не исключение, а норма в мире вакцин. Практически из каждого исследования, в очередной раз доказывающего «эффективность и безопасность» вакцин, из каждого очередного «опровержения» неугодных выводов о связи прививок и болезней, из каждого «аналитического обзора», публикуемого в престижном научном журнале, торчат ослиные уши фармацевтических компаний, не мытьем, так катаньем находящих способ расплатиться со своим наемным работником за выполненный заказ, причем таким образом, чтобы ни у кого не возникли подозрения. Рафаэлла Моро-Горвин и Майкл Горвин, родители двухлетнего Александра, скончавшегося от опухоли мозга (в развитии которой они подозревают полученные ребенком прививки), писали в своем письме конгрессмену Дану Бёртону, инициировавшему слушания по вопросам прививок: «В «Журнале Американской медицинской ассоциации» в марте 1990 г. Черри объявил «мифом» связь между коклюшем и энцефалитом. Такое заявление — оскорбление искалеченных и погибших в течение 50 лет детей и их скорбящих родителей. Но если вы разберетесь, кто такой Черри, его позиция становится вполне разумной. Он получает финансирование от одного из крупнейших производителей вакцин. За что ему деньги платят?.. Вот ведь какая возникает проблема: он

считается, как врач, «независимым» и «заслуживающим доверия». Его исследования, анализы и выводы считаются «объективными». Он полноправный рецензент «Журнала Американской медицинской ассоциации». Это значит, что он имеет влияние на решение, что публиковать, а что — нет; что следует сообщать детским врачам, а что — нет. Его статьи в «Журнале Американской медицинской ассоциации» и в иных крупных медицинских журналах читают тысячи врачей. Когда д-р Черри говорит, что энцефалопатия как следствие вакцин — «миф», этим словам верят. Детям делают прививки. После35 Там же. См. также: Coulter H. A Shot..., p. 182 — 184.

того как Александр получил прививку DPT, у него были конвульсии. Мы вызвали педиатра, и он сказал нам, что беспокоиться не о чем: «Иногда у маленьких детей бывает такое возбуждение». Педиатр не принял во внимание энцефалопатию. Вероятно, наш педиатр знал, что была полемика относительно коклюшной вакцины, а согласия ученых по этому вопросу не было достигнуто... С одной стороны, были искалеченные и умершие за 50 лет дети, а также педиатры и детские невропатологи, которые знали об энцефалопатии, потому что видели ее. С другой стороны, был такой выдающийся врач, как Черри. Обе стороны, казалось, имели равноправно объективные точки зрения. Врачи с каждой стороны разумно обсуждали вопрос, в то время как на карту были поставлены человеческие жизни. Но эта «полемика» — фикция. С одной стороны, у вас опыт, наблюдения и клинические навыки. С другой стороны, фармацевтическая компания, защищающая свои громадные прибыли. Люди вроде Черри — не врачи, если вы определяете врачей как истинно объективных и разумных профессионалов, ищущих правду. Люди вроде Черри — наемные обладатели степени «доктор медицины». Их позиция и аргументы зависят от того, кто за них платит. К сожалению, есть много, очень много обладателей степеней докторов, подобных Черри. Люди хотят, чтобы им платили, а некоторым хочется, чтобы им платили больше, чем другим. Как уже говорилось ранее, есть два крупных работодателя от науки — фармацевтические компании и правительство США. Так как тот, кто платит, тот и заказывает музыку, преобладающей точкой зрения в

медицинской литературе является точка зрения фармацевтических компаний и правительства. При всем уважении к прививкам трудно понять, где заканчиваются фармацевтические компании и начинается правительство. Правительство навязывает прививки, а корпорации, подобные «Ледерле», их производят. Есть ли причина для тех или других допустить, что прививки могут вредить? Допустить это значило бы сделать правительство предметом жесточайшей критики, а фармацевтические компании потеряли бы миллионы долларов. Другой пример продажности науки- «ученые», подобные Черри, определяют частоту побочных осложнений и сообщают о них. Как часто аутизм, СВДС, энцефалит, постоянные неврологические дефекты и рак возникают вследствие прививок? Это решают производители вакцин через своих карманных ученых. Считается ли внезапная смерть новорожденного, последовавшая двадцать дней спустя после прививки связанной с прививкой, или таковой она может быть лишь спустя семь дней, три дня или 24 часа? Кто это устанавливает? Если вы внимательно изучите данные о частоте побочных реакций, то вы увидите, что фармацевтические корпорации

финансировали большинство исследований по этому вопросу. Другими словами, производители вакцин сами установили, что им нужно для своих собственных целей. Они выбрали такие цифры, которые гарантировали бы, что большинство связанных с вакцинами смертей и увечий не считались таковыми. Ваш ребенок умер семь дней спустя после прививки? Извините, он должен был умереть в течение 24 часов, чтобы была доказана связь с прививкой. В противном случае причина смерти неизвестна. Большинство самых влиятельных врачей в США связаны с фармацевтическими компаниями. Влияние фармацевтических компаний так велико, что повестка дня производителей лекарств стала повесткой дня основного течения медицины и правительства США<sup>36</sup>.

Увы, не только США, но и всего мира! Не будь прививочный мир насквозь пропитан самой отвратительной коррупцией, миф о «безопасных и эффективных прививках» давно бы лопнул как мыльный пузырь. А на основании заказных исследований таких «экспертов», как Черри, и российские вакцинователи преподносят

читателям похожие «научные» выводы: «Раньше считалось, что под влиянием коклюшного компонента АКДС развивается энцефалит. В настоящее время доказана ошибочность такого мнения. В редких случаях возникновения симптоматики энцефалита в поствакцинальном периоде речь обычно идет о разнообразных заболеваниях (инфекционные менингоэнцефалиты, наследственные лейкодистрофии и др.), начальные проявления которых совпали по времени с вакцинацией (выделено мной. -А. К.)»<sup>37</sup>. Или вот что пишут те же авторы о пронзительном, в течение долгих часов, крике ребенка, которого «спасли от коклюша» прививкой АКДС (этот крик — многократно доказанное свидетельство раздражения мозговых оболочек при развивающемся отеке мозга): «Непрерывный пронзительный крик (визг), продолжающийся в течение нескольких часов после прививки, раньше связывали с повышением внутричерепного давления и относили к осложнениям. Сейчас все более склоняются к мнению, что такой крик — результат болевой реакции на введение; в любом случае эта реакция не оставляет последствий»<sup>38</sup>.

Отсутствие малейших признаков чести и совести — характерная черта работ большинства «специалистов в вакцинологии». Впрочем, другой российский вакцинолог более искусен: «К сожалению, пока невозможно полностью предотвратить неврологические осложнения от введения»<sup>36</sup> Testimony of Raphaelle Moreau-Horwin & Michael Horwin. Письмо сенатору Дану Бер-

тону от 12 апреля 1999 г. (имеется на ряде сайтов).

<sup>37</sup> Учапкин В. Ф. Вакцинопрофилактика..., с. 128.

<sup>38</sup> Там же, с. 127.

АКДС-вакцины, однако следует отметить, что риск возникновения поражения мозга от заболевания коклюшем в 3000 раз выше, чем от введения вакцины»<sup>39</sup>.<sup>0</sup> не выдерживающих никакой критики методах определения соотношения риска болезни и риска осложнений при прививке речь пойдет в главе о кори, а потому сейчас я на этом останавливаться не буду.

Тем не менее всегда были и есть добросовестные ученые, спасающие честь мундира профессии перед лицом позорящих ее

«экспертов» вроде Черри.

Серия сообщений в английских средствах массовой информации о погибших и искалеченных прививкой детях стала причиной резкого падения числа привитых детей (с 80 до 30%; в некоторых районах вообще было не более 9% привитых) в Великобритании с 1974 по 1978 г., что, как утверждается, стало причиной возросшей заболеваемости, когда в период с 1977 по 1979 г. было зарегистрировано «свыше 100 тыс. случаев коклюша», причем «многие закончились смертью». Сообщение об этом факте уже долгие годы кочует по прививочным агитматериалам и, безусловно,

требует комментариев. Эти якобы связанные с низким процентом привитых вспышки или эпидемии коклюша изучал проф. Говард Стюарт с кафедры общественной медицины университета в Глазго.

В своих статьях<sup>40</sup> он заявил, что, согласно его анализу, коклюшная вакцина в самом лучшем случае лишь частично способствовала снижению заболеваемости коклюшем, но никогда не доказывала свою эффективность в защите тех, для кого коклюш только и может представлять реальную опасность, а именно детей в возрасте до года. Примерно 30 — 50% заболевших во всех вспышках и эпидемиях неизменно составляли полностью привитые<sup>41</sup>. Около 95% непривитых детей в возрастной группе от рождения до пяти лет либо вообще не заболели коклюшем (хотя известно о высокой к нему восприимчивости), либо об этом не сообщалось. Стюарт указал, что эпидемии коклюша происходят каждые три-четыре года вне зависимости от того, каков процент привитых; таким образом, случившаяся эпидемия (1977 -

1978 гг.) была вполне ожидаема по срокам, и ничего удивительного в ней не<sup>39</sup> Медуницын Н. В. Вакцинология, с. 134.

<sup>40</sup> Stewart G. T. Vaccination against whooping cough. Efficacy versus risks // Lancet. Jan 1977; 29:234 — 7, Danger // Here's Health. March, 1980, Re: Whooping cough and whooping cough vaccine: the risks and benefits debate // Am J Epid. 1984; 119(1): 135 — 9.

<sup>41</sup> Можно упомянуть и статью д-ра D. Pollock, опубликованную в Proceedings of the Royal Society of Medicine. 1970; 63:8, p. 811, согласно которой в период с 1967 г. до написания статьи, случаи заболевания

коклюшем наблюдались автором у 56% привитых в возрасте до четырех лет.

было. Притом что заболеваемость действительно оказалась немалой и даже превышающей прежний рекорд 1967 г., эпидемия была примечательна наименьшей когда-либо регистрировавшейся смертностью. Никакой разницы с количеством заболевших привитых по отношению к предыдущим эпидемиям обнаружено не было. То же самое, со слов Стюарта, наблюдалось и в Канаде, и в США при большем проценте привитых. В заключение статьи Стюарт заявил, что сотни, если не тысячи здоровых до того детей получили необратимое повреждение мозга в результате использования этой вакцины в Великобритании. Стюарт выразил также сожаление, что разрешил привить от коклюша своих собственных детей в 1950-х годах. Кроме того, другой профессор, немец Вольфганг Эренгут, критикуя выводы британского пропрививочного Объединенного комитета по прививкам и иммунизации, указал, что в 1970 -1971 гг., при 70 — 80% привитых против коклюша детей, были зарегистрированы 33 тыс. случаев коклюша и 41 смерть от него, тогда как во время очередной вспышки в 1974 — 1975 гг., при значительном снижении процента привитых (до 30%, в некоторых районах до 10%), были отмечены лишь 25 тыс. случаев и 25 смертей. В той же статье Эренгут указал и на другие любопытные цифры. После серии несчастий, последовавших за прививкой, включавшей в себя коклюшный компонент, в 1962 г. Гамбурге было решено от нее отказаться. За 15 лет, проанализированных Эренгутом в его статье, в течение которых прививки не делались, обращения в больницы по поводу коклюша снизились с 3,7 до 0,8 на тысячу заболевших, при этом число осложнений также снизилось<sup>42</sup>.

Разумеется, во все эти статистические тонкости и не думали вдаваться российские авторы, бездумно повторившие стандартную прививочную мантру: «Следствием (отказов от прививок из-за тяжелых осложнений. -А. К) явились сокращение числа привитых АКДС-вакциной детей и полный отказ от иммунизации в таких странах, как Швеция, Англия, Япония. Это привело к повсеместному распространению коклюша на данных территориях и развитию

эпидемий, сопровождавшихся летальным исходом среди детей до 1 месяца жизни в 1 — 3% случаев и среди детей в возрасте 2,5 месяца — в 1,2 — 3% случаев. Таким образом, эффективность специфической профилактики в борьбе против коклюша была очевидна"<sup>43</sup>. Да кому же, спрашивается, она была очевидна? Ведь как установлено (см.

42 Ehrengut W. Whooping cough vaccination. Comment on Report from Joint Committee on Vaccination and Immunization // Lancet. 1978, 18 Feb.; 370 — 371. Вряд ли причиной этого могло быть исключительно резкое улучшение социальных условий, так как в то же самое время заболеваемость свинкой выросла в шесть раз.

43 Покровский В. И. Эволюция..., с. 252.

начало этой главы), основной причиной заражения младенцев являются подростки и взрослые, привитые в детстве и утратившие иммунитет, а первая прививка делается в 3 месяца жизни! Учитывая все это, в пользу . какой «специфической профилактики» может говорить большая или меньшая связанная с коклюшем летальность у детей в возрасте 1 — 2,5 месяца жизни? Это всего лишь один пример нелепостей, которыми богата пропрививочная литература. Внимательный читатель на каждом шагу обнаруживает натяжки, подлоги, манипулирование статистикой.

В 1982 г. в Великобритании медчиновниками было сообщено о 65875 случаях заболевания коклюшем, из которых 14 закончилось смертью. В средствах массовой информации началась настоящая вакханалия: газеты выходили с аршинными заголовками «Новая жертва смертельного заболевания», «Коклюш достиг нового пика» и прочими в том же духе, живописуя детей, рвущих в кашле легкие и получающих повреждения мозга. Разумеется, каждая статья заканчивалась призывом немедленно привить ребенка, если это еще не было сделано. Д-р Герберт Барри из лондонского госпиталя Чаринг-кросс был одним из немногих, кто энергично протестовал против развязанной в прессе кампании. В 1983 г. он писал: «С чего бы это вдруг вся эта шумиха вокруг десятка смертей (вероятно, в результате неправильного лечения) от коклюша, когда у нас каждый год 2500 смертей от СВДС, 2000 смертей в результате несчастных

случаев и 2500 смертей во время родов, тех смертей, которые можно было предотвратить?». В интервью, данном в 1984 г., он также заявил, что эпидемия была раздута искусственно: во время этой «эпидемии» врачи сообщали о таких случаях коклюша, которые бы в другое время получили у них иной диагноз. Даже в больнице лишь у половины пациентов делается анализ на выявление возбудителя болезни; в поликлинических же условиях он не делается почти никогда, поэтому никакой уверенности по поводу правильности поставленных диагнозов быть не может. Кроме того, почти все случаи были характерны для очень мягкого течения коклюша. В Чаринг-кросском госпитале, обслуживающем 25 тыс. детей, было лишь шесть госпитализаций по поводу коклюша, и все дети вернулись домой в течение трех дней<sup>44</sup>.

Собственно, доказательств провала опасной вакцины так много, а оснований для действительно серьезных опасений за судьбы заболевших коклюшем так мало, что можно лишь удивляться — не тому даже, что вакци-наторы все еще запускают свои пропагандистские мыльные пузыри о чу-

44 Coulter H. A Shot..., p. 97.

десах прививочной защиты от коклюша (это их работа и их кусок хлеба), а тому, сколько людей, в том числе и весьма образованных, в них верят. Шведский эпидемиолог Б. Троллфорс тщательно изучил вакцину против коклюша и в 1984 г. заявил, что максимальный ее защитный эффект не длится более двух-пяти лет и что она неспособна предотвратить заболевания коклюшем даже в таких странах с 90 — 95%-ным «охватом» прививками, как США. Он указал, что смертность от коклюша в индустриально развитых странах крайне низка и никоим образом не связана с процентом привитых в них, а также отметил тот факт, что смертность от коклюша в начале 1970-х в Англии и Уэльсе и Западной Германии, когда процент привитых был выше, превосходила смертность от него в конце 1980-х, когда процент привитых значительно снизился.

В 1989 г. в Уоррентоне (Вирджиния) состоялась конференция «Неврологические осложнения коклюша и прививки против коклюша», на которой выступали известные неврологи проф. Джон

Менкес и д-р М. Кинс-борн. В своем докладе они оценили смертность от коклюша в 2 — 3 на 1000 случаев, вероятность судорог — в 1,9%, а энцефалопатии — 0,3%. Что же касается вакцины DPT, то исследователи заявили, что она не стандартизована не только между разными производителями, но даже между разными сериями одного производителя, а сила и реактогенность вакцины, пока она не будет заморожена, зависят от сроков ее хранения. Менкес и Кинс-борн заявили также, что вероятность заболевания, ведущего к необратимому поражению мозга, в 4,5 раза выше для детей, получивших прививку DPT, в течение 72 часов после нее, чем для детей контрольной группы. Ими также было отмечено, что неврологи согласны между собой в том, что хотя судороги после прививки DPT и возникают на фоне повышенной температуры, они непосредственно с ней не связаны и являются далеко не столь безобидными, как обычные судороги младенцев при лихорадке. Риск необратимого повреждения мозга для детей, прививаемых DPT, был оценен ими как 1 на 310000 доз, что для ребенка, получающего 5 доз этой вакцины, обозначает риск 1 на 62000. Д-р Менкес, автор классического руководства по детской неврологии, известен в качестве подлинно независимого ученого, решительно выступившего против мнения большинства на заседании Академии неврологии, собравшейся в 1991 г., чтобы на основании «мнения» Черри и Ко провести заказную резолюцию об отсутствии связи вакцины и поражения мозга<sup>45</sup>.

45 Pediatric Neurology Society // Pertussis Immunization and the Central Nervous System // Ann Neurol. 1991; 29: 458 — 60.

В интернетовских дискуссиях автору этой книги не раз приходилось встречать сообщения родителей, из которых следовало, что врачи проявляют повышенное внимание к непривитым детям и в отношении них часто подозрительно настойчивы в своем требовании сделать посев мокроты или серологический анализ, которые могут подтвердить диагноз коклюша. Когда же на прием приходит привитый против коклюша, то по умолчанию считается, что коклюша у него быть не может, а потому ребенок без всяких анализов получает диагноз бронхита, ларингита, ОРВИ и т.д. Это — одно из объяснений, напрашивающихся в первую

очередь, многократного снижения заболеваемости коклюшем после введения прививок. С другой стороны, как только начинается снижение процента заветного прививочного «охвата», врачи, по выражению проф. Роберта Мендельсона, склонны ставить диагноз коклюша каждый раз, когда ребенку вздумается прочистить горло, создавая нужную статистику, свидетельствующую о необходимости срочно начинать прививки, и провоцируя естественные родительские страхи<sup>46</sup>.

Именно последствия прививок вакцинами, включающими в себя коклюшный компонент, стали причиной создания национальных компенсационных программ жертвам прививок (в 1970 г. в Японии, в 1978 г. в Великобритании<sup>47</sup>, в 1986 г. в США, после телевизионной программы «DPT- прививочная рулетка» и выхода в свет книги Култера и Фишер «DPT-выстрел в темноте»). Кстати, через несколько месяцев после программы «DPT- прививочная рулетка», показанной по многим каналам в США в 1982 г., штаты Висконсин и Мэриленд объявили об «эпидемии коклюша», причем у мэрилендских медчиновников даже хватило глупости связать «эпидемию» с массовыми отказами посмотревших передачу родителей прививать своих детей от коклюша (наделе требуется минимум несколь-

<sup>46</sup> "Одной из самых сложных проблем является диагностика стертых и легких форм заболевания вследствие выраженного коклюшеподобного синдрома при ряде других соматических заболеваний» (Покровский В. Эволюция..., с. 256).

<sup>47</sup> В 1973 г. в Великобритании была создана Ассоциация родителей детей, пострадавших от прививок. Она представила специально созданной Королевской комиссии по гражданской ответственности и компенсациям за личный ущерб (она же комиссия Пирсона) сообщения о 356 случаях тяжелой инвалидности (обычно необратимого поражения мозга), причиной которой объявлялись прививки; из них 240 были связаны с коклюшной вакциной. От государства требовалась компенсация за нанесенный ущерб. Ассоциацию родителей поддержали некоторые медицинские и фармацевтические объединения Великобритании. В итоге комиссия рекомендовала правительству принять ретроактивную (до 1948 г. включительно) компенсационную программу, и эти рекомендации

были утверждены в 1978 г. К середине 1980 г. было подано 2619 исков.

ко лет, чтобы последствия снижения «коллективного иммунитета» могли воплотиться во что бы то ни было серьезное). К осени 1982 г. в Мэриленде было сообщено о 41 заболевшем коклюшем. Специалист по инфекционным болезням д-р Дж. Э. Моррис, ранее уволенный из Управления контроля пищевых продуктов и лекарств (FDA) за «нарушение субординации» (на деле — за разоблачения махинаций с гриппозными вакцинами -см. главу о гриппе), взялся проверить эту информацию и обнаружил, что на самом деле возбудитель коклюша был обнаружен лишь у пяти детей, причем все пятеро были привиты — один полностью (четыре дозы вакцины), остальные — частично (одна и больше доз)ш. После этого «эпидемия» закончилась так же внезапно, как и началась. Вряд ли могут быть сомнения, что если бы все «страшные эпидемии коклюша», которыми так любят запугивать родителей работники прививочного фронта и их угодливые медподручные, проверялись таким же образом, то результаты были бы весьма близки к полученным Моррисом: никаких «эпидемий» в действительности нет, а привитые болеют ничуть не хуже непривитых.

Наивно было бы думать, что при «тотальном охвате», даже веря в действительную эффективность прививки и считая несчастных искалеченных прививкой и убитых ею неизбежными жертвами общественному благу, можно решить все проблемы с коклюшем. Недавнее подтверждение мы получили на примере Голландии, где дети уже долгие годы дисциплинированно прививаются родителями и заветный «охват» оценивается в 96% — выше, чем любой установленный вакцинаторами необходимый процент для прочного «коллективного иммунитета». В 1995 г. было зарегистрировано 325 случаев коклюша, в 1996 г. — 2778, к ноябрю 1997 г. — 3747. У заболевших были выделены... штаммы мутировавшего возбудителя<sup>49</sup>. Они же обнаружались позднее в Германии, Франции и Италии. Неужели теперь придется придумывать вакцину против новых штаммов коклюша и так *ad infinitum*, на радость производителям и распространителям вакцин?

Помимо всех прочих проблем, связанных с опасностью и очевидной неэффективностью вакцины, есть еще одна, которая также обычно замалчивается для широкой публики. Как в руководствах по инфекционным болезням, так и в сравнительно грамотных прививочных брошюрах упоминается, что младенцы в течение нескольких (до пяти-шести) месяцев жизни<sup>48</sup> Coulter H. L. A Shot..., p. 96.

49 Sheldon T. Dutch Whooping Cough Epidemic Puzzles Scientists // BMJ. 1998; 316:91 -

94. См. также: Mooi F. R. et al. Adaptation of Bordetella pertussis to Vaccination: A Cause for Its Reemergence? // Emerg In/Dis. June 2001; vol. 7 No 3 Suppl. p. 526 — 528.

пассивно защищены от коклюша материнскими антителами, полученными через плаценту; кроме того, антитела поступают и с грудным молоком (что, повторю лишний раз, указывает на огромную важность грудного вскармливания), а потому ранняя вакцинация бессмысленна из-за блокировки материнскими антителами «вакцинального процесса»<sup>50</sup>. Это правильно, но лишь в том случае, если сама мать в детстве имела контакт с естественной коклюшной инфекцией и приобрела к ней стойкий иммунитет. Однако в связи с тем, что ныне уже второе поколение матерей лишается возможности приобрести такой иммунитет (плановые прививки против коклюша начались в СССР в 1959 г.), так как у них он был подменен нестойким прививочным, матери не могут передать защиту своим младенцам. Этим объясняется уже отмеченное выше неуклонное смещение заболеваемости в самый ранний возраст, когда болезнь наиболее опасна. Даже самая первая прививка делается лишь в возрасте трех месяцев. Получается, что у привитой матери ребенок беззащитен перед коклюшем в течение всего «допрививочного» периода жизни<sup>51</sup>. Да и эффективность первой прививки под не меньшим сомнением, нежели все последующие, не говоря уже об опасности тяжелых и необратимых заболеваний, которые могут стать ее следствием. Сомнительно, что кто-либо имеет представление, как при нынешней прививкамании выйти из этого заколдованного круга, характерного также и для кори, о чем речь пойдет в

соответствующей главе. Сейчас<sup>50</sup> Медуницын Н. В. Вакцинология, с. 137. Как и в случае с иммунитетом после болезни(см. прим. 3), другой санкт-петербургский коллектив авторов также отличился оригинальным и безапелляционным «Иммунитет от матери не передается» (Самарина В. Н. Детские..., с. 93). Положительно, с коклюшем в этом городе творятся какие-то необъяснимые чудеса!

51 "Возникновение более 50% случаев коклюша у маленьких детей можно объяснить недостаточностью материнского иммунитета и отсутствием передачи защитных противокклюшных антител через плаценту от женщины к развивающемуся организму ребенка». Лобзин Ю. В. «Детские»..., с. 20. Исследование, проведенное под эгидой британской Лабораторной службы общественного здравоохранения (PHLS) в 1982 г., подтвердило, что при высоком проценте привитых заболеваемость смещается в ранний детский возраст и дает там максимальную смертность (в 20 раз превышающую смертность во всех остальных группах), а при падении этого количества привитых (как это было в 1975 г.) распределение заболеваемости по возрастным группам возвращается к допрививочному. Когда в 1979 г. Швеция отменила прививки против коклюша (из-за неприемлемого количества осложнений), патологическая прививочная эпидемиология быстро исчезла: случаи заболевания в возрасте до 6 мес. исчезли, в возрасте до 2,5 лет их стало мало. Основная часть случаев коклюша, как это было и в допрививочные времена, стала фиксироваться у детей в возрасте от 2,5 до 10 лет, когда опасность незначительна. Так что же делают прививки: защищают младенцев или навлекают на них болезнь^

в США начал дискутироваться вопрос, не следует ли прививать младенцев коклюшной вакциной сразу же после рождения.

По российскому календарю профилактических прививок вакцина АКДС планово вводится всем российским детям три раза с перерывом в один месяц с трехмесячного возраста. Ревакцинация в 18 месяцев. В любом случае из-за большого количества тяжелых осложнений коклюшная вакцина не назначается в возрасте старше семи лет. Как стало недавно известно, компания «Авентис Пастер»

решила устранить эту досадную несправедливость и разработать безопасную коклюшную вакцину для подростков и взрослых. Разумеется, подается это под соусом заботы о здоровье детей (традиционный и беспроектный трюк!): каждой беременной будет рекомендовано за несколько месяцев до предполагаемых родов настоять на том, чтобы все в доме привились от коклюша и тем самым защитили будущего ребенка. Это хороший пример бесконечной, но финансово очень выгодной прививочной цепочки: сначала прививками создать новые контингенты восприимчивого к инфекции населения, а потом придумать новую вакцину, чтобы и их привить.

Как известно, вакцина АКДС содержит в качестве инактиватора коклюшного и дифтерийного токсинов формальдегид, а в качестве консерванта мертиолят в концентрации 0,01%<sup>52</sup>, и факт наличия этих веществ в вакцинах долгие годы успешно скрывали не только от родителей, но и от врачей. Публикации в центральной прессе, начавшиеся в 1988 -1989 гг., в которых рассказывалось о составе вакцин и о том, в каких условиях они производятся в СССР (инициатором многих таких публикаций была московский вирусолог, к. б. н. Г. П. Червонская), вызвали настоящую бурю возмущения, в первую очередь специалистов, которые прекрасно знали, что означают эти вещества для человеческого организма. Это возмущение было хорошо отражено в материалах Российского Национального комитета по биоэтике. Вот, например, что писал замдиректора по научной работе НИИ общей и коммунальной гигиены им. А. Н. Сысина АМН СССР, к. м. н. Н. Н. Литвинов: «Устанавливать научно обоснованные безопасные регламенты для недействующих доз — концентраций химических веществ, а тем более ртутных соединений, «разрешенных» 35 лет тому назад для парентерального введения грудным детям, — задача практически неразрешимая. Необходимо иметь очень серьезные обоснования, жизненные показания, чтобы разрешить многократное введение ребенку подобного дезинфектанта, ртутного пестицида. Кроме того, любые химические добавки, используе-

<sup>52</sup> Медуницын Н. В. Вакцинология, с. 134.

мые в качестве консервантов, стабилизаторов, наполнителей и т.д., могут менять фармакокинетику основного вещества, в данном случае белков-антигенов, а следовательно, и их целенаправленное действие. Я, как специалист, считаю, что в сложившейся ситуации безо всяких промедлений должны быть представлены документы, доказывающие проведение специальных токсикологических исследований на отсутствие тератогенности, эмбриотоксичности, аллергизирующей активности, мутагенности и канцерогенности применяемой дозы мертиолята в вакцине АКДС: либо зарубежными фирмами, продающими нам этот пестицид, либо отечественными контролирующими учреждениями — Комитетом вакцин и сывороток или ГИСК им. Л. А. Тарасевича. Неужели вопрос изъятия ртутного вещества из препаратов, используемых с целью профилактики в детской практике здравоохранения, требует каких-то рассуждений, доказательств?.. Так ли необходимо использование комплексного препарата, каким является АКДС, в конце двадцатого века во всех регионах нашей страны, где иммунизация проводится по одной мерке, без учета климатических условий и, как известно, без индивидуального подхода к каждому ребенку и т.д.? Как учитываются шестнадцать противопоказаний и кто их «успевает» определить? Признаться, я о них услышал и прочитал впервые. Как определяют повышенную чувствительность детей к ртутной соли и формальдегиду? Кому адресовать все эти вопросы по «допущенным», так называемым малым дозам, содержащимся в вакцине? Совершенно несостоятельны ссылки на ВОЗ -мол, ВОЗ требует определенного содержания этих веществ в АКДС. Это отговорка, рассчитанная на дилетанта. К тому же ВОЗ и ее комитеты не могут отвечать за принимаемые у нас в стране решения. Полностью проигнорированы отечественные специалисты и Фармкомитет СССР"53.

А вот мнение токсиколога, к. м. н. д-ра Н. Н. Михайлова:»... что собой представляет мертиолят? Это — ртутьорганическое соединение, иначе называемое этилртутьтиосалицилат натрия, относится к пестицидам.-Кста-ти, в доступной отечественной литературе сведения о нем весьма скудны, он не зарегистрирован в нашей стране, и я не нашел данных о его глубоком

токсикологическом изучении. Мельников Н. Н. в книге «Пестициды: химия, технология и применение», 1987, давая классификацию пестицидам, относит последний к бактерицидам, приводит ДЦ50-40 мг/кг (вызывает 50%-ную гибель крыс в эксперименте), что позволяет отнести мертиолят по степени его опасности, предложенной ВОЗ, к очень опасным веще-

53 Мнения специалистов разных дисциплин (материалы собраны Червонской Г. П.) // Вакцинопрофилактика и права человека. Доклад РНКБ. М., 1994.

ствам. Это иллюстрирует и такой пример. В «Методических указаниях по применению физико-химических и химических методов контроля медицинских биологических препаратов», М., 1977, утвержденных МЗ СССР (Хлябич, Ковшило), где говорится о приготовлении стандарта, сказано о хранении мертиолята: «ЯД! с притертой пробкой в темном месте». Литературные данные свидетельствуют о том, что органические соединения ртути весьма токсичны для всего живого, могут поражать вегетативную нервную систему, вызывать иммунологические изменения. Однако мне не встретилось ни одного источника, где бы были отражены сведения по изучению этих отрицательных моментов относительно мертиолята. Вместо этого появились «допустимые» дозы его в медицинских иммунобиологических препаратах (МИБП) -вакциносывороточных средствах, используемых для профилактики и лечения инфекционных заболеваний. Для справки: согласно утвержденному в нашей стране перечню допустимых количеств некоторых консервантов в пищевых продуктах, ртутьсодержащие исключены. А мы в плановом порядке вводим «крохотные дозы» этой соли грудным детям... Я пытался выяснить в свое время, есть ли статья в Государственной фармакопее СССР относительно мертиолята. Нет, в отечественной фармакопее его нет. Есть фундаментальный труд «Руководство по вакцинному и сывороточному делу» под редакцией академика Бур-гасова П. Н., где очень красиво говорится об основополагающих принципах контроля за качеством МИБП в СССР, который заключается в комплексе мероприятий, обеспечивающих поступление в практику здравоохранения полностью безопасных и

эффективных средств специфической профилактики и лечения, диагностики инфекционных заболеваний. В этом же руководстве на стр. 166 читаем:»... должны быть безвредными, стерильными, содержать не более 0,01% консерванта мертиолята... тиомерсал -100±20 мкг/мл или не содержать консерванта, и иметь следовые количества формальдегида». А в нормативных документах: «должно содержаться 500 мкг/ мл формальдегида». Но это не следы, а вполне ощутимое количество! Вообще, когда знакомишься с этим производением, рассказывающим о том, как должно быть, возникает ощущение сплошных противоречий, многие из которых вызывают удивление: ну почему не обратиться к специалистам в своем отечестве? Ничего не говорится, например, о токсикологии химических веществ, допущенных в биопрепараты. Какие же они... биопрепараты? Совершенно безответственно констатируется факт того, что нечто «допущено» и «безвредно». А проверка такого «безвредно» прошла всего на 2-5 взрослых животных. Наблюдение проведено в течение 14 суток с момента введения препарата. Есть у меня такое подозрение, что так, как

изучена АКДС, можно считать, что ее безопасность не проверена!"54.

Приведу и слова биохимика, ст. н. с. Института иммунобиологии Мин-медпрома, к. б. н. В. Д. Кольцова: «Мертиолят — пестицид. Все пестициды токсичны. А мертиолят к тому же еще относится к солям тяжелых металлов. Специалистам известно, что последствия одноразового контакта с малыми дозами подобных соединений непредсказуемы. И в данном случае дело не в дозе, а и индивидуальной чувствительности неокрепшего детского организма, да еще на фоне современного состояния окружающей среды, питания, воды и многого другого... Я — родитель двух детей, страдающих аллергией. По специальности биохимик. Не понаслышке мне известно, что такое формальдегид и ртутные соли. Конечно, вводить их парентерально любому ребенку — преступление, а детям, страдающим разными формами аллергии, — вдвойне опасно (а бывают, как известно, и смертельные исходы от введения АКДС). Ртутная соль может быть одной из причин... Уверен, если бы не публикации в центральной прессе, мы бы так и не знали, что вводят

поголовно детям в нашей стране в составе так называемых «вакцин». Кстати говоря, в «Наставлении по применению АКДС» сказано, что инактивация проводится либо формальдегидом, либо мертиолятом. И вдруг узнаем, что они оба входят в состав многих вакцин. Кроме того, вряд ли педиатрам кто-то разъяснил, что мертиолят — ртутьсодержащая соль. Если бы это случилось, то многие бы, наверное, задумались. Отсутствие такой надписи на этикетке — прямое нарушение международных требований об указании в составе лекарственного средства соли ртути!.. Судя по содержанию возражений со стороны чиновников, можно сделать заключение о том, что им абсолютно неизвестны методы изучения безопасности-инактивированных вакцин, в которые входят химические вещества... Мой отзыв продиктован чувством солидарности с теми специалистами, которые поднимают вопрос о проведении грамотного изучения безопасности вакцин, добавок, содержащихся в них, а также об индивидуальном подходе к ребенку. Качественная прививка — это а) безопасный препарат и б) качественный организм ребенка. И в этом нет никаких новостей. Реакция чиновников, мягко говоря, странная. Вместо того чтобы честно признать недостатки и некачественность АКДС, устранить их (или прекратить производство!), как это должно быть в случае действительной заботы о здоровье детей, они встают в позу незаслуженно оскорбленных. Но такая реакция может быть только у тех, кто либо недопонимает всю опасность своей деятельности (тогда им нечего делать ни в науке, ни в организации здраво-

54 Там же

охранения), либо осознает опасность препарата и теперь пытается уйти от ответственности, ошельмовав специалистов, сделавших это явным. Спасибо за обращение к правительству, за то, что нашлись специалисты, взявшие на себя смелость поднять этот очень многогранный вопрос, встав на защиту детей от «охранителей» нашего здоровья. Родители должны знать, что вводят их детям, отчего дети могут стать инвалидами на всю жизнь и кто повинен в этом. Но есть ведь конкретный человек или группа людей, которые дали разрешение на применение ртутной соли в детских препаратах в нашей стране. Кто они?"55.

Думаю, читатели догадаются, что все эти выступления, все заключения высококвалифицированных, действительно независимых специалистов, которые не кормятся от прививочной кормушки, остались гласом вопиющего в пустыне. Никто и не подумал оправдываться, предоставлять им документы (которых, разумеется, никогда не существовало) или объяснять, кто, когда и на основании каких исследований позволил использование ртути в вакцинах, да еще на пару с формальдегидом, и почему этот дикий абсурд продолжается. Но пусть хотя бы об этих фактах станет известно читателям, а соответствующие выводы они сделают сами!

Бесклеточная (ацеллюлярная) вакцина После смерти двух младенцев от прививки DPT в 1976 г. в Японии срочно начали разрабатывать новую коклюшную вакцину. Она была лицензирована там и стала применяться в 1981 г. Бесклеточная вакцина представляет собой смесь коклюшного анатоксина и антигенов возбудителя болезни, иммунная реакция в ответ на введение которых должна обеспечивать невосприимчивость к болезни. Сам возбудитель в таких вакцинах отсутствует. Эта вакцина выпускается рядом компаний и различается лишь по количеству содержащихся в ней антигенов. Предполагалось, что за счет «прицельного» выделения антигенов эта вакцина будет свободна от побочных явлений, характерных для ее цельноклеточной (корпускулярной) предшественницы. Однако, похоже, ожидания эти оправдались лишь частично, поскольку и по сей день точно неизвестно, какие именно антигены запускают иммунный ответ, а какие обуславливают тяжелые реакции со стороны нервной системы заболевшего или привитого; потому и антигенный набор вакцины построен больше на гипотезах, чем на точных сведениях. Вслед за введением новой вакцины были отмечены как стандарт-

55 Там же.

ные местные реакции, так и системные, например конвульсии<sup>56</sup>. После тщательного изучения двух японских вакцин в 1986 — 1987 г. шведская Национальная бактериологическая лаборатория отказала японцам в продолжении процедуры лицензирования этих вакцин — как вследствие того, что эффективность вакцины оказалась не только

не выше, но, вероятно, и ниже, чем у цельноклеточной вакцины, так и вследствие ряда необъяснимых смертей привитых этими вакцинами детей от присоединения бактериальной инфекции (скончались 11 детей из 2800 получивших прививки)<sup>57</sup>. Представитель ВОЗ д-р Марк Кейн заявил в 1996 г., что новая вакцина не имеет никаких преимуществ перед старой в смысле эффективности. Что касается главного своего предназначения — снизить число тяжелых последствий использования коклюшной вакцины — новая вакцина, согласно данным некоторых исследований, не оправдала возлагавшихся на нее надежд. Разницы в количестве случаев СВДС (симптом внезапной детской смерти) и близких к нему состояний, госпитализаций, энцефалопатии и отставания в развитии относительно цельноклеточной вакцины не обнаружилось<sup>58</sup>. Впрочем, другие исследования были более благосклонны к бесклеточной вакцине. Неоднократно цитировавшиеся в этой главе Дэвид и Марк Гейеры исследовали базу данных Системы сообщений о побочных эффектах прививок (VAERS) и обнаружили, что бесклеточная вакцина дает значительно меньшее количество побочных реакций любого рода<sup>59</sup>. Кроме того, в США имелся опыт ее производства еще с 1930-х годов, и он показывал, что бесклеточная вакцина действительно дает меньшее количество тяжелых побочных эффектов. Российские авторы сообщают: «Реактогенность бесклеточных вакцин намного ниже реактогенности корпускулярной вакцины. На введение бесклеточной коклюшной вакцины значительно реже возникают как общие, так и мест-

56 Uberall M.A. et al. Severe adverse events in a comparative efficacy trial in Germany in infants receiving either the Lederle/Takeda acellular pertussis component DTP (DTaP)

vaccine or the Lederle whole-cell component DIP (DIP) or DT vaccine // The Pertussis Vaccine Study Group, Dev. Biol. Stand, 1997; 89:83 — 9.

57 Отчасти по этой же причине в 1992 г. была заморожена процедура лицензирования японских вакцин и в США. Лицензию две японские вакцины получили лишь в 1996 г.

Подробнее о результатах испытаний в Швеции и о связи прививок с бактериальной инфекцией см.: Scheibner V. Vaccination..., p. 33 — 49.

Однако в этих испытаниях были допущены серьезные методологические ошибки. См.: Geier D. The true...

58 Poland A. G. Acellular Pertussis Vaccines: New Vaccines for an Old Disease // Lancet.

January 27, 1996; 8996:210.

59 D. A. Geier, M. R. Geier Clinical Implications of Endotoxin Concentrations in Vaccines //

Ann. Pharmacother. 2002; 36:776 — 80.

ные реакции (лихорадка — в 7 раз, гипертермия — в 4, отечность — в 5 — 6, болезненность — в 14 раз")<sup>60</sup>.

Важной для понимания законов, по которым работает прививочный бизнес, будет информация о том, что немалое количество американских компаний разрабатывало, начиная с 1920-х годов, эту, вероятно, более безопасную вакцину. Однако в итоге все они отказались от ее массового производства и маркетинга. Причина? Раз заявив, что располагают новой, более безопасной вакциной, они могли стать объектом судебных исков, в которых истцы бы утверждали, что компании знают, как делать лучший продукт, но в силу тех или иных причин продолжают поставлять на рынок худший, более опасный<sup>61</sup>.

В 1985 г. американский Институт медицины признал возможность тяжелых неврологических осложнений после прививки DPTН рекомендовал заменить цельноклеточную вакцину против коклюша на бесклеточную (ацеллюлярную). Рекомендация была проигнорирована, а вместо разработки безопасной вакцины производители DPT предпочли тратить деньги на подкуп «независимых экспертов». Однако в 1990-х годах, несмотря на все ухищрения Черри и Ко и их работодателей, ситуация изменилась. Несколько очень крупных исков, после многолетнего разбирательства, были все же выиграны в рамках Национальной программы компенсаций пострадавшим от прививок. Три раза собиравшаяся при Национальном институте здоровья США экспертная группа пришла к выводу о доказанности связи между вакциной DPTН поражением мозга и подчеркнула необходимость перейти на новую, более безопасную вакцину. И, главное,

настойчивость японцев и тех, кто их поддерживал (например, групп родителей), поставила на повестку дня вопрос о скором лицензировании бесклеточной вакцины. Чтобы не проиграть сражение за рынок, американские компании вынуждены были отказаться от битой ставки на «мнения экспертов» и начать разрабатывать свои собственные бесклеточные коклюшные вакцины. Сегодня в США цельноклеточная вакцина производится только на экспорт, а на внутреннем рынке с 2001 г. используется лишь бесклеточная вакцина.

Помимо прочих сложностей и вопросов известно, что производство новой вакцины значительно сложнее, а цена вакцины в развитых странах 19,43 \$, примерно на 9 \$ превышает цену старой, что, учитывая необходимость многократного употребления вакцины, в рамках национальных

Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика..., с. 129.

61 Подробнее см.: Geier D. The true...

прививочных программ небогатых стран может оказаться совершенно неприемлемой, хотя и утверждается, что при изначально более высокой стоимости бесклеточной вакцины ее применение снижает общемедицинские расходы (уходы за заболевшим после прививки ребенком и особенно выплата компенсаций за инвалидность и смерти привитых цельноклеточной вакциной)<sup>62</sup>. Вопрос о лучших, более безопасных, но значительно более дорогих вакцинах ждет своего решения. Как и вопрос, нужны ли вообще коклюшные вакцины.

Надеюсь, что в этой главе я дал достаточно сведений для желающих серьезно задуматься о том, совместимы ли прививки против коклюша со здоровьем ребенка и не следует ли держаться как можно дальше от этого очень сомнительного блага. Выбор остается за родителями!

62 U.S. Institute of Medicine. Vaccine Development. 1985. Для детей стран третьего мира ВОЗ умудряется закупить полный набор «необходимых» вакцин за 57 центов, при том что в этих странах на нужды здравоохранения тратится 1 доллар на душу населения в год. Разумеется, даже при максимально возможном снижении цены на эту

вакцину она останется недоступной для этих стран, провоцируя тем самым появление нового положения вещей: «два мира — две вакцины» и весьма нежелательный конфликт между богатыми, которые могут позволить себе безопасную вакцину и бедными, которым сбывается опасная. Эта проблема далеко не так безобидна, как может показаться. См.: Coulter H. A Shot..., p. 209. Вряд ли могут быть сомнения в том, что упорное применение цельноклеточных вакцин в странах бывшего СССР связано с тем, что власти отказываются признавать свою ответственность за нанесенные увечья и, соответственно, выплачивать компенсации. А раз так, то нет нужды искать более сложную и дорогую для производства вакцину.

Выводы:

Коклюш — болезнь преимущественно детского возраста, бывшая некогда опасной в европейских странах и в Америке и остающаяся таковой для стран третьего мира сегодня. Раз перенесенная болезнь оставляет стойкий, обычно пожизненный иммунитет, который защищает и будущих детей в самом опасном по осложнениям коклюша возрасте.

Коклюшная вакцина (коклюшная составляющая многокомпонентных вакцин) традиционно считается одной из самых малоэффективных и одной из самых опасных из существующих ныне вакцин. Продолжающиеся в национальных масштабах прививочные кампании смещают болезнь в самый опасный, младенческий возраст, лишают женщин возможности приобрести естественный иммунитет и увеличивают число больных стертыми формами коклюша взрослых, которые заражают детей.

Новая бесклеточная (ацеллюлярная) вакцина также отнюдь не свободна от побочных эффектов, хотя, вероятно, более безопасна и эффективна, чем традиционная цельноклеточная. Есть данные, свидетельствующие в пользу высокой эффективности безопасной гомеопатической профилактики коклюша.

В развитых странах для коклюша сегодня характерно мягкое течение; серьезные случаи, осложнения и тем более смерти представляют собой крайне редкое явление и встречаются почти исключительно у детей в возрасте до шести месяцев.

КорьБолезньЗаболевание вызывается неустойчивым во внешней среде вирусом, выделяемым больным человеком. Неустойчивость вируса определяет и практически единственный путь его передачи — воздушно-капельный<sup>1</sup>. Инкубационный период продолжается около 10 дней, после чего следует продромальный, он же катаральный период, 3-4 дня, с симптомами, характерными для всех острых респираторных вирусных болезней (резкий подъем температуры, разбитость, головная боль, светобоязнь, насморк, кашель). Обращает на себя внимание гиперемия (покраснение) слизистой рта и конъюнктивы. Идущий вслед за ним период высыпаний вносит ясность относительно характера болезни: сначала на слизистой щёк, губ и десен появляются так называемые пятна Коплика (серовато-белесоватые точки, напоминающие манную крупу), которые исчезают в течение нескольких дней. Обычно возникновение пятен Коплика совпадает с пиком заразности кори, поэтому следует, насколько возможно, изолировать ребенка и не дать распространиться инфекции. Вслед за этим типичная коревая пятнисто-папулезная сыпь появляется на лице и за ушами, а потом постепенно спускается — на шею и плечи, на туловище, на руки и на ноги. Каждый этап «спуска» сыпи длится около суток. Через 3-4 дня после появления сыпи она начинает исчезать в том же порядке, в каком и появилась. Знакомые с гомеопатией сразу увидят в таком «движении» сыпи выполнение закона Константина Геринга, устанавливающего, что направлениями излечения и соответственно критериями для контроля правильности выбора гомеопатического лекарства является движение симптомов сверху вниз, изнутри наружу, от более важных органов к менее важным и в хронологическом порядке, обратном их появлению. И в самом деле: атипичное течение кори, характерное для кори привитых, при котором сыпь вначале появляется на конечностях и лишь затем переходит на тело, сопровождается наибольшим числом осложнений.

<sup>1</sup> Следует тем не менее упомянуть и парентеральный путь заражения корью при инъекциях, ранее считавшийся экзотическим и казуистическим. В современный период тотальных прививок он приобретает все большее значение, хотя все еще остается редким.

Появление высыпаний характеризуется повторным, после продромального периода, повышением температуры (до 40 и даже иногда до 41°C) и усилением симптомов со стороны дыхательной системы. Через 2-3 дня температура снижается и наступает быстрое выздоровление. Пигментация кожи после исчезновения сыпи остается еще 2-3 недели. На пике болезни помимо сыпи достаточно характерен и внешний вид больного: одутловатое лицо, покрасневшие глаза, отечные гноящиеся веки, сухие губы.

Заразными являются больные за 2 — 3 дня до появления сыпи и в течение 4-5 дней после ее появления.

Для установления клинического диагноза достаточно наличие пятен Коплика<sup>2</sup> и истории предшествовавшего контакта с заболевшим корью. «Диагноз подтверждается серологически при обнаружении четырехкратного нарастания титра противокоревых антител в парных сыворотках крови больного. Первый раз кровь берут не позднее 2-3 дня после появления сыпи, второй раз — через 14 дней»<sup>3</sup>. Применяется также серологический анализ слюны.

Гомеопатическое лечение вполне эффективно (аллопатического лечения кори, как и практически всех детских инфекционных болезней вирусной природы, к счастью, не существует — иначе мы бы видели намного больше осложнений). Главная трудность использования гомеопатии лишь в том, что требуется хорошо распознавать симптомы и правильно выбирать одно лекарство среди множества кандидатов. Так, знаменитый американский гомеопат проф. Самуэль Лиленталь в посвященной кори главе своей классической книги дает краткие характеристики 32 препаратов, которые могут понадобиться при лечении<sup>4</sup>. Ограничусь лишь кратким изложением сведений, полученных из работ гомеопатов, имеющих опыт лечения этой болезни.

Для профилактики кори и лечения ее последствий (астения, бронхиты, диарея) может быть рекомендован нозод *Morbillinum*. Д-р Агравал предлагает растворить 8-10 крупинок *Morbillinum* 30 в шести унциях<sup>2</sup> Пятна Коплика являются характерными только для кори {*Medicine International*. 1984,

р. 20 и *Viral Diseases in Man*. 83rd ed., p. 412), поэтому при их обнаружении нет смысла подвергать ребенка каким-либо дополнительным исследованиям ради полноты отчетности учреждений здравоохранения.

3 Самарина Н. В., Сорокина О. А. *Детские инфекционные болезни*. 2-е изд., СПб., М., 2000, с. 104.

4 Lilienthal S. *Homeopathic Therapeutics*. 1890, republ. Indian Books & Periodicals Publishers, p. 690 — 693.

воды и принимать чайную ложку раствора 2-3 раза в день с перерывом в 2 часа в профилактических целях. Он же указывает, что во время эпидемий кори хорошие результаты отмечаются при ежедневном профилактическом приеме *Pulsatilla* 6 или 12, иногда чередуя это с *Sulphur* 5. Это вполне перекликается с известными словами проф. Дж. Т. Кента, говорившего, что рутинеры успешно справляются с корью, пользуясь лишь *Pulsatilla* и *Sulphur* и «иногда *Aconitum* и *Belladonna*». На ранней стадии болезни, как обычно, требуется сделать правильный выбор между *Aconitum* и *Belladonna*. «Румяный, круглолицый, хорошо развитый ребенок внезапно заболевает: у него кашель, высокая температура, может быть рвота, пылающее лицо, сильное беспокойство; он пьет холодную воду, но не может утолить жажду. Возможно, за день до этого он был на холодном ветру. Если вы дадите такому ребенку *Aconitum*, то сыпь появится уже на следующий день, а через 2-3 дня он будет в полном порядке. Если же вы дадите *Aconitum* ребенку, у которого сильная жажда, но нет красного лица, беспокойства и страха, то вы не получите реакции и вам придется сменить лекарство через день или два», — пишет д-р Агравал Y. R. *Prophylactics in Homeopathy*. 3rd ed., Delhi, 2000, p. 29. В другой своей книге Агравал отмечает, что некоторыми врачами (например, д-ром М. Тайлер) рекомендуется *Morbillinum* 200. {Агравал Y.R. *Measles & Smallpox*. Delhi, 1980, p. 13).

6 "Выбранная на основании закона подобия и примененная у постели больного, Пульса-

тилла вполне поддерживает репутацию этого закона, и она является нашим главным средством против кори.... Но кроме

Пульсатиллы, надо иметь в виду при кори еще одно средство — Евфразию (*Euphrasia officinalis*), имеющую специфическое сродство — более сильное, нежели *Pulsatilla*, — к слизистой оболочке носа и к глазам... которые как раз бывают при кори особенно сильно поражены. Этих двух лекарств обыкновенно бывает вполне достаточно, чтобы провести коревое заболевание благополучно до конца и избежать всяких осложнений и дурных последствий. По крайней мере я, имея в течение текущей зимы человек 30 коревых больных и применяя только эти средства, не имел ни одного осложнения и не применял больше никаких лекарств», — заявил в своем докладе известный одесский гомеопат д-р И. М. Луцен-

ко (1863 — 1919). (См.: Корь и ее лечение. Доклад, читанный в Общем собрании членов Одесского Ганемановского общества 4-го марта 1899 г. доктора медицины И. М. Луценко. Одесса, 1899, с. 19 — 20. Репринтное издание Научно-медицинского гомеопатического общества Одесской области 2003). С ним были вполне согласны санкт-петербургские гомеопаты: «Применение Пульсатилла предотвращает опасность поражения среднего уха (нагноение), а также и поносы. Поэтому чем ранее и чем энергичнее будет применяться указанное средство, тем увереннее может быть предотвращена опасность перечисленных осложнений». (Корь и лечение ее гомеопатическими средствами. Изд. Санкт-Петербургского благотворительного общества врачей-гомеопатов, СПб. // Предупреждение и лечение болезней гомеопатическими средствами. Из архива Санкт-Петербургской гомеопатической поликлиники. СПб., 1994, с. 40).

Дороти Шеферд<sup>7</sup>. По ее опыту, *Sulphur* доказан в тех случаях, когда нет иной ясной симптоматики, кроме сыпи, слабости и языка, обложенного грязным налетом; может быть зуд кожи. Как обычно, *Pulsatilla* требуется в случаях отсутствия жажды, при плаксивости и капризности ребенка, требующего к себе постоянного внимания (что отличает ее от *Bryonia*, когда ребенок в постоянной полудреме и не хочет, чтобы его беспокоили; движение ухудшает состояние), а *Rhus toxicodendron* — при различных болях и сильном беспокойстве в отсутствие страха. Картина *Kalium bichromicum* очень напоминает

Pulsatilla, но имеются обильные клейкие тягучие выделения из глаз, носа и рта и опухшие шейные лимфатические узлы. Также может быть временная глухота вследствие воспаления евстахиевых труб. Выраженная жажда (ребенок постоянно требует холодную воду), высокая температура, быстрый пульс, пылающие щеки и вовлечение в процесс бронхов и легких требуют скорейшего назначения Phosphorus. Отлично зарекомендовала себя в лечении кори Euphrasia. Лекарственная картина этого препарата требует преимущественного поражения глаз при болезни. Опухшие воспаленные веки, жжение и зуд в глазах, отечная и одутловатая кожа вокруг глазных яблок, светобоязнь и непрерывно льющиеся горячие слезы, а также сильная головная боль и сухой кашель, усиливающийся в дневное время и уменьшающийся, когда ребенок лежит, безошибочно указывают на этот препарат.

Есть еще несколько лекарств, которые могут быть показаны в самых типичных случаях кори. При Gelsemium болезнь развивается очень медленно; ребенок чувствует себя обессиленным и постоянно дремлет; веки словно налиты свинцом, тяжелые; так же трудно пошевелить рукой или ногой из-за слабости (а не из-за боли, как в случае Bryonia). Жажда отсутствует. Сильная слабость, прострация, постоянные тошнота и рвота в отсутствие жажды безошибочно указывают на Ipecacuanha. Назначение гомеопатических лекарств ускоряет появление сыпи и выздоровление. Особенно хорошо это видно на примере Aris, когда состояние ухудшается на фоне отсутствия сыпи. Помочь в выборе этого средства помогает выраженное желание прохлады, категорический отказ от горячего питья, одутловатость и покраснение лица, крик во сне. «Дайте Aris такому пациенту, и все пугающие менингеальные симптомы и мозговой крик исчезнут, быстро появится сыпь. Температура спадет, и через 3-4 дня вы увидите Shepherd D. Homeopathy in epidemic diseases. England, 1967, republ. 1996, p. 44. Далее изложение материала идет по главе «Корь» этой книги, с. 42 — 49.

вряд ли вспомните, что ребенок был болен"8.

Некоторые описанные выше состояния, впрочем, принадлежат скорее прошлому и приведены здесь лишь для полноты картины.

Они нетипичны для современных форм кори, встречающихся у здоровых в целом детей.

Не следует давать ребенку ни согревающих, ни чрезмерно охлаждающих напитков. Прохладная минеральная вода, витамины и отдых в проветриваемой комнате будут лучшими из имеющихся в наличии у каждого родителя средств, позволяющих ребенку избежать ненужных и иногда опасных осложнений. Об осложнениях надо сказать несколько слов особо.

Опасна не сама полугода-двухнедельная болезнь, обычно не доставляющая никаких серьезных хлопот, а ее осложнения, связанные с присоединением бактериальной инфекции. Как правило, осложнения развиваются у взрослых или у детей, страдающих от истощения или тяжелых хронических болезней. Среди осложнений на первом месте идут гнойные отиты и пневмонии. Именно они являются главной причиной смерти от кори в развитых странах. Тем не менее попытка давать антибиотики при кори с профилактической целью может оказаться не менее пагубной, так как они угнетают функцию иммунной системы, работающей при кори на пределе. До самого последнего времени диарея являлась главной причиной детской смертности, связанной с корью, в странах третьего мира. После того как африканские медики получили необходимые медикаменты и научились справляться с этим осложнением, смертность от кори резко снизилась<sup>9</sup>.

Известно о таком тяжелом осложнении, как коревой энцефалит, частота которого варьирует в широких границах. Обычно в рекламных прививочных материалах чаще всего фигурирует цифра 1:1000 или 1:2000, оспариваемая здравомыслящими докторами либо как безмерно завышенная, либо как характерная лишь для кори у детей, живущих в особо тяжелых условиях или страдающих хроническими болезнями<sup>10</sup>. Кроме того, тот факт, что<sup>8</sup> Там же, с. 44 — 45.

<sup>9</sup> Marufu T et al. Measles complications: the importance of their management in reducing mortality attributed to measles // Cent Afr J Med. Jun 1997; 43:162 — 5.

<sup>10</sup> Проф. Р. Мендельсон писал: «Имея за плечами десятилетия опыта лечения кори и неоднократно беседовав со многими

педиатрами, я проверил еще раз статистику и пришел к выводу, что соотношение 1:1000 может быть правильным для детей с недостаточным питанием, живущих в бедности, но для детей из семей со средними выше среднего доходом, если исключить простую сонливость от самой кори,

частота истинного энцефалита скорее 1:10000 или даже 1:100000». {Mendelsohn R.

The truth about immunization // The People's Doctor. April 1978). Согласно официальным данным, энцефалит в результате кори встречается у 1 из 5000 заболевших, при этом смертность достигает 15%, а у 20 — 40% выздоровевших остается (см. след. стр.)

сообщается не обо всех случаях заболевания корью (особенно трудны для диагностики случаи кори, протекающей в мягких, стертых формах, которые чаще всего путают с краснухой), может искусственно и многократно завышать процент серьезно пострадавших от болезни. Впрочем, верно и обратное. Российские авторы сообщали: «При массовой вакцинации приобретает актуальность вопрос о дифференциальной диагностике кори и других экзантемных заболеваний среди привитых, так как известно, что в ряде случаев кореподобные заболевания вызываются вирусом краснухи, аденовирусами, вирусами из группы Коксаки В и ЕСНО. Так, по данным обследования очагов и спорадических случаев с применением вирусологических и серологических методов, диагноз кори был исключен соответственно в 31 и 24,1% случаев. При этом основная масса детей, у которых диагноз был отвергнут, перенесли краснуху. Следовательно, можно думать о завышении числа регистрируемых очагов и количества заболевших»<sup>11</sup>. Однако если краснуху, легчайшую болезнь детского возраста, систематически путают с корью, то одно это уже вполне свидетельствует о том, насколько преувеличены живописуемые коревые ужасы.

Традиционно корь никогда не считалась особенно тяжелой детской болезнью, и большинство читающих эти строки ею, несомненно, в свое время успешно переболели — как и иными детскими инфекционными болезнями, которые ныне объявляются чудовищно опасными — калечащими и убивающими всех подряд.

Однако с корью действительно имеется определенное противоречие, которое очевидно, например, при сопоставлении двух цитат в советском врачебном журнале в далеких 20-х годах прошлого века: «Не только в широкой публике, но и среди многих врачей принято считать [корь] неизбежной и легкой болезнью; поэтому в случае появления ее в семье родители не только не отделяют болевших корью неврологический дефект (UK Department of Health Immunisation against Infectious Disease 1996. The Green Book. 22.1.4). Учитывая, что сообщается далеко не о всех случаях кори, реальная частота энцефалитов, вероятно, еще ниже. 11 Сергеев В. П., Дзагуров С. Г. Актуальные проблемы иммунопрофилактики инфекционных болезней и стандартизации медицинских иммунобиологических препаратов // ЖМЭИ. 1984, 7, с. 31. Или: «Анализ данных клинко-эпидемиологического и серологического обследования больных детей с разными первоначальными диагнозами (корь или краснуха) показал, что в 5,2% случаев под диагнозом «краснуха» протекала корь, а в 23,6% случаев под клиническим диагнозом «корь» оказалась краснуха. При обследовании 84 очагов кори в Москве эта инфекция была подтверждена серологически в 63% очагов, 25% составляли очаги, где краснуху приняли за корь; в 6% очагов были выявлены две инфекции одновременно». (Покровский В. И. и др. Эволюция инфекционных болезней в России в XX веке. М., 2003, с. 284).

детей от больных, но даже преднамеренно соединяют их в одной комнате, дабы заразить всех детей и, таким образом, сразу отделаться от этой обязательной, безобидной болезни...» и далее там же: «По сведениям, поступившим в Главное управление врачебного инспектора, видно, что в 1913 г. от кори умерло 105956 душ, то есть почти столько же, сколько от скарлатины (71611) и от дифтерии (46196), взятых вместе..."12.

Что же получается: корь намного страшнее и скарлатины, и дифтерии, но никто об этом, кроме составителей статистических отчетов, не догадывается? Ответ, впрочем, существует. И мы его получаем из той же статьи советских авторов. Читаем далее: «Процент смертности колеблется в зависимости от характера

эпидемии, возраста и социального положения больных. По исследованиям Rosenfeld'a, смертность от кори среди беднейшей части населения Вены была в двадцать раз выше, чем среди богатой... Особенно опасна корь для рахитиков, коклюшных и туберкулезных больных. Ввиду этого необходимо всячески оберегать указанную большую группу детей от заболевания корью"<sup>13</sup>. В брошюре, посвященной гомеопатическому лечению, ее авторы, врачи-гомеопаты, в конце XIX века уверенно писали: «Предсказание (т.е. прогноз. -А. К.) при этой болезни всегда благоприятное при типическом ее течении, нужно принимать лишь все меры к предотвращению осложнений... Опасна корь лишь слабым, страдающим золотухой или в особенности туберкулезом... старым, беременным (являютсявыкидыши)"<sup>14</sup>.

Здесь-то, полагаю, и зарыта собака. Образ кори как достаточно безобидной болезни, от которой здорового ребенка не только не следует беречь, но, как и в случае с краснухой, которой надо дать спокойно переболеть в отведенном для этого природой возрасте, создавался и укреплялся не в беднейших районах с рахитичными и страдающими от туберкулеза детьми, легко становящимися жертвой всех без исключения болезней, включая и корь, а там, где корь действительно никогда не представляла серьезной опасности. Пугающие же статистические данные получались и получаются путем сваливания вместе заболеваемости и смертности детей из рабочих трущоб периода XIX в. и из дворянских домов, из развивающихся и из развитых стран. Однако такая статистика предосудительна в принятии решения о массовых прививках, не учитывающего пропасть между<sup>12</sup> Скроцкип А. И. О предохранительной прививке против кори сывороткой коревыхреконвалесцентоv Врачебное дело 1923; 18 — 20, с. 507.

<sup>13</sup> См. прим. 11, с. 508.

<sup>14</sup> Корь и лечение... с. 36.

состоянием здоровья и реальным риском серьезно пострадать от последствий той или иной инфекционной болезни для детей, живущих фактически в разных мирах! Хотя смертность от кори в самые ее тяжелые эпидемии в XIX в. могла достигать 20% среди детей

беднейших классов, к 1930-м годам она уже снизилась до 1% в Великобритании<sup>15</sup> и до 2% в США<sup>16</sup>. То же верно и для СССР: «В результате улучшения культурного и материального уровня жизни населения, а также мер, принятых для оздоровления детей, в 1930-1935 гг. наблюдалось постоянное снижение детской смертности, в том числе и от кори. Резкому снижению смертности и летальности при этой инфекции способствовал также рост числа медицинских учреждений и медицинских кадров на всей территории страны... если в 1933 г. госпитальная летальность составляла 34,9%, то уже в 1938-1941 гг. она снизилась до 7,7 — 8,3%, а в 1943 г. даже до 1,6% (хотя это были годы военной разрухи)... К концу 50-х годов уровень смертности от кори в СССР не превышал 1,8 — 2,5 на 100 тыс. населения. В последние годы перед введением вакцинопрофилактики ее показатель составлял всего 0,23 на 100 тыс. человек»<sup>17</sup>.

Согласно данным Центра контроля заболеваний, в США в 1920 г. было зарегистрировано 465048 случаев кори, из которых 7600 закончились смертью (т.е. смертность составляла 7,1%). А в 1960 г. (за несколько лет до появления первой массовой вакцины от кори) при возросшем более чем в полтора раза населении было зарегистрировано 441703 случая кори, среди которых смертельных было 380 (смертность — 0,2%). Таким образом, за 40 лет смертность снизилась в 35,5 раза лишь за счет улучшения санитарно-гигиенических условий жизни населения (обеспечившего соответственно лучшее здоровье) и более адекватного лечения.

Здесь надо непременно сказать несколько слов о витамине А, открытом в 1913 г., и о его роли в лечении инфекционных заболеваний, поскольку это имеет непосредственное отношение к проблеме кори. Хотя связь дефицита витамина А (ретинола) с офтальмоксерозом и, как следствие, слепотой у детей была известна уже достаточно давно, лишь недавние исследования начали демонстрировать истинное значение этого витамина (на который так богат ненавистный всем детям рыбий жир) для здоро-

15 Forbes D. Measles mortality // Lancet. 1933; 2:253 — 255.

16 Emerson H. Measles and Whooping Cough. Incidence, Fatality and Death Rates in Thirty-

Two Cities of the United States, in Relation to Administrative Procedures Intended for Control, 1924-1933. Sub-Committee on Evaluation of Health Department Practices,

Committee on Administrative Practice, American Public Health Association, 1934.

17 Покровский В. И. Эволюция... с. 260 — 261.

вья человека<sup>18</sup>. Витамин А тесно связан с функцией иммунной системы, и дефицит его в организме ведет не только к высокой подверженности разнообразным инфекционным болезням. Сегодня уже имеются научные данные, показывающие связь нехватки витамина А с такими заболеваниями, как болезнь Лайма, ювенильный ревматоидный артрит, системная красная волчанка, сахарный диабет I типа. Истощение запасов витамина А было обнаружено при некоторых видах рака, а также при СПИДе. Однако важнее всего здесь то, что такое истощение обнаруживалось не только во время этих заболеваний (что могло быть просто сочтено их следствием), но и перед ними. Добавка витамина А к детскому рациону была объявлена Мировым банком самой рентабельной инвестицией в здравоохранение из когда-либо существовавших<sup>19</sup>. Добавка витамина А в рацион детей помогла резко снизить смертность от кори<sup>20</sup> и вообще смертность детей в развивающихся странах<sup>21</sup>. Редактор престижного международного педиатрического журнала без обиняков заявил, что, вероятно, именно за витаминами, а не за прививками и антибиотиками, применение которых сталкивается с немалым количеством разнообразных трудностей, будущее более безопасной и эффективной педиатрии<sup>22</sup>. Как бы хотелось верить этим словам!

Добавка витамина А в дозе 100000 МЕ помогает бороться с корью не только истощенным детям в развивающихся странах, но и нормально питающимся детям в странах развитых, как было показано коллективом японских исследователей<sup>23</sup>. Использовались и большие дозы. В Танзании<sup>18</sup> Интересующихся историей вопроса я отсылаю к ст. Semba R. D. Vitamin A as «Anti-

Infective» Therapy, 1920-1940 //Journal of Nutrition. 1999; 129:783 — 791.

19 World Bank (1993) World Development Report 1993: Investing in Health. New York,

Oxford University Press.

20 Hussey G. D., Klein M. A randomized, controlled trial of vitamin A in children with severe measles // N Engl J Med. 1990; 323:160 — 4.

21 Klein M., Hussey G. D. Vitamin A reduces mortality and morbidity in measles // S Afr MedJ. 1990 Jul 21; 78(2):56 — 8, Rahmathullah L. et al. Reduced mortality among children in southern India receiving a small weekly dose of vitamin A // N Engl J Med. 1990 Oct 4;

323(14):929 — 35, West K. P. Jr. et al. Efficacy of vitamin A in reducing preschool child mortality in Nepal // Lancet. 1991 Jul 13; 338 (8759) :67 — 71, Herrera M. G. et al. Vitamin A supplementation and child survival // Lancet. 1992 Aug 1; 340(8814):267 — 71, Fawzi W.

W. Vitamin A supplementation and child mortality 11 JAMA. 1993; 269:898 — 903, Sommer A. Vitamin A, infectious disease, and childhood mortality: a 2 solution? // J Infect Dis. 1993

May; 167(5):1003 — 7.

22 Griffiths J. K. The vitamin A paradox // Fed. November 2000; 137:5.

23 Kawasaki Y. et al. The efficacy of oral vitamin A supplementation for measles and respiratory syncytial virus (RSV) infection Kansenshogaku Zasshi. 1999 Feb; 73 (2): 104 — 9.

детям, заболевшим корью, давали 200000 МЕ с великолепным результатом<sup>24</sup>, а в ЮАР была даже предложена доза в 400000 МЕ. По сообщению исследователей из Кейптаунского университета, это более чем в три раза снизило смертность от кори и более чем в два раза — необходимость госпитализировать детей в отделение интенсивной терапии<sup>25</sup>.

Интересные данные были получены в исследовании, проведенном в Индонезии, где решили проверить, насколько обоснована рекомендация давать витамин А из тех же общих соображений вместе с прививкой против кори — мол, если отлично помогает при кори, то должно помочь и легче пережить прививку. Однако результаты оказались прямо противоположными тем, на которые все рассчитывали. Добавление витамина А не способствовало, а, наоборот, препятствовало выработке

прививочных антител у детей, у которых уже имелись полученные от матери антитела, особенно у девочек<sup>26</sup>. Не углубляясь сейчас в эту тему, просто замечу: данные такого рода лишний раз подтверждают, что вакцины действуют некими противными естеству путями, и это еще больше увеличивает имеющиеся в отношении них сомнения. Вероятно, то же самое почувствовал и автор статьи, или же ему подсказали, что он был не прав, потому что два года спустя он опубликовал данные нового исследования, в котором полностью опровергал сам себя<sup>27</sup>.

Заслуживает внимания и другое наблюдение. Нам обычно сообщают, что прививка суть «маленькая», почти незаметная болезнь, проходящая без видимых и ощутимых последствий для организма, в то время как настоящая болезнь может привести к катастрофическим последствиям. Поэтому-де следует предпочесть «маленькую». Не буду сейчас касаться бесчисленных наблюдений тяжелых болезней и смертей после прививок, но упомяну лишь одно чисто лабораторное исследование относительно витамина А, о котором мы сейчас говорим. В двух группах детей — приви-

24 Barclay A. J. G. et al. Vitamin A supplements and mortality related to measles: a randomized clinical trial // *BMJ*. 1987; 294(294 — 296).

25 Hussey G. D., Klein M. Routine high-dose vitamin A therapy for children hospitalized with measles /// *Trop Pediatr*. 1993 Dec; 39(6):342 — 5.

26 Semba R. D. et al. Reduced seroconversion to measles in infants given vitamin A with measles vaccination // *Lancet*. 1995 May; 345:1330 — 2.

27 Semba R. D. et al. Effect of vitamin A supplementation on measles vaccination in nine-

month-old infants // *Public Health*. 1997 Jul; 111:245 — 7. См. ст Вепп С. S. et al.

Randomised trial of effect of vitamin A supplementation on antibody response to measles vaccine in Guinea-Bissau, west Africa // *Lancet*. 1997 Jul; 350:101 — 5, в которой также было найдено подтверждения отрицательному влиянию витамина А на образование антител.

тых коревой моновакциной и вакциной MMR- был исследован уровень витамина А. В обеих группах он резко снижался на 9 — 14-й день после прививки; в группе, получившей прививку MMR, он начал подниматься на 30 — 42-й день<sup>28</sup>. Дальнейшая судьба его как в группе, получившей моновакцину, так и в группе, получившей MMR (вернулся ли он вообще к предшествующему уровню, и если да, то в течение какого времени), неизвестна — исследование не ставило своей целью определение этого. Другими словами, прививка приводит к истощению запасов витамина А, жизненно необходимого для организма. Под стать этому наблюдению и другое, сделанное японским авторским коллективом: в течение года как минимум (когда завершился эксперимент) у детей, привитых от кори, не мог восстановиться исходный уровень интерферона — вещества, отвечающего за нашу неуязвимость не только к инфекционным, но и к онкологическим болезням<sup>29</sup>. Стоит ли после этого удивляться нередкому родительскому: «С момента, как сделали прививку, вообще не был здоров»?

Как и в случаях с ветряной оспой, гепатитом А и эпидемическим паротитом (см. соответствующие главы) заболевание корью, вероятно, имеет и свои положительные стороны. В исследовании, опубликованном в 1996 г., было показано, что африканские дети, болевшие корью, в два раза менее подвержены астме, сенной лихорадке и экземе, чем их сверстники, которых корь миновала<sup>30</sup>. Автор небольшого обзора, в котором упоминались эта и другие публикации относительно того, что инфекционные болезни способны предотвращать болезни аллергические, приходит к выводу, что успехи иммунологии в понимании природы таких процессов ставят перед обществом новые непростые медицинские и этические проблемы. Допустимо ли менять, скажем, корь на заведомое увеличение количества аллергических заболеваний, и кто должен принять решение о том или ином виде «обмена» — общество или индивид?<sup>31</sup> В другом исследовании были приведены данные о том, что взрослые, перенесшие корь, имеют меньшую заболеваемость различными онкологическими болезнями, включая рак шейки матки. С другой стороны, приписываемая прививкам нынешняя мягкость протекания кори, при которой почти нет сыпи,

28 Yabin S. S. The effect of live measles vaccines on serum vitamin A levels in healthy children// *Ada Paediatrjpn.* 1998 Aug; 40:345 — 9.

29 Nakayama 71 et al Long-term regulation of interferon production by lymphocytes from children inoculated with live measles virus vaccine /7 *J Infect Dis.* 1988 Dec; 158(6):1386 — 90.

30 *Lancet.* June 29, 1996.

31 Lovik M. Do infections reduce the development of allergy? Do measles reduce the risk of allergic disease? // *Tidsskr Nor Laegeforen.* 1997 Feb 20; 117(5):688 — 90.

далеко не так безобидна, как кажется, ибо может указывать на неспособность организма к полноценному иммунному ответу. Там же автор сообщил, что те, у кого корь протекала без сыпи, имеют большую вероятность развития в будущем аутоиммунных и нейродегенеративных болезней<sup>32</sup>. Недавно коллектив исследователей из отделения молекулярной медицины в известном американском госпитале Майо (Рочестер, Миннесота) опубликовал свой отчет о влиянии ослабленного вируса кори на лимфому человека, воспроизведенную в эксперименте у мышей. Авторы продемонстрировали, что введение вируса кори в опухоль вызывает сильный онколитический (приводящий к разрушению опухоли) эффект вследствие притока нейтрофилов<sup>33</sup>, что заставляет вспомнить о некогда предпринимавшихся довольно успешных экспериментах по лечению искусственным заражением корью пациентов с некоторыми болезнями — например, нефротическим синдромом у детей. Все, это, разумеется, не является прямым свидетельством в пользу кори как идеального средства профилактики и лечения, но лишний раз указывает на то, сколь многого мы еще не знаем об инфекционных болезнях, бездумно стремясь их искоренять - вполне вероятно, в ущерб собственному здоровью.

Вакцина Первая вакцина против кори была разработана в 1940-х годах в США и испытывалась на военнослужащих. Из-за тяжелых побочных реакций программа была признана неудачной и свернута. Возобновила ее в 1954 г. группа под руководством вирусолога Джона Ф. Эндерса, научившегося выделять вирус кори и выращивать его на

культурах живых клеток. Первой применявшейся вакциной была убитая, но уже к середине 1960-х годов доступной стала и живая.

В 1971 -1972 гг. на рынках появилась трехкомпонентная вакцина MMR (корь, эпидемический паротит, краснуха). Она включала в себя три вакцины, ранее вводившиеся отдельно — «Аттенувакс» (против кори), «Мампс-вакс» (против свинки) и «Мерувакс» (краснуха). Сегодня практически во всех развитых странах мира коревая вакцина вводится прививаемым в составе тривакцины MMRH ее модификаций. Отдельным вопросом является <sup>32</sup> Ronne T Measles virus infection without rash in childhood is related to disease in adult life// Lancet. January 1985, (5)1 — 5.

<sup>33</sup> Grote D et al. Neutrophils Contribute to the Measles Virus-induced Antitumor Effect:

Enhancement by Granulocyte Macrophage Colony-stimulating Factor Expression //

Cancer Research. 2003 Oct 1; 63(19):6463 — 8.

необходимость объединения трех вакцин в одну. Одно из возможных объяснений, учитывающих интересы производителя MMR желающие защитить своего ребенка от кори вынуждены будут получить также вакцины от свинки и краснухи, прививать от которых многие родители в противном случае не пожелали бы в связи с заведомой легкостью этих болезней<sup>34</sup>. Исследования безопасности вакцины были очень краткими и не отвечающими серьезным критериям безопасности лекарств для массового использования, а долгосрочные последствия применения тривалентной вакцины (например, хронические болезни как возможный результат прививки) никто не изучал вообще. За результатами введения вакцины следили в течение 3-4 недель, часто — не больше двух. При этом, как недавно выяснилось, в экспериментах, проведенных над детьми в развивающихся странах перед лицензированием MMR, постоянно наблюдались неблагоприятные реакции со стороны желудочно-кишечного тракта, и они не прекращались ко времени окончания наблюдения (через 2-3 недели после прививки), но прививочные исследователи их проигнорировали. Наоборот — период наблюдения был даже сокращен с 28 дней до 21 дня<sup>35</sup>. Эта

информация для нас крайне важна из-за бурно обсуждаемой ныне возможной связи вакцины MMR и аутизма. Перед тем как я кратко изложу сущность вопроса, отмечу лишь, что в течение 1970-х годов вакцина MMR назначалась в возрасте 15 месяцев и при обязательном условии хорошего состояния здоровья прививаемого, но вскоре лавинообразное увеличение количества прививок заставило вакцинователей пренебречь здравым смыслом. Сегодня в США дети получают MMR уже в возрасте 12 месяцев (срок снизили из-за недостаточной защиты, получаемой с материнскими антителами — ведь матери сами были привиты и не перенесли естественную корь!), при этом, как правило, вместе с последней прививкой против гемофильной палочки, третьей дозой вакцины против гепатита В и вакциной против ветряной оспы. Шесть вакцин за один раз! Мало того. Прививать вакциной MMR стало можно не только здоровых, но и больных и получающих антибиотики детей, при единственном условии — отсутствии высокой температуры.

34 Sandall R. MMR IP? // The Sunday Times Magazine (UK). December 13, 2003.

35 Wakefield A, Montgomery S M. Measles, mumps, rubella vaccine, through a glass, darkly // *Adverse Drug Reaction Toxicol Rev* 2000; 19(4):265 — 283. Там же авторы добавили, что никто и никогда не изучал последствия такого комбинированного нападения живых вирусов трех инфекций, в то время как педиатрам прекрасно известно о том, как тяжело протекают несколько инфекционных болезней одновременно, и заключили:

"В контексте вакцины MMR один плюс один плюс один никогда не равняется трем».

Аутизм был практически неизвестен в мире до конца 1940-х годов, когда сначала прививки от дифтерии и столбняка, а потом и от коклюша стали действительно массовыми. Первые одиннадцать случаев аутизма были описаны известным психиатром Лео Каннером (1894 — 1981) лишь в 1943 г. Резкое увеличение заболеваемости аутизмом, ныне приобретшее масштабы настоящей эпидемии, началось в США в конце 1970-х годов, а в Великобритании — после 1988 г., когда началось массовое использование вакцины MMR36,

которая, вероятно, стала той самой соломинкой, что ломает спину верблюду. При этом качественно изменилась и сама болезнь. Если раньше о ребенке обычно говорилось, что «он родился аути-стом», то теперь преобладающим видом аутизма стал так называемый регрессивный аутизм. Это означает, что ребенок рождается совершенно здоровым и прекрасно развивается до возраста 12 — 18 месяцев, после чего внезапно теряет все уже имеющиеся у него социальные навыки (перестает говорить, вступать в контакт, узнавать окружение, замыкается в своем мире, теряет способность выражать эмоции) и больше не приобретает новые. Кроме тяжелых поведенческих нарушений, делающих невозможным адаптацию таких детей в обществе, они страдают от запоров и поносов (или комбинации того и другого), у многих появляются судороги, склонность к повторным инфекциям и пр., так что читатели могут представить, как невыносимо тяжело приходится их родным и близким и каким грузом ложится уход за такими детьми на плечи родителей и государства. Мальчики страдают аутизмом в 3 — 5 раз чаще, чем девочки. Многие родители обратили внимание на то, что начало болезни точно совпадало с периодом времени после прививки MMR. Кроме того, также родителями было отмечено, что, после того как ценой невероятных усилий (медикаменты, диета, поведенческая терапия) удавалось хоть немного выправить ситуацию, все приобретенное немедленно терялось после второй прививки MMR в возрасте пяти лет. Несмотря на столь явную причинно-следственную связь, медицинские власти отказываются признавать какую-либо связь прививки MMR и аутизма (что легко понять, ибо сумма исков, которые следовало бы удовлетворить, исчислялась бы миллиардами долларов), заявляя, что это всего лишь совпадение, поскольку-

36 Например, если до 1980 г. аутизм диагностировался у одного из 10000 детей, то теперь, согласно данным Национального института здоровья (NIH), им в США страдает один из 250, причем в некоторых штатах увеличение оказалось еще более значительным. По оценкам независимых организаций, прирост аутизма и болезней аутистического спектра составляет 10% в год.

ку аутизм обычно начинается на втором году жизни. Однако это «обычно» стало обычным именно после появления прививки MMR. По заявлению д-ра Бернарда Римленда, основателя Американской аутистической ассоциации и директора Института исследования аутизма в Сан-Диего, ни в 1950-х, ни в 1960-х, ни даже в 1970-х годах почти ничего не было известно о том, что аутизм начинается на втором году жизни, в то время как сейчас число случаев такого позднего аутизма превышает число случаев «классического» в пять раз. Для читателей я отмечу, что аутизм в самых тяжелых своих проявлениях — это лишь верхушка айсберга. Есть огромное количество нарушений, называемых «заболевания аутистического спектра», которые, хотя не так тяжелы в своих проявлениях, также делают практически невозможным обучение ребенка в нормальной школе. Среди таких синдромов гиперактивность, необучаемость чтению и письму, нарушения концентрации внимания различной степени выраженности и др. В своей книге, подробно анализирующей связь описанных выше нарушений с вялотекущим постпрививочным энцефалитом, д-р Харрис Култер отметил, что ныне от таких нарушений страдает от 20 до 25% всех американских школьников. «Если бы враг со стороны нанес такой ущерб нашим детям, мы объявили бы ему войну. Но... мы ведем эту войну сами с собой... Каждый день, что продолжается эта программа (прививок), сотни здоровых детей превращаются в умственно отсталых, слепых, глухих, аутистов, эпилептиков, в неспособных к обучению, в эмоционально неустойчивых, в будущих несовершеннолетних правонарушителей, а позднее — преступников»<sup>37</sup>.

В 1998 г. «Ланцет» опубликовал статью британского ученого, хирурга-гастроэнтеролога Эндрю Вейкфилда и его коллег, давшую старт большому скандалу вокруг вакцины MMR. Это исследование было сделано по просьбе и за деньги (что позднее ему пытались поставить в вину, назвав это «конфликтом интересов») родителей детей, больных аутизмом. Группа Вейкфилда изучала связь между заболеваниями кишечника и поведенческими нарушениями у детей-аутистов. Были исследованы 12 детей (к моменту, когда<sup>37</sup> Coulter H. L. Vaccination, Social Violence and Criminality. The Medical Assault on the American Brain. Washington, 1988, p. xiii-xiv. Развивая теорию связи

прививок с нарушениями развития мозга, Култер позднее (с. 156) цитирует также Чарльза Поузера с кафедры неврологии медицинского факультета Гарвардского университета, написавшего: «Почти каждая... прививка может привести к неинфекционной воспалительной реакции, вовлекающей нервную систему... Общим знаменателем при этом является васкулопатия... часто сочетающаяся с демиелинизацией» (Poser C. H. Neurologic Syndromes that Arise Unpredictably // Consultant. January, 1987, 45 — 55).

статья была опубликована, к ним, по заявлению самого Вейкфилда, прибавились еще 39), и у большинства были обнаружены неспецифический колит и гиперплазия лимфоузлов подвздошной кишки. В заключение авторы заявили: «В большинстве случаев симптомы появлялись после прививки против кори, свинки и краснухи. Требуются дополнительные исследования для более детального изучения этого синдрома и его возможной связи с вакциной»<sup>38</sup>. Кроме того, профессору О'Лири из Дублина, работавшему вместе с Вейкфилдом, удалось выделить штамм прививочного вируса кори из взятых из стенок кишечника биопсий (штаммы прививочного вируса кори позднее были обнаружены другими исследователями в спинномозговой жидкости детей-аутистов). На Вейкфилда обрушился шквал критики медицинских чиновников и всех, кто прямо или косвенно кормился от производства и реализации вакцин, и началась его неприкрытая травля (в результате он потерял работу в лондонском госпитале и перебрался в США). При этом национальные министерства здравоохранения истратили куда больше денег на очернение личности Вейкфилда (который, до того как была напечатана его статья в «Ланцете», имел уже 135 [!] публикаций в самых престижных рецензируемых медицинских журналах и считался вполне уважаемым специалистом) и на защиту вакцины MMR, чем на реальное изучение проблемы аутизма. Однако вскоре появились и другие статьи, указывающие на значительный рост заболеваемости аутизмом после введения в массовое использование вакцины MMR. Например, было отмечено значительное увеличение заболеваемости аутизмом в Финляндии<sup>39</sup> (почему для нас важна именно эта страна,

станет ясно дальше). Стремительный рост заболеваемости аутизмом привел к тому, что среди пострадавших оказались дети и внуки в том числе и врачей, и политических деятелей, и ученых<sup>40</sup>. Это создало принципиально новую ситуацию. Если раньше достаточно было отмахнуться от какой-нибудь назойливой родительской организации наукообразным исследованием, оплаченным компанией — производителем вакцин (читатели, наверное, помнят «независимого эксперта» проф. Дж. Черри из<sup>38</sup> Wakefield A. et al. *Heal nodular hyperplasia, non-specific colitis and pervasivedevelopmental disorder in children* // *Lancet*. 1998; 351:637 — 41.

39 Kielinen M. et al. *Autism in Northern Finland* // *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2000 Sep; 9:162 — 7.

40 Например, сенатор-республиканец Дан Бертон, на глазах которого совершенно здоровый до того внук превратился в аутиста после прививки вакциной MMR, добился проведения парламентских слушаний по проблемам безопасности вакцин, на которых выступили родители детей, убитых и искалеченных прививками, а также специалисты, не разделяющие взглядов медицинской бюрократии об отсутствии связи между прививками и тяжелыми заболеваниями, включая аутизм, развившимися после них.

главы о коклюше?), то теперь среди критиков таких исследований появились фигуры, своим весом в обществе (не говоря уже о научной добросовестности) превосходящие тех, кому было поручено писать в защиту вакцин. Так, сколоченное на скорую руку эпидемиологическое исследование, основанное на датских данных, которое должно было полностью реабилитировать вакцину MMR и поставить точку в споре вокруг нее, было раскритиковано специалистами из противоположного лагеря. Последние показали не только научную нечистоплотность авторов публикации, но и то, что те, полностью запутавшись в цифрах и сами того не подозревая и уж конечно не желая, показали именно то, что было на самом деле: значительное увеличение заболеваемости аутизмом в Дании после появления вакцины MMR. Но мало этого. Сильные родительские организации США сумели привлечь средства (в основном частные

пожертвования) и на финансирование неугодных истеблишменту исследований независимых ученых, которые поставили своей целью разработку гипотезы, что связь между вакциной MMR и аутизмом существует — например, исследования группы проф. Сингха, о чем несколько слов будет сказано ниже.

Поскольку беспрерывно появляются все новые публикации о природе аутизма и возможной связи этой болезни с прививками, я не стану останавливаться на подробном изложении всех материалов. Главными гипотезами ныне считаются две. Первая связывает развитие аутизма у генетически предрасположенных к этому детей с наличием в вакцинах ртути (в составе тиомерсала, в российских вакцинах — мертиолята). Помимо всего прочего во время разбирательств по вопросу наличия ртути в вакцинах выяснилось, что в течение почти 75 лет никто и никогда не только не изучал безопасность введения ртути младенцам и детям, но даже не учитывал, что ртуть выводится из организма очень медленно. Оказалось, что на фоне огромного количества содержащих тиомерсал вакцин, получаемых детьми, она способна накапливаться, значительно превосходя все установленные ПДК, и вызывать поражение центральной нервной системы у некоторых восприимчивых детей. Исследования установили, что тиомерсал может пересекать гематоэнцефалический и плацентарный барьеры (это к вопросу о прививках беременным или желающим забеременеть!) и накапливаться в ткани мозга плода<sup>41</sup>. Было также показано, что дети, получившие вакцину DTaP без тиомерсала, имели намного меньший риск развития аутизма и заболеваний аутистического спектра,

41 Sikker W. Developmental neurotoxicology of therapeutics: survey of a novel recent findings // *Neurotoxicology*. 2000; 21:250.

чем те, кто получил эту вакцину с тиомерсалом<sup>42</sup>. Поддерживает эту гипотезу наблюдаемое несомненное улучшение состояния у больных детей, получающих специальную терапию, направленную на связывание и выведение ртути из организма. Важно наблюдение, что особенно быстрый рост заболеваемости аутизмом начался в США после того, как к прививочному календарю были добавлены

прививка против гепатита В и прививка против гемофильной палочки. Это привело к трехкратному увеличению количества ртути, поступающей в организм прививаемых.

Другую гипотезу активно разрабатывает группа нейроиммунолога проф. Виджендры Сингха с кафедры биологии университета в Юте. Предположив, что аутизм представляет собой аутоиммунное заболевание, исследователи стали искать антитела, титр которых у больных аутизмом детей был бы значительно выше, чем у здоровых. Такие антитела были найдены, и ими оказались антитела к вирусу кори (входящему, как мы знаем, в состав вакцины MMR). При этом Сингх и его сотрудники установили, что именно у тех больных аутизмом детей, у которых высокий уровень антител к вирусу кори, имеется и высокий уровень антител к так называемому основному протеину миелиновой оболочки, изолирующей нервную ткань. Предполагается, что разрушение миелиновой оболочки мозга может приводить к аутизму. Проф. Сингх считает, что эта гипотеза позволяет объяснить наблюдения очень многих родителей, согласно которым первые проявления болезни начались именно после прививки MMR43.

Тема вакцины MMR стала уже настолько острой, что на нее обратили внимание и политики. Парламентская оппозиция в Британии заявляет, что если ее вернут к власти, то она предоставит родителям отсутствующую-

42 См.: Geier M. R., Geier D. A. Neurodevelopmental Disorders Following Thimerosal-

Containing Vaccines // *Experimental Biology & Medicine*. 2003; 228:660 — 664; Geier M.

R., Geier D. A. Thimerosal in childhood vaccines, neurodevelopment disorders, and heartdisease in the United States // *Journal of American Physicians & Surgeons*. 2003; 8(1):6 — 11;

Geier D. A., Geier M. R. An Assessment of the Impact of Thimerosal on Childhood Neurodevelopmental Disorders // *Pediatric Rehabilitation*. 2003; 6:97 — 102.

43 См.: Singh V. K. Immunotherapy for brain disease and mental illnesses // *Progress in Drug Research*. 1997; 48:129 — 146; Singh V. K. et

al. Antibodies to myelin basic protein in children with autistic disorder // Brain Behavior and Immunity. 1997; 7:97 — 103; Singh V.

K. et al. Serological association of measles virus and human herpesvirus-6 with brain autoantibodies in autism // Clin Immunol Immunopathol. 1998; 89:105 — 108; Singh V. K.

Neuroimmunopathogenesis in autism. In: NeuroImmune Biology: New Foundation of Biology. 2001; vol. 1:443 — 454; Singh V. K. et al. Abnormal measles-mumps-rubella antibodies and autoimmunity in children with autism // Journal of Biomedical Science.

2002; 9:359 — 364; Singh V. K., Jensen R. L. Elevated levels of measles antibodies in children with autism // Pediatric Neurology. 2003; 28:292 — 294.

шую сегодня возможность выбирать между вакциной MMR и тремя отдельными вакцинами. К слову, нынешний британский премьер-министр, активно призывающий родителей довериться специалистам, которые заявляют, что MMR совершенно безопасна, отказался сообщить журналистам, привит ли этой вакциной его собственный сын. Поскольку на карту поставлена не только одна вакцина, но и престиж многочисленных «экспертов» и министерств, то понятно, что даже при наличии стопроцентно достоверных доказательств того, что вакцина MMR и аутизм между собой непосредственно связаны, сражение будет продолжаться, и исход его трудно предсказать.

В России кроме вакцины MMR-II зарегистрированы вакцины «Приорикс» (аналог вакцины MMR) и «Рувакс» — коревая моновакцина, обе производства компании «Авентис Пастер». Имеется также российская живая коревая культуральная вакцина (ЖКВ), приготовленная из вакцинного штамма «Ленинград-16» или его клонированного варианта «Москва-5». Вирусы выращиваются на культуре клеток эмбрионов японских перепелов. Кроме самих вирусов в этой вакцине также содержатся канамицин-на моносульфат или неомицин. Стабилизаторы — сорбит и желатоза или стабилизатор ЛС-18 и желатоза<sup>44</sup>.

Прививку дети получают дважды — в возрасте 12 -15 месяцев и перед школой (в 6 — 7 лет). В эндемических по кори районах

прививать начинают уже в 9 месяцев. Прививать детей рекомендуется без предварительной проверки на наличие антител. Эта рекомендация вызывает большие сомнения с точки зрения как здравого смысла, так и имеющихся научных данных. Если ребенок уже перенес корь, которая не была распознана, и приобрел к ней естественный иммунитет, то эта прививка никакой пользы с точки зрения стимуляции образования коревых антител не окажет<sup>45</sup>, но может поставить его здоровье под угрозу возможными осложнениями. Понятно, что это не имеет никакого логического оправдания. Вопрос здесь может упираться только в деньги. Серологические анализы дороги, и если проверять наличие антител у каждого претендента на прививку, стоимость антикоревой кампании возрастет многократно. Гораздо дешевле и проще прививать, никого и ничего не исследуя, а осложнения прививок списывать на «совпадения».

44 Учайкин В. Ф., Шамшева О. В. Вакцинопрофилактика. Настоящее и будущее. М., 2001, с. 136.

45 Christenson B., Bottiger M. Measles antibody: comparison of long-term vaccination titres, early vaccination titres and naturally acquired immunity to and booster effects on the measles virus // Vaccine. 1994 Feb; 12:129 — 33.

На фоне активного прививания у нас на глазах меняются эпидемиологические характеристики кори. До начала использования антикоревой вакцины материнские антитела защищали младенца в течение первых 12 -15 месяцев жизни<sup>46</sup>. Корь была преимущественно болезнью детей возраста 5-9 лет, а к 15 годам 99% детей уже переносили корь в той или иной форме и были от нее на будущее защищены. Массовые прививки коренным образом изменили эту ситуацию, и сейчас я лишь повторяю то, что говорил относительно других детских инфекционных болезней. Матери, привитые в детстве от кори, к возрасту деторождения утрачивают антитела и не способны передать их своим детям<sup>47</sup>, оставляя младенцев беззащитными перед корью. (Здесь надо уточнить, что в защите от кори большую важность имеют именно антитела,

передаваемые через плаценту, а не через молоко — роль последнего безмерно важна в очень многих аспектах прямо или косвенно связанных со здоровьем ребенка, но антител с молоком передается очень мало<sup>48</sup>. Очевидно, путь передачи через кровь эволюционно более удобен и эффективен.) В одном исследовании было показано, что 95% детей в возрасте 9 месяцев и 95% детей в другой группе, в возрасте 12 месяцев не имели антител к вирусу кори, а те, кто его имели, были детьми матерей, родившихся до 1963 г., т.е. до времени начала прививочной кампании против кори<sup>49</sup>. Недавняя вспышка кори в Польше (в 1997 -1998 гг.) подтвердила худшие опасения. Больше всего заболело детей в возрасте до года, т.е. еще до того, как они могли получить прививку (24,6 на 100 тыс. населения в сравнении с в среднем 5,5 на 100 тыс. для всех остальных возрастных групп<sup>50</sup>) и это вполне согласует-

46 "Наиболее низкую заболеваемость (в допрививочные времена. — А. К.) регистрировали среди детей до 1 года жизни, защищенных материнскими антителами». (Покровский В. И. Эволюция..., с. 264).

47 Об этом известно было уже достаточно давно, но никаких трюков в обход естественных законов придумать не вышло. Двадцать лет назад, в 1984 г., два советских автораписали: «В последующем все большее количество детей будет рождено матерями,

ранее привитыми против кори и не болевшими ею. Возможно, у таких детей врожденный иммунитет будет недостаточно выраженным, что потребует их иммунизации в более ранние сроки после рождения. Этот вопрос... нуждается в изучении». (Сергеев В.

П. Актуальные..., с. 31). Двадцатилетнее изучение вопроса, как мы видим, пока что ничего не дало и очень сомнительно, что может что-то дать в будущем.

48 Adu F. D., Adeniji J. A. Measles antibodies in the breast milk of nursing mothers // Afr J Med Med Sci. 1995 Dec; 24:385 — 8.

49 Maldonado Y. A. et al. Early loss of passive measles antibody in infants of mothers with vaccine-induced immunity // Pediatrics. 1995 Sep; 96:447 — 50.

^Janaszek W., Slusarczyk J. Immunity against measles in populations of women and infants in Poland // Vaccine. 2003 Jun; 21:2948 — 53.

ся с данными других наблюдений<sup>51</sup>. С другой стороны, в отсутствие антигенных «толчков» природного вируса привитые дети могут утрачивать иммунитет к подростковому и взрослому возрасту и становятся восприимчивыми к болезни, от которой их ровесники ранее были надежно защищены природным иммунитетом. Исследование, проведенное в Новой Зеландии в 1985 г., показало, что к 15 годам 14% подростков не имели антител к вирусу кори<sup>52</sup>. Вероятнее всего, по мере подрастания все новых привитых в детстве поколений и по мере снижения циркуляции возбудителя таких детей становится все больше. Исследование заболевших корью в 1985 -1995 гг. взрослых (старше 19 лет) в США обнаружило, что, во-первых, почти треть ранее была против кори привита, а во-вторых, что удельный вес взрослых в структуре заболеваемости корью непрерывно повышается. В среднем заболевших взрослых за эти 10 лет было 21,3%, а в 1993 -1995 гг., за последние два года наблюдения, — 29,5%, хотя при этом и было отмечено снижение заболеваемости корью во всех возрастных группах<sup>53</sup>. А что в России? Да все то же самое! «Если в 1967 г. доля заболевших корью лиц в возрасте 15 лет и старше составляла 0,2 — 0,3%, то к 1987 г. она достигла уже 31%. Появились сообщения о крупных очагах кори в школах, специализированных училищах, вузах, воинских частях. Заболевание корью у молодежи и взрослых протекает значительно тяжелее, чем у детей, с осложнениями в виде серозного менингита, энцефалита и гигантоклеточной пневмонии»<sup>54</sup>.

Если верить нынешним сообщениям из Великобритании, где родители массово отказываются от прививки MMR, о росте смертности от кори, то нет никаких сомнений, что смерти происходят именно в этих лишенных естественной защиты группах, и прививки являются тому косвенной причиной<sup>55</sup>. Впрочем, возможно, таким сообщениям не стоит и доверять. Я бы не удивился, узнав, что никакого роста смертности на самом деле ни-

<sup>51</sup> У 111 младенцев матерей, привитых в детстве, не было обнаружено антител к возрасту уже 6 месяцев. {Dayton L. Measles Vaccination May Not Protect for life // NewScientist (Canada). November 1989; vol. 4 p. 6).

<sup>52</sup> NZMedJ. 27 May, 1987.

53 Miller M. et al. Measles among adults, United States, 1985 — 1995 // Am J Prev Med.

1999 Aug; 17:114-9.

54 Покровский В. И. Эволюция..., с. 271.

55 См. также ст.: Papania M. et al. Increased susceptibility to measles in infants in the United States // Pediatrics. 1999 Nov; 104:e59, в которой указывается, что дети матерей,

рожденных после 1963 г. (когда началось массовое прививание кори), почти в трираза более восприимчивы в младенческом возрасте к кори, чем дети матерей, родившихся до 1963 г.

когда не было, и все это выдуманно лишь для того, чтобы убедить родителей согласиться на прививку.

Эффективность В середине 1980-х годов, имея за спиной почти пятнадцатилетний опыт прививок против кори, советские авторы сообщали: «Заболеваемость корью среди привитых против этой инфекции колеблется от 0,06% до 17,9%»<sup>56</sup>. Думаю, что эти цифры дают вполне наглядное представление о степени научности прививочных процедур, итогом которых получают результаты, различающиеся почти в 300 раз.

Первыми прививками против кори стали прививки убитой вакциной. Однако вследствие их неэффективности и опасности (см. ниже) от них быстро отказались и перешли на одну прививку живой ослабленной вакциной. Разумеется, делалась она под бодрым лозунгом «Одна прививка - и ты защищен на всю жизнь!» (так начинал Дженнер со своей коровьей оспой, та же история последовательно повторялась практически со всеми прививками). Однако в 1980-х годах в США начала резко возрастать заболеваемость корью, причем от 20 до 40% случаев болезни встречались у ранее привитых. Авторы одной аналитической статьи изучили сообщения о 18 вспышках кори в США и Канаде и обнаружили, что все они происходили среди групп населения, в которых от 71 до 99,8% были привиты (например, при вспышке в Квебеке в 1989 г. заболели 1363 человека при 99 процентном привитом населении провинции<sup>57</sup>). Было заявлено о парадоксальности ситуации, при которой по мере увеличения числа привитых корь все более становится болезнью вакцинированного

населения. Вывод: «Из-за высокой заразности вируса и несовершенства существующей ныне вакцины следует обдумать переход от одной прививки к двум»<sup>58</sup>.

В более позднем исследовании было сообщено, что примерно 20% привитых коревой вакциной утрачивают антитела в период от 4 до 11 лет после прививки, а потому необходима дополнительная прививка перед школой<sup>59</sup>.

56 Сергеев В. П. Актуальные..., с. 30.

57 Boulianne N. et al. Major measles epidemic in the region of Quebec despite a 99% vaccine coverage // *Can J Public Health*. 1991 May — Jun; 82(3): 189 — 90.

58 Poland G. A., Jacobson R. M. Failure to reach the goal of measles elimination. Apparent paradox of measles infections in immunized persons // *Arch Intern Med*. 1994 Aug; 154:1815 — 20.

59 Poland G. A. et al. Measles reimmunization in children seronegative after initial immunization // *JAMA*. 1997 Apr; 277:1156 — 8.

И окончательно укрепилась уверенность американцев в необходимости второй прививки после вспышки кори в Энкеридже (Аляска) в 1998 г., когда заболели 33 человека в возрасте от 2 до 28 лет, из них 17 — учащиеся одной средней школы. Всего из числа заболевших 29, согласно имеющимся документам, ранее получили как минимум одну прививку, а один — две<sup>60</sup>.

Впрочем, и две прививки от кори, как выяснилось, отнюдь не гарантируют пожизненного иммунитета. После того как четверо сотрудников (трое из которых ранее получили две прививки от кори) одного из госпиталей заболели корью, было решено проверить состояние дел с антителами против кори у остальных работников госпиталя. Дело было в 1990 г., т.е. почти 30 лет спустя после начала массовой прививочной кампании, а потому очень многие были одно — или двукратно от кори привиты — в детстве и перед началом работы в больнице. Были обследованы 900 человек, из которых 14 (1,5%) вообще не имели антител, 338 (37,6%) имели низкий уровень антител, 372 (41,3%) имели средний уровень. Результаты, полученные у пяти (0,6%), не давали возможности однозначной интерпретации, и

лишь 171 человек (19%) могли считать себя действительно защищенными, если верить в то, что невосприимчивость к определенной болезни равна высокому уровню специфических антител (что, как известно, не всегда гарантирует защиту от болезни). Не решаясь, очевидно, предложить уже третью по счету прививку, авторы статьи просто рекомендовали пользоваться респираторами при работе с больными корью пациентами, не слишком полагаясь на разрекламированную вакцинную защиту<sup>61</sup>.

Еще одно исследование показало, что при контакте с заболевшими корью как минимум (слова авторов) 11% привитых детей и подростков в Колорадо в 1987 -1998 гг. заболевали. Зачем же, спрашивается, они получали прививки, рисковали получить осложнения, если стоило появиться больному корью, как вся обещанная защита испарилась более чем у каждого десятого? Ответа на этот вопрос нет, зато нам ясно указывают на виновников продолжающихся случаев заболевания корью. Это так называемые *exemptors*, т.е. дети, которых освободили от прививок из-за религиозных и философских возражений родителей<sup>62</sup>. Откровенно подстрекательская по своему характеру статья не вызвала у редколлегии «Журнала Американской медицинской ассоциации» никаких возражений.

60 MMWR. 1999; 47:1109 — 1111.

61 Amman L K. et al. Secondary measles vaccine failure in healthcare workers exposed to infected patients // *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1993 Feb; 14:81 — 6.

62 Feikin D. R. et al. Individual and community risks of measles and pertussis associated with personal exemptions to immunization // *JAMA*. 2000 Dec 27; 284(24):3145 — 50.

Однако самые удручающие результаты относительно эффективности вакцины были получены именно в тех странах, которые остро нуждались в действительно эффективных средствах спасения своих детей от кори. Так, изучение вакцины по время вспышки кори в кенийском округе Кериянга в 1985 г. показало очень невысокую ее эффективность — в среднем 43,5% среди детей в возрасте от 8 до 59 месяцев. При этом наименьшая эффективность

оказалась в группе более всего рискующих тяжелыми последствиями кори, а именно детей в возрасте от 8 до 11 месяцев<sup>63</sup>. Автор пришел к следующему выводу: «Эти и аналогичные данные, полученные в развитых и развивающихся странах, наводят на мысль о том, что план о полной ликвидации кори преждевременен, особенно для тропиков. Ликвидация кори связана с ощутимо большим числом трудностей, нежели это было с ликвидацией натуральной оспы. Продолжающаяся передача вируса в группах с высоким процентом привитых, а также крайне низкая эффективность вакцины — лучшие тому доказательства»<sup>64</sup>. Ему вторили континентальные земляки из Замбии, в течение двух лет наблюдавшие за детьми, поступающими с диагнозом кори в университетский госпиталь в Лусаке. По их сообщению, 34,4% заболевших детей были привиты. Смертность среди привитых составила 6,4%, среди непривитых — 17%. Вывод: «Хотя вакцина против кори и не может предотвратить заражения, она способна снизить смертность»<sup>65</sup>. Эффективность вакцины, согласно результатам изучения вспышки кори в Хараре (Зимбабве), оказалась равной 68%<sup>^</sup>. Что, разумеется, намного ниже декларируемой. В свете таких результатов, которые вполне можно расценить как провал, даже ВОЗ была вынуждена признать, что «данные полевых испытаний в Гвинее-Бисау, Южной Индии и Сенегале говорят о снижении эффекта коревой вакцины и увеличении заболевае-

<sup>63</sup> Я не смог достать эту статью из экзотического журнала, а потому не знаю, пытался ли автор дать какое-либо обоснование этому факту. Скорее всего это связано как незрелостью иммунной системы младенца, так и с материнскими антителами против кори, нейтрализующими вакцинные. При этом вероятен обратный эффект, что и может объяснить заболеваемость корью в столь нехарактерном для этого возрасте.

<sup>64</sup> Kenya P. R. Measles and mathematics: control or eradication? // East Afr Med J. 1990 Dec; 67(12):856 — 63.

<sup>65</sup> Oshitani H. et al. Measles infection in hospitalized children in Lusaka, Zambia // Ann Trop Paediat. 1995 Jun; 15:167-72. Конечно, однозначную оценку какой-либо пользы вакцины на основании этих данных сделать трудно. Ведь неизвестно истинное число заболевших

корью (регистрировались только поступившие в больницу) и причины, по которым не делались прививки. Вполне возможно, из-за тяжелых фоновых болезней.

66 Mahomva A. I. et al. Evaluation of a measles vaccine efficacy during a measles outbreak in Mbare, City of Harare, Zimbabwe // Cent Afr J Med. 1997 Sep; 43:254 — 6.

мости корью с течением времени после сделанной прививки"<sup>67</sup>.

Здесь же я хочу привести слова австралийского педиатра д-ра Арчи Калокериноса, автора двух известных книг<sup>68</sup> и многочисленных публикаций, работавшего среди аборигенов Австралии и в Африке и заявившего в одном из своих интервью: «Факты относительно прививок против кори в Африке извращаются. Вы не можете прививать больных и недоедающих детей и рассчитывать обмануть природу таким образом. Так вы убьете намного больше, чем это сделала бы натуральная инфекция<sup>69</sup>. Существует другой путь, чтобы бороться с болезнями вроде кори. Если вы введете внутримышечно или внутривенно витамин С и дадите иную небольшую алиментарную поддержку, то девять из десяти будут спасены. Я не скажу, что все, потому что многие из этих детей так больны и истощены, что подобны растениям. Ничто не может спасти их, и с этим следует примириться. Но для нормального или для даже умеренно истощенного ребенка добавка витамина С к лечению совершит настоящий переворот, если вы сделаете это на раннем этапе болезни"<sup>70</sup>. Еще до появления этого интервью опытного педиатра к выводу относительно того, что избавление от кори делает детей беззащитными перед иными многочисленными болезнями, пришел другой исследователь, показавший в своей статье, что дети в развивающихся странах, получившие прививку против кори, имеют большую смертность в течение года после сделанной вакцинации<sup>71</sup>. Так что вполне справедливы слова д-ра Вие-ры Шайбнер: «Дети в странах третьего мира нуждаются не в прививках,

67 Report of a meeting on research related to measles control and elimination. Geneva, March 27 — 29, 2000. WHO, Geneva, 2000, p. 8.

68 Every Second Child (1974) и Vitamin C: Nature's Miraculous Healing Missile (1993).

69 Даже при том, что недоедание характерно и для детей в некоторых бедных азиатских странах, все же там оно не имеет такого катастрофического размера, а потому и смертность там намного ниже, чем в Африке. См., например: Bhaskaram P.

Measles & malnutrition // Indian J Med Res. 1995 Nov; 102:195 — 9.

70 International Vaccine Newsletter, June 1995. Далее в интервью д-р Калокеринос отвечает также на вопрос относительно того, в какой форме следует давать витамин С.

По его мнению, для профилактики болезни годятся и таблетки, но при серьезной болезни совершенно необходимо внутривенное введение, в крайнем случае — внутримышечное. Фредерик Кленнер писал, что внутривенное или внутримышечное введение 1000 мг витамина С каждые 6 часов гарантировало от заболевания корью,

а 1000 мг во фруктовом соке каждые 2 часа защищали лишь в том случае, если давались круглосуточно. Эти 1000 мг тем же способом введения и с той же частотой справлялись с корью за 48 часов. (Klenner F. R. The Treatment of Poliomyelitis and Other Virus Diseases with Vitamin C). Статья имеется на ряде сайтов в Интернете.

71 Weiss R. Measles battle loses potent weapon // Science. 1992 October; 258:546 — 547.

а в витамине Айв улучшении питания в целом"72.

Чтобы завершить тему прививок против кори в Африке, я сообщу, что проведенные в Сенегале (в эндемичном по кори районе) исследования обнаружили внезапные и резкие подъемы титра антител к вирусу кори при отсутствии клинической симптоматики у ранее полностью привитых против кори детей, что можно было объяснить лишь очередным заражением корью (на фоне прививочного иммунитета!) и субклинической формой течения последней. Авторы затруднились объяснить, какое значение обнаруженный ими факт может иметь для последующей передачи вируса между людьми и для определения прививочной политики в целом, и лишь пожелали, чтобы это было сделано в дальнейшем73.

Сюда же напоследок можно добавить и другое наблюдение. Хотя адвокаты прививок утверждают, что даже в случае недостаточной эффективности вакцин те как минимум предупреждают тяжелые осложнения кори, в научной литературе имеются данные, позволяющие поставить под сомнение и этот постулат. Так, у двенадцатилетней девочки, привитой за десять лет до того живой ослабленной коревой вакциной, развился энцефалит. При этом никаких симптомов кори не было. В спинномозговой жидкости была определена геномная последовательность возбудителя, которая оказалась характерной для вируса кори. Иммуноглобулины, определенные в крови и спинномозговой жидкости, указывали на острый процесс<sup>74</sup>.

Таким образом, и болезнь, и ее осложнения вполне могут случаться и после прививок, а «скачки» в титре антител указывают на переносимую на фоне имеющихся прививочных антител корь. Грамотные сторонники гомеопатического и натуропатического подходов в медицине безусловно оспорят при этом пользу таких форм болезни, при которых должна быть, но не появляется сыпь, как это происходит в случае кори у привитых. С их точки зрения, это свидетельство не столько мягкости болезни, сколько неспособности организма к полноценному иммунному ответу (см. далее об атипичной кори) или извращения иммунного ответа. Корь, как заболевание, характеризуется отнюдь не примитивной схемой «проникновение вируса > симптомы болезни > выработка антител > выздоровление». Прежде чем попасть в печень, селезенку, вилочковую железу<sup>72</sup> Scheibner V. Vaccination. 100 years of Orthodox Research Shows that Vaccines Represent a Medical Assault on the Immune System. Australia, 1993, p. 92.

73 Bennett J. et al. Seroconversions in unvaccinated infants: further evidence for subclinical measles from vaccine trials in Niakhar, Senegal // Int J Epidemiol. Feb 1999; 28:147 — 51.

74 Matsuzono Y. et al. Measles encephalomyelitis in a patient with a history of vaccination //

Ada Paediatrjpn. 1995 Jun; 37:374 — 6.

(тимус) или костный мозг, вирус размножается в органах лимфатической системы, инициируя там первичный иммунный ответ. Первые симптомы кори, возникающие в катаральном периоде (чиханье, кашель) свидетельствуют об усилиях организма избавиться от вируса тем же путем, каким тот в него проник. Активизируются многочисленные защитные системы организма — начинается реактивное воспаление инфицированных вирусом тканей, активируются лейкоциты и макрофаги, белковые фракции сыворотки и пр. В механизме защиты задействован и гуморальный иммунитет — при появлении симптомов кори в крови уже определяются антитела, а пик болезни совпадает с максимальным титром циркулирующих антител. Однако антитела являются не только не единственной, но даже и не главной защитой от острой болезни. Корью, да и другими так называемым детскими инфекциями, не случайно заболевают малыши — иммунная система развивается «обучением», только так она может достичь зрелости и надежно служить своему владельцу во взрослом возрасте. При парентеральном введении ослабленного вируса кори отсутствует инкубационный период, нет здоровой системной реакции организма, и он не имеет возможности избавиться от вируса ни через слизистые оболочки верхних дыхательных путей, ни с помощью сыпи. Вирус немедленно проникает во внутренние органы не подготовленного к этому организма. Фактически происходит именно то, что призвана предотвратить иммунная система. Подменяя совокупность выработанных тысячами лет эволюции иммунных реакций механическим наводнением крови антителами и таким образом постоянно «обманывая» иммунную систему и организм в целом, мы отказываем им в возможности «тренировки» и развития и готовим почву для сниженной функции иммунитета. И все это не говоря о непрерывном прививочном засеивании организма живыми вирусами, опасность чего лишь сейчас начинает оцениваться в должной мере<sup>75</sup>.

Исследования, проводившиеся на фоне продолжающихся прививок, выявили немало проблем, связанных с неадекватностью понимания функций иммунитета и механизмов его действия с позиций сегодняшнего дня. Так, было показано, что высокий уровень

антител к вирусу кори может не иметь ничего общего со степенью реальной защиты от нее<sup>76</sup>.

75 Moscovitz R. The Case Against Vaccinations // American Institute of Homoeopathy Journal March 1993. Там же автор заявил, что лучшее, что можно сделать для детей, — это предоставить им возможность заразиться и переболеть корью и свинкой в возрасте 6-7 лет и предотвратить тем самым возможные проблемы в будущем.

76 Bellanti J. A. Biologic significance of the secretory gamma A immunoglobulins. E. Mead Johnson Award Address // Pediatrics. 1971; 48(5):715 — 729.

Процесс невосприимчивости к той или иной болезни невозможно свести исключительно к примитивному механистическому представлению об антителах как основе гуморального иммунитета; есть иные составляющие, нам пока что неизвестные. С другой стороны, было обнаружено, что уровень антител у успешно ревакцинированных детей может в течение всего нескольких месяцев снижаться многократно, до самого низкого уровня, так что защиты от кори не получалось и по самым ортодоксальным представлениям...<sup>77</sup>.

И все-таки: как быть со статистикой, показывающей, например, что «уже в первые пять лет после введения массовой иммунизации смертность от кори на некоторых территориях СССР снизилась в 18 — 50 раз. В целом по стране ее показатель составил в 1970 г. всего 0,03 на 100 тыс. населения. Наиболее выраженное снижение наблюдалось на тех территориях, где вакцинопрофилактика проводилась качественно, с охватом прививками 85 — 90% подлежащих иммунизации детей»<sup>78</sup> Неужели все это лишь благодаря тому, что краснуху стали называть корью, а о многих случаях перестали сообщать, чтобы не портить отчетность, которой еще до начала прививок было велено всячески их прославлять? Я далек от слепого обскурантизма и не утверждаю, что вакцины не действуют вообще. Хотя различные статистические игры и смена «неправильных» диагнозов на «правильные» — такие же неизменные спутники прививочных кампаний, как и поствакцинальные осложнения, определенное снижение заболеваемости может быть

отнесено и на счет прививок. Вопрос совершенно в другом — а нужно ли его добиваться?

Объясню свою точку зрения. Как прививки, так и любые другие массовые медицинские мероприятия должны преследовать только одну цель: улучшение здоровья населения в целом. «Допрививочная» советская смертность от кори, равная 0,23 на 100 тыс. населения — это вполне ничтожная смертность. Для страны с населением 200 млн. человек это означает примерно 460 смертей в год — в десятки раз меньше, чем гибнет от несчастных случаев или в сотни — от онкологических или сердечно-сосудистых болезней. Конечно, любая смерть — это трагедия, и замечательно, если ее удастся избежать. Однако если для того, чтобы уберечь от смерти сотню изначально хронически больных детей, страдающих недугами иммунной системы, требуется систематически подрывать здоровье мил-

77 Black F. L. et al. Inadequate immunity to measles in children vaccinated at an early age:

effect of revaccination // Bull WHO. 62 (92) :315 — 319.

78 Покровский В. И. Эволюция..., с. 269.

лионов их сверстников, которым корь не грозит никакими серьезными последствиями, то стоит ли радоваться такому «обмену»? Допустим, четверста не умерли, а тысяча пострадала от тяжелых поствакцинальных осложнений (при этом многие остались инвалидами), десятки тысяч на долгие годы стали хронически больными — такой обмен подходит или нет? И спрашивают ли родителей прививаемых здоровых детей, согласны ли они рискнуть здоровьем своих любимых чад ради снижения заболеваемости болезнью X, Y или Z и смертности от нее по стране в целом? При этом, кстати, здоровье подрывается не только прямой прививочной агрессией, не только токсическими составляющими вакцин, не только поствакцинальными осложнениями. Те миллионы рублей, которые перекачиваются в карманы вакцинаторов, берутся ведь не из воздуха — их прямо или косвенно забирали и забирают из других статей бюджета здравоохранения. Это значит, что не оснащаются современным оборудованием больницы, не производятся и не

закупаются новые лекарства и диагностические системы, которые играют важную роль в борьбе с инфекционными болезнями, не строятся дома отдыха... Не хочу перегружать ни книгу, ни главу статистическими выкладками. Вероятно, все читатели знают, что здоровье детей в развитых странах в последние 30 — 40 лет стремительно ухудшается. Как на дрожжах растет заболеваемость различными аллергиями, в том числе и бронхиальной астмой. Статистика онкологических заболеваний (особенно заболеваний крови) у детей приводит в ужас. Никто пока что не в состоянии дать объяснения, не затрагивающего прививки, стремительному росту аутизма. «Молодеют» болезни, ранее встречавшиеся практически исключительно в пожилом возрасте. А ведь больные дети — это будущие больные родители. Бывший главный акушер-гинеколог Казахстана проф. Р. С. Аманджолова писала: «А. Ф. Соколова (сотрудник Института педиатрии АМН СССР) считает, что не делать прививки — это преступление перед детьми. Возможно. Но надо выяснить, перед какими детьми, что является большим преступлением? Снижение инфекционных заболеваний (осложнения которых теперь можно предупредить) ценой полисенсбилизации или передаваемые потомству ее разнообразные последствия: аллергические заболевания, иммунопатологии различных органов, тяжелые проявления реакции трансплантата против хозяина и хозяина против трансплантата в акушерской практике, в итоге составляющие всю иерархию болезней века...»<sup>79</sup>.

<sup>79</sup> Аманджолова Р. С. и др. О тревожных результатах наших исследований // Вакцинопрофилактика и права человека. Доклад РНКБ. М., 1994.

Радость по поводу снижения заболеваемости теми недугами, которые обычно протекают доброкачественно, абсурдна, если взамен мы получаем тяжелейшие, инвалидизирующие, неизлечимые болезни, подрываем здоровье миллионов!

Безопасность По точному замечанию д-ра Р. Нойштедтера, список осложнений вакцины против кори выглядит скорее как учебник по нервным болезням<sup>80</sup>. Среди осложнений вакцины описаны энцефалиты, менингиты, подострый склеро-зирующий панэнцефалит,

конвульсии, сенсорная глухота, оптический неврит, поперечный миелит, синдром Гийена-Барре, атаксия. Трудно представить, чтобы, зная о возможности таких осложнений, нормальный родитель согласился на прививку от детской болезни, которая считается вполне безвредной. Производитель «Приорикса» в проспекте, напечатанном специально для родителей, сообщает о некоторых мягких, по мнению создателей вакцины, реакциях, которые могут быть у детей в ответ на введение вакцины, как-то: необычный крик, судороги, головокружение, головная боль, тошнота, рвота, сыпь, зуд, увеличение шейных, подмышечных и паховых лимфоузлов, лихорадка, кровотечение из носа. Если это мягкие, то какие же тогда тяжелые? Ак тяжелым в проспекте производителя вакцины относятся всего лишь конвульсии на фоне высокой температуры; вот тогда-то и нужно обратиться к врачу. Отдельным списком идут симптомы, наблюдавшиеся после получения «Приорикса» (но причинно-следственная связь с самой прививкой, надо понимать, не установлена): анемия, гранулоцитопения, язвы в горле и во рту, нарушение сна, нервозность, подкожные кровоизлияния, опухание и повышенная чувствительность мошонки<sup>81</sup>. (В более серьезном документе, а именно в официальной аннотации к своему детищу, производитель неохотно сознается в том, что такие болезни, как гранулоцитопения, эпидидимит и экзантема, были сочтены экспертами серьезными — а как, наверное, хотелось их тоже отнести к мягким, совсем безобидным! — и все-таки связанными с прививкой.) Вероятно, почувствовав, что такой впечатляющий список может полностью нивелировать эффект произнесенного перед перечислением всех этих недугов обычного прививочного заклинания «шанс вашего ребенка пострадать от прививки намного ниже шанса<sup>80</sup> Neustaedter R. The Vaccine Guide. Making an Informed Choice. Berkeley, California, 1996, p. 145.

<sup>81</sup> Priorix (r) Consumer Medicine Information Leaflet, p. 2-3.

получить необратимое повреждение вследствие натуральной инфекции», производитель спешит еще и добавить: «Пусть вас не пугает этот список возможных побочных эффектов. Может быть, ни у

вас, ни у вашего ребенка не будет ничего"<sup>82</sup>. Может, и не будет. А если будет?

Высокая реактогенность коревой вакцины была известна с самого начала ее использования. Советские авторы бесхитростно сообщали: «Удельный вес осложнений после иммунизации против кори, по материалам отечественных авторов, колеблется от 8,1 до 10,2%... При введении коревой вакцины возможны различные осложнения... Довольно часто наблюдают нефротический синдром. Так, Е. А. Лакоткина и М. И. Якобсон (1971) выявили его у 12 из 38 детей с осложнениями после введения коревой вакцины"<sup>83</sup>. Из архивных материалов Минздрава я узнал, что в 1981 г. из Турции, приобретшей советскую противокоревую вакцину, поступили на нее «рекламации». В материалах дела не указывается, что это были за рекламации, но представить их характер нетрудно, учитывая, что разбираться с ними была создана специальная комиссия из шести высокопоставленных медчи-новников во главе с замминистра здравоохранения П. Н. Бургасовым<sup>84</sup>. К сожалению, выводов комиссии мне обнаружить не удалось. В 1987 г. в США исследователями были изучены 48 исков, поданных чиновникам Программы компенсаций пострадавшим от прививок, в связи с тяжелыми осложнениями на живую ослабленную вакцину у детей в возрасте от 10 до 49 месяцев. Восемь детей скончались, а остальные стали инвалидами (умственная отсталость, эпилепсия, двигательные нарушения и пр.). Было признано, что «подтверждается связь между энцефалопатией и живой коревой вакциной в качестве редкого осложнения прививки"<sup>85</sup>.

<sup>82</sup> Ibid., p. 4.

<sup>83</sup> Профилактические прививки в практике педиатра. Киев, 1975, с. 198 — 199. Сравните это с беззастенчивым: «Осложнения при введении коревой вакцины обычно не возникают» (Учайкин В.Ф. Вакцинопрофилактика..., с. 138), слово в слово повторенным у: Тимченко В. Н. и др. Все о детских прививках. СПб., 2003, с. 52.

<sup>84</sup> Министерство здравоохранения СССР. Оперативные приказы (ДСП). Приказ от 11

марта 1981 г. О создании комиссии для рассмотрения причин рекламации на коревую вакцину, экспортированную в Турцию. ГАРФ, ф. 8009, оп. 50, д. 9138, с. 103.

85 Weibel R. E. et al. Acute encephalopathy followed by permanent brain injury or death associated with further attenuated measles vaccines: a review of claims submitted to the National Vaccine Injury Compensation Program // Pediatrics. March 1998; vol. 101, n. 3,

1:383 — 387. Поскольку традиционно сообщается о весьма небольшом количестве реально произошедших осложнений, а произвольно установленные временные границы, позволяющие связать прививку и случившуюся вслед за нею болезнь, автоматически отсекают значительный процент сообщений, то можно предположить, что слово «редкий» вряд ли точно отражает картину.

Самым тяжелым и ведущим к практически неминуемой смерти осложнением прививки считается подострый склерозирующий панэнцефалит (ПСП), вызываемый постоянной «медленной вирусной инфекцией», обусловленной мутировавшим вирусом кори. ПСП, как указывалось выше, может быть осложнением и самой болезни. Появляется ПСП спустя 7-12 лет после перенесенной болезни или сделанной прививки. Коллектив японских авторов сообщил о 215 подтвержденных случаях ПСП в Японии в период с 1966 по 1985 гг. Из них на естественную корь пришлось 184 случая, в 22 случаях имелась связь с прививками против кори и в 9 случаях не имелось ни истории предшествующей кори, ни прививки против нее. Авторы подсчитали, что вероятность заболевания ПСП равнялась от 6,1 до 40,9 на миллион непривитых заболевших корью в 10 «коревых лет» (1968-1977) и от 0 до 3,08 ж миллион доз вакцины<sup>86</sup>. Не знаю, предполагалось ли авторами, что эта статистика должна привести к выводу о меньшей вероятности заболевания ПСП после прививки, нежели после болезни, но в любом случае она лишена какого-либо практического значения в отсутствие точных подсчетов, какова же вероятность самого заболевания корью для непривитых и привитых, не говоря уже о вероятности заболевания ПСП для детей разного возраста, пола, состояния здоровья и т. д. Американские авторы в своей более ранней статье случайно или умышленно совершили такой статистический подлог, сравнив данные заболеваемости корью с данными о реализации вакцин и получив, что частота ПСП после

естественной болезни (5,2 — 9,7 случая на миллион заболевших) выше частоты ПСП после прививки (0,5 -1,1 на миллион доз)<sup>87</sup>. Учтем здесь еще, что далеко не обо всех случаях кори сообщают

86 Okuno Y. et al. Incidence of subacute sclerosing panencephalitis following measles and measles vaccination in Japan // *Int J Epidemiol.* 1989 Sep; 18:684 — 9.

87 Modlin J. et al. Epidemiologic studies of measles, measles vaccine, and subacute sclerosing panencephalitis // *Pediatrics.* Apr 1977; 59:505-12. Для полноты картины добавлю, что автор этой статьи Дж. Модлин — известный американский пропагандист прививок,

под руководством которого в 1999 г. американский каучуковый Сопроводительный комитет по иммунизационной практике безоговорочно проштамповал рекомендацию ротавирусной вакцины для новорожденных, включая и недоношенных, без ма-

лейших научных данных, свидетельствующих о безопасности этого мероприятия.

После серии сообщений о тяжелой диарее и, кроме того, 113 случаях кишечной непроходимости у младенцев, два из которых закончились смертью, вакцина со скандалом была отозвана с рынка. Само собой разумеется, что виноватых не нашлось. В своем выступлении в Сенате США 15 июня 2000 г. сенатор Дан Бертон сообщил, что сам Модлин имел приличный пакет акций в «Мерке» — компании-

производителе вакцины, а другие члены Сопроводительного комитета имели от «Мерка» гранты на научные исследования и получали различные ценные подарки. Так становятся «совершенно необходимыми» вакцины для наших детей.

ется (стертая картина ведет к ошибкам в диагнозе), в то время как количество произведенных и использованных вакцин посчитать куда легче. Что же касается вероятности заболеть или, точнее, вероятности заболеть и получить при этом правильный диагноз, чтобы попасть в статистические сводки, то очень сомнительно, чтобы она могла быть точно подсчитана даже с учетом высокой заразности болезни, ибо должна включать в себя невероятное количество параметров, вряд ли поддающихся учету. Например,

предшествующее состояние здоровья, распространенность болезни в данном регионе (в тех же США полно крохотных городков и фермерских хозяйств, чуть ли не полностью изолированных от контактов с окружающим миром), год эпидемического цикла, интенсивность контактов с возбудителем, вирулентность штамма возбудителя, квалификация устанавливающего диагноз врача и *ad infinitum*. Но мало того. Согласно старым наблюдениям, подтвержденным также и в исследованиях, риск ПСП повышается со снижением возраста заболевшего корью. Другими словами, чем младше заболевший корью ребенок, тем более вероятно развитие ПСП, а ведь именно снижение возраста заболевающих корью — один из «побочных эффектов» прививки против этой болезни. С другой стороны, в той же степени, в какой перенесение кори в возрасте до двух лет может повышать вероятность заболевания ПСП, перенесение кори в старшем, также традиционно «некоревом» подростковом возрасте (к которому раньше население приходило, будучи на 95% защищено от кори, естественным образом переболев ею в детстве) может повышать вероятность заболевания коревым энцефалитом, который в одной трети-четверти случаев способен оставлять необратимый дефект, а в 10% случаев даже приводить к смерти. И это смещение заболеваемости в нехарактерный для кори возраст — тоже несомненная «заслуга» прививки. Кроме того, некоторые исследователи обратили внимание, что в тех регионах, где корь распространена и потому встречается чаще у детей, регистрируется существенно меньшая заболеваемость рассеянным склерозом (об этом я уже говорил выше, упоминая нейродегенеративные заболевания), а там, где она редка и может поражать также и подростков, рассеянный склероз встречается чаще. На этом основании была предложена гипотеза о том, что позднее перенесение кори предрасполагает к извращенному иммунному ответу, в итоге приводящему к развитию рассеянного склероза<sup>88</sup>. В недавно опубликованном исследовании группы авто-

<sup>88</sup> См.: Alter M. Is multiple sclerosis an age-dependent host response to measles? // *Lancet*. Feb 1976; 1:456 — 7 и статью того же автора и под тем же названием в *Neurol Neurocir Psiquiatr*. 1977; 18:341 — 55.

ров из отделения неврологии университетского госпиталя в Триесте (Италия) было указано на связь прививки против кори (а также наследственной предрасположенности, аутоиммунных заболеваний и мигрени) с более высоким риском развития рассеянного склероза<sup>89</sup>.

Разумеется, такие сообщения и гипотезы мало радуют апологетов прививок. Предлагаемая ими в качестве ключа к решению проблемы полная элиминация вируса с планеты с последующим прекращением прививок против кори в свете сомнительной эффективности вакцины (во всяком случае, для стран третьего мира, в которых и отмечается наибольшее число случаев кори в ее наихудших формах) при продолжающихся вспышках болезни среди почти стопроцентно привитых и при уникально высокой заразности кори выглядит пока что вполне фантастической. Достичь такой элиминации можно, вероятно, лишь переклеив ярлыки и назвав корь краснухой или перестав сообщать о случаях болезни. Подобные трюки были вполне успешно проделаны с полиомиелитом, о чем речь пойдет в соответствующей главе.

Однако перечень проблем, вызванных использованием коревой вакцины, этим далеко не исчерпывается. В 1965 г., через несколько лет после начала массовой прививочной кампании против кори, в США стали появляться сообщения о новой болезни. Для нее были характерны высокая температура в течение двух-трех дней, сильнейшие боли в мышцах, головная боль, кашель и странная сыпь, начинающаяся на конечностях и напоминающая таковую при лихорадке Скалистых гор, скарлатине и ветряной оспе. У некоторых пациентов регистрировался гепатит. Но главная опасность таилась не в этом, а в сопутствовавшем тяжелом воспалении легких, поддававшемся лечению с очень большим трудом или не поддававшемся вовсе. Исследования установили, что речь идет о новом виде кори, которую назвали атипичной. Этой корью заболевали дети, ранее привитые убитой коревой вакциной и позднее заразившиеся «диким» вирусом кори. Немалое количество прививаемых эта вакцина не только не защищала от вируса кори, но и сенсibilизировала (т.е. повышала их чувствительность) к нему, что становилось причиной последующего развития кори в ее тяжелых

формах<sup>90</sup>. Массовое применение убитой<sup>89</sup> Zorzon M. et al. Risk factors of multiple sclerosis: a case-control study // Neurol Sci. 2003

Nov; 24(4) :242 — 7.

<sup>90</sup> Так, два американских автора проследили за судьбой 386 привитых убитой коревой вакциной в 1961 г. Из этого числа 125 имели впоследствии контакт с вирусом кори 54 (т.е. почти треть!) заболели корью, из них 9 — в ее атипичной форме, многим потребовалась госпитализация и длительное лечение из-за пневмонии. (Rauh L. W.,

Schmidt R. Measles immunization with killed virus vaccines // Am J Dis Child. 1965;

109:232 — 237).

вакцины продолжалось в США с 1963 по 1967 г., за это время было привито от 0 до 900 тыс. человек<sup>91</sup> и затем прекращено как вследствие очевидной неэффективности вакцины, так и вследствие все увеличивающегося числа болеющих атипичной корью. Однако введение живой вакцины не смогло кардинально решить проблему. Поскольку убитая вакцина оказалась вредной и неэффективной, то детей стали повторно прививать — теперь уже живой вакциной. А живая вакцина на фоне предыдущих прививок убитой сама стала вызывать атипичную корь! Вот лишь один из многочисленных примеров проблем, порождаемых вакцинами.

Продолжающиеся неудачи с коревыми вакцинами, с одной стороны, и все увеличивающаяся во многих странах заболеваемость корью взрослых и младенцев, с другой, систематически срывают планы вакцинаторов по объявлению если не всего мира, то отдельных стран свободными от кори. И в США, и в Европе вспышки кори (обычно в среде почти стопроцентно привитых) уже несколько раз переносили срок окончательного и бесповоротного освобождения от нее, а о ликвидации этой болезни на всей планете говорят пока только в ВОЗ.

Однако сегодня страны, которые заявили о том, что на их территории кори нет. Вот — прочь все сомнения и тревоги относительно безопасности вакцины! — перед нами страна, где болезнь якобы искоренена. В Финляндии корь в течение ряда лет не

регистрируется (не будем сейчас обсуждать весьма щекотливый вопрос об искренности таких заверений). Что же, теперь можно и покончить с прививками? Отнюдь. Ведь раз нет вируса — нет и заветных антигенных «толчков» извне, которые подстегивали иммунитет и делали его крепким и продолжительным. А поскольку на прочность прививочного иммунитета никто никогда особенно и не рассчитывал, то теперь выясняется, что даже один откуда-то прибывший больной корью может вызвать целую эпидемию. Значит, прививочные костыли отбросить не удастся... Как долго — никто не знает. Авторы одной статьи так и пишут: «Полное прекращение циркуляции вируса привело к новой проблеме: возможность естественной стимуляции для привитых стала настолько редкой, что исчезновение иммунитета становится реальностью. Поскольку существует риск кори, принесенной из-за рубежа, единственным условием предотвращения вспышки болезни является высокий процент привитых. Поэтому минимально необходимо продолжать политику двух прививок согласно прививочному календарю»<sup>92</sup>.

91 MMWR. October 4, 1984.

92Heinonen O. et al. Total elimination of measles in Finland // Ann Med. 1998 Apr, 30(2):131-3.

Слезть с прививочной иглы теперь уже невозможно, не ставя под удар привитых! Чем пришлось и приходится платить Финляндии за это реальное или мнимое коревое благополучие, покажет будущее. Пока что отметим, что Финляндия имеет самый высокий в мире уровень заболеваемости сахарным диабетом I типа. При этом в статье, сообщившей об этом факте, было отмечено, что «внезапный резкий рост заболеваемости сахарным диабетом у детей в возрасте старше 1 года, случившийся во время национальной прививочной кампании 1982 -1986 гг., когда прививали детей в возрасте 15 месяцев и старше, заслуживает внимания»<sup>93</sup>. Сюда же добавим, что, согласно отчету Министерства здравоохранения и социального обеспечения Финляндии за 2000 г., заболеваемость астмой у финских подростков за последние десять лет возросла в три раза, а число непьющих школьников в возрасте 11-18 лет резко сократилось (д-р Хар-рис Култер в своей книге «Прививки, насилие в обществе и

преступность» указывал, что вялотекущий постпрививочный энцефалит несет ответственность за разрушение механизмов контроля личности, результатом чего является резкий рост наркомании, алкоголизма и преступности среди молодежи). Если это цена ликвидации кори и еще каких-то детских инфекционных болезней, смертность от которых почти что исчезла к моменту введения прививок, то не слишком ли высокой она получилась? Два африканских автора творчески развили тревоги финнов и пошли еще дальше, заявив, что вне зависимости от ситуации с корью прививки прекращать не следует: раз уж прививкам суждено добить корь, то тем более надо будет продолжать их использование. Звучит дико (для чего тогда вообще весь сыр-бор с искоренением болезни заводился?), но обоснование имеется: в отсутствие постоянно циркулирующего «дикого» вируса кори у людей не будет естественного иммунитета к этой болезни, и этот вирус, заботли-

93 Tuomilehto J. et al. Epidemiology of childhood diabetes mellitus in Finland-background of a nationwide study of type 1 (insulin-dependent) diabetes mellitus. The Childhood Diabetes in Finland (DiMe) Study Group // Diabetologia. 1992 Jan; 35:70-6. Или: «Финских исследователей заинтересовал тот факт, что в Карелии — крае со схожими природными и климатическими условиями — уровень заболеваемости сахарным диабетом в несколько раз ниже, чем в соседней Финляндии» (сообщение REGIONS.RU от 12 января 2004 г.) и вообще, как выяснилось, финны сильно страдают от различных аутоиммунных болезней... С чего бы это? Может, ответ найдется в недавней статье американских исследователей о связи сахарного диабета 1-го типа с прививкой MMR? См.: Classen J. B., Classen D. C. Clustering of cases of type 1 diabetes mellitus occurring 2-4 years after vaccination is consistent with clustering after infections and progression to type 1 diabetes mellitus in autoantibody positive individuals // J Pediatr Endocrinol Metab. 2003 Apr — May; 16:495 — 508.

во припасенный до поры до времени и потом выпущенный на свободу биотеррористами, сделает с человечеством то, что корь сделала с аборигенами Фиджи в 1875 г., погубив 40 тыс. человек из 150 тыс. заболевших. Поэтому, по логике авторов, от прививок, раз их

начав, отказаться нельзя будет или никогда, или, во всяком случае, в обозримом будущем... короче, пока корь не будет объявлена полностью уничтоженной в планетарном масштабе, как это произошло с натуральной оспой<sup>94</sup>.

В проведении прививочной кампании против кори (да и вообще против всех детских инфекционных болезней) имеется еще одно серьезное противоречие, которое только сейчас становится очевидным. Для «управления» инфекцией требуется прививать не менее 95% восприимчивых к ней субъектов<sup>95</sup>. Однако прививки, особенно живыми вакцинами, противопоказаны лицам, имеющим иммунодефицит. С увеличением числа прививочных «ударов» по иммунной системе увеличивается и число имеющих такой иммунодефицит и соответственно противопоказания к дальнейшему прививанию<sup>96</sup>. Помимо этого во многих странах увеличивается и число ВИЧ-инфицированных. Когда число таких лиц перевалит в совокупности за 6 — 8% от числа тех, кого нужно прививать, придется решать, что же с ними делать. В опубликованной несколько лет назад статье авторы отмечают, что, с одной стороны, корь может быть смертельно опасна для<sup>94</sup> GarlyM. L, AabyP. The challenge of improving the efficacy of measles vaccine // *AdaTrop*. 2003 Jan; 85:1 — 17.

<sup>95</sup> Заглянувший в Россию на огонек вспышки дифтерии ВОЗовский штатный вакцина-

тор К. Рур так относительно кори и поучал: «Ни один нормальный ребенок не должен остаться невакцинированным. Приоритетом должен быть высокий охват прививками детей младшего возраста... К 1997 г. ни в одной стране не должно остаться ни одного района с охватом прививками менее 95% в возрасте 2 года» (Совещание по эпидемии дифтерии в Европе. Санкт-Петербург, 5-7 июля 1993 г.. СПб., 1993, с. 5).

Ему благоговейно внимали... К сожалению, эти и подобные им откровения были выпущены стыдливым тиражом всего в 800 экз.

<sup>96</sup> Вот одно косвенное указание на эту настораживающую тенденцию у российского автора: «С введением в широкую практику живой коревой вакцины заболеваемость корью в стране снизилась в 8 — 17 раз... Однако в последние годы наметился

рост заболеваемости как в отдельных районах, так и в целом по стране. Одной из причин,

вызвавших увеличение количества непривитых, является недостаточно полный охват населения прививками... Неуклонный рост и усугубление тяжести аллергических заболеваний, наметившиеся в последние годы, в том числе и среди детей,

привели к тому, что именно этот контингент чаще всего не охватывается профилактическими прививками». (Каральский С. А. Клинико-иммунологическая оценка поствакцинальных реакций у детей при проведении противокоревых прививок.

Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Саратов, 1986, с. 1).

ВИЧ-инфицированных. С другой стороны, столь же смертельно опасным для них может быть и прививочный вирус кори. Оставить в покое несчастных тоже нельзя, потому что они могут свести на нет все героические усилия по ликвидации кори в мировом масштабе. Решения пока никакого нет: только наблюдать и изучать<sup>97</sup>. Не хочется задумываться о том выводе, к которому, по прививочной логике с ее приоритетом коллективного иммунитета над здоровьем отдельного индивидуума, должны привести эти наблюдения и изучения... Но, возможно, именно к этому выводу нас готовят рассуждениями о важности тотального прививания и общих усилий, направленных на искоренение инфекционных болезней?

Чтобы читатели не подумали, что я умышленно сгущаю краски, то приведу пример. Вот что заявил в 1984 г. замминистра Минздрава СССР акад. П. Бургасов: «Самая высокая заболеваемость корью регистрируется среди детей, посещающих детские дошкольные учреждения и младшие классы школ. Увеличилось число детей 2-го года жизни в структуре заболевших, поскольку детей, поступающих в детские дошкольные учреждения, принимают непривитыми. Юридически мы обрекли корь на исчезновение, издав приказ Минздрава СССР по этому вопросу. В этом приказе мы максимально сократили перечень противопоказаний, запретив принимать в дошкольные учреждения непривитых. Теперь предстоит сделать самое важное — преодолеть психологический барьер у врачей,

осуществляющих прививки"1(r) (выделено мной. -А К.). Это говорилось с трибуны, без всякого стеснения. Под психологическим барьером в этом контексте, очевидно, понимались врачебная совесть и следование принципу «Прежде всего — не навреди». Но если издан приказ и юридически корь уже обречена на исчезновение, то как же принципы морали и врачебной этики смеют этому мешать?!

97 Moss W. J. et al. Implications of the human immunodeficiency virus epidemic for control and eradication of measles // Clin Infect Dis. 1999 Jul; 29:106 — 12.

98 Бургасов П.Н. Итоги выполнения рекомендаций XVI Всесоюзного съезда микробиологов и эпидемиологов и очередные задачи в области борьбы с инфекционными заболеваниями в СССР // ЖМЭИ. 1984, 7, с. 12.

Выводы:

Корь — инфекционная болезнь, очень редко приводящая к осложнениям у детей младшего и среднего школьного возраста; гораздо чаще — у младенцев и взрослых, заболеваемость которых корью на фоне массовой прививочной компании в последние годы возрастает.

Сторонники натуропатических подходов 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 тяжелых осложнений со стороны нервной системы. Документировано долгосрочное подавление функций иммунной системы в результате применения коревой вакцины.

Невысокая эффективность вакцины была продемонстрирована в полевых испытаниях вакцины в тех странах, где проблема кори особенно остра.

Краснуха  
Болезнь Вирусное заболевание, известное нам под названием краснухи, уникально своей безобидностью и крайней

необходимостью перенесения его в детском возрасте (особенно девочками), а также является наглядным примером совершенной абсурдности и циничности сегодняшней прививочной логики. Даже на фоне таких вполне мягких детских болезней, как обычные ветрянка, свинка или гепатит А, краснуха выделяется доброкачественностью своего течения и отсутствием каких-либо последствий. Если перечисленные выше болезни условно могут быть приравнены к неприятному, хотя и не слишком тяжелому гриппу, то краснуха обычно переносится легче самого обычного гриппа. Поэтому для успешной прививочной пропаганды, необходимой для реализации вакцин, приходится спекулировать не на немедленных осложнениях самой болезни, которых для детей практически не существует, а на необходимости заботиться о других людях и о будущем. О том, что является истинной целью вакцинопрофилактики краснухи, речь пойдет ниже.

Источником заражения краснухой служит только больной человек. Путь передачи инфекции — воздушно-капельный. Инкубационный период длится до трех недель, продромальный — около суток. Сама болезнь, в типичном своем варианте сопровождающаяся появлением характерной сыпи, не сливающейся, не оставляющей после себя пигментации (последнее характерно для кори), локализующейся на лице, обычно в области носогубного треугольника, на спине и ягодицах, длится до недели. Кроме сыпи для краснухи также характерно увеличение затылочных и шейных лимфоузлов. Обратит на себя внимание родителей может сравнительно умеренное повышение температуры (обычно она не превышает 38 °С) и скудность катаральных явлений (кашля и насморка почти нет). Кроме некоторой вялости ребенка в течение нескольких дней, родители могут ничего более не отметить. Окончательный диагноз устанавливается только с помощью обнаружения высокого титра антител к вирусу краснухи, но к такому анализу доктора прибегают еще реже, чем в случае коклюша, что отчасти и объясняет «наблюдающееся снижение заболеваемостью краснухой на фоне массового охвата прививками». Из самых частых (и при этом довольно редких) осложнений может быть отмечена преходящая боль и неприятные ощущения в суставах.

Случаи краснушного энцефалита с тяжелыми последствиями относятся скорее к казуистическим, хотя и были описаны в литературе. Как и в случае других детских инфекционных болезней, раз перенесенная краснуха оставляет стойкий, обычно пожизненный иммунитет. Из самого описания болезни уже понятно, что никакого лечения, кроме отдыха и обычных для лечения вирусных инфекций витаминов А и С, не требуется. Могут быть даны несколько советов по гомеопатическому лечению краснухи, если в таковом вообще возникнет необходимость. В целом использование гомеопатии при краснухе напоминает таковое при кори (см. гл. «Корь»), недаром врачи не столь уж редко путают эти две болезни. На ранних стадиях заболевания, как при всех лихорадочных болезнях, надо выбирать между *Aconitum* и *Belladonna*, о дифференциальном диагнозе между которыми речь шла ранее. При стабильно повышенной температуре с отсутствием жажды и одновременно при этом выявляющейся капризности и желании прохлады и свежего воздуха можно думать о *Pulsatilla*. Д-р Агравал указывает на несколько иных состояний, которые могут потребовать вспомогательное гомеопатическое лечение. Сильный зуд, сопровождающий слущивание при исчезновении сыпи, и вызванное этим беспокойство ребенка, а также мочевые расстройства, появившиеся на фоне краснухи, указывают на *Cantharis*. Редко встречающийся очень сильный зуд, который ребенок не может выносить, уступает действию *Hyosciamus*. Боли в спине и конечностях, сопровождаемые сильным насморком, могут говорить в пользу *Dulcamara*<sup>1</sup>.

Во взрослом возрасте краснуха переносится тяжелее, хотя и тогда особых оснований для беспокойства нет.

Практически единственную категорию тех, для кого краснуха может стать источником опасности, представляют беременные. Хотя при постоянно циркулирующем в человеческом обществе вирусе краснухи не менее 80 — 90% девочек приходят к фертильному возрасту будучи уже естественно защищенными от этой болезни, перенеся ее в явной или стертой форме, 10 — 20% все же остаются восприимчивыми к ней<sup>2</sup>. Внутриутроб-

<sup>1</sup> Agrawal Y. R Measles & Smallpox. Delhi, 1980, p. 16.

2 Эти цифры достаточно условны и сильно варьируют в разных странах и регионах.

"Анджапаридзе О. Г. и Червонский Г. И. (1975) отмечали, что количество восприимчивых к краснухе беременных женщин, которым грозит непосредственная опасность заражения, колеблется в небольших пределах — от 3% в Армении до 8% в Хабаровске. В Москве оно составляло 6%. Более высокий процент восприимчивых среди женщин детородного возраста отмечен в Киргизии и Гурьеве — 11-15%».

(Семенов В. М. и др. Краснушная инфекция. Минск, 1994, с. 25). Или: (см. след. стр )

ное инфицирование плода вирусом краснухи может стать причиной достаточно тяжелых дефектов развития. Известно о врожденной глухоте (до 80% всех детей с врожденной краснухой), пороках сердца, пороках развития глаз (катаракта, глаукома, хореоретинит), умственной отсталости. У разных авторов даны разные оценки вероятности такого развития событий<sup>3</sup>, и только один анализ таких оценок мог бы занять здесь место, сравнимое с предназначенным для всей главы, поэтому ограничусь лишь самыми общими сведениями. Наиболее опасна краснуха на раннем сроке беременности и в первом триместре в целом; по мере увеличения срока пропорционально уменьшается опасность. В случае несомненного и подтвержденного инфицирования на сроке до 12 недель беременным предлагается обдумать возможность аборта. Для принятия решения относительно продолжения беременности при инфекции, случившейся на более позднем сроке, необходимо исследовать кровь плода. Есть сообщения отдельных авторов о том, что при случившемся заражении предотвратить дефекты развития могут большие дозы витаминов А, В<sub>6</sub>, С и фолиевой кислоты. Гомеопатическое лечение, которое может проводиться параллельно, включает в себя прием трех доз нозода Rubella 30 в течение недели на протяжении трех недель или Pulsatilla 6 утром и вечером в течение 10 -14 дней<sup>4</sup>. Вопрос о прерывании беременности при инфицировании"Серологические и эпидемиологические исследования в Перми показали, что доля восприимчивых к краснухе

среди беременных женщин в эпидемические годы составляла 16,2 — 20,8%, в межэпидемические годы — 3,8-9,7%». (Покровский В. И. и др. Эволюция инфекционных болезней в России в XX веке. М., 2003, с. 283).

3 От совершенно фантастических цифр — 90% случаев врожденной краснухи для первого триместра и 25% для второго (Abramowsky C. Pathology of Infectious Diseases. 1997,

vol. 1. p. 306) до выглядящих намного более логичными: «30 — 50% в течение первых четырех недель беременности, 35% — с пятой по восьмую, 8% — с девятой по двенадцатую. Небольшой риск глухоты с тринадцатой по шестнадцатую неделю. Средний риск пороков развития в течение первого триместра беременности — около 20%»

(Krugman. Infectious diseases of children. 10th ed., 1998, p. 412). Российские авторы тоже разнятся в оценках. Вот один пример: 60% для первых трех-четырех недель беременности, 15% — для 9-12 недель и 7% на 13 — 16-й неделе (Добзин Ю. В.,

Плотников К. П. «Детские» инфекции. СПб., 2001, с. 72 — 73).

4 Chaitow L. Vaccination and Immunization: Dangers, Delusions and Alternatives. England,

Rev. ed. 1998, p. 159. Австралийский гомеопат Айзек Голден предлагает немногую другую схему: Rubella 200 или Pulsatilla 30 два раза в неделю в течение двух недель.

Кроме того, Голденом предлагается альтернативная «вакцинация» девочек: один прием Rubella 1M (1000 C) в возрасте 12 и 14 лет. См. главу «A Specific Homeopathic Program» его книги: Golden I. Vaccination? A Review of Risks and Alternatives. 5th ed.,

Australia, 1998. Благодарю д-ра Айзека Голдена, любезно предоставившего в мое распоряжение свои оригинальные материалы по гомеопрофилактике.

краснухой осложняется тем, что до третьего месяца беременности определение пороков развития практически невозможно, а также религиозно-этическими соображениями, которых я также касаться не буду. Отмечу, что примерно с 1965 г., незадолго до появления прививок против краснухи, всем

беременным, бывшим в первом триместре в контакте с больным краснухой, предлагается сделать аборт, на что большинство под страхом рождения ребенка с пороками развития соглашается. Это еще один из факторов, сыгравших свою роль в снижении заболеваемости врожденной краснухой в последние несколько десятков лет. К прививкам это, разумеется, никакого отношения не имеет. Вспышка краснухи в США в 1962 — 1965 гг., сопровождавшаяся увеличением числа случаев врожденной краснухи<sup>5</sup>, дала толчок как к срочной разработке краснуш-ных вакцин, так и к новой политике предотвращения врожденной краснухи, а именно убеждению беременных сделать аборт в том случае, если лабораторные анализы подтверждают инфицирование. Какое количество при этом гибнет здоровых, нормально развивающихся плодов, неизвестно, так как анализы крови абортированных плодов проводятся далеко не всегда. Данные одного сравнительного исследования, опубликованного в «Датском медицинском бюллетене» в 1987 г.<sup>6</sup>, могут дать некоторое представление о процентном соотношении. В период между 1975 и 1984 гг. в Дании были зарегистрированы 1346 беременных с серологически подтвержденным диагнозом краснухи во время беременности. Всем им было предложено сделать аборт, на который согласилась 631 беременная. Вскрытия абортированных плодов не проводилось, и анализы не делались. 672 женщины выбрали продолжение беременности, из них 113 вышли из-под дальнейшего наблюдения. В группе оставшихся 559 женщин в 35 случаях были зарегистрированы спонтанные аборты, в четырех — мертворождения (т.е. всего 6,97% смертей плодов). У всех 520 родившихся детей была взята кровь на анализ. У 111 (21,34%) было подтверждено инфицирование, из них 14 были заражены при сроке беременности менее 12 недель и 7 (6,3% из 111) имели серьезные пороки развития. Вывод: в группе сделавших аборт родилось 0% здоровых детей, во второй группе -91,77% здоровых детей. При всем несовершенстве этих наблюдений, результаты могут дать пищу для определенных раздумий.

<sup>5</sup> Краснуха как обычная инфекционная болезнь и так называемый синдром врожденной краснухи были включены в статистические

отчеты в США лишь в 1966 г.,

поэтому точные цифры неизвестны.

6 Danish Medical Bulletin. March 1987; 34:46 — 49.

Попутно можно отметить, что имеется немалое количество иных внутриутробных инфекций, против которых нет прививок или перед беременностью они не делаются, и краснуха среди них не самая худшая, если здесь вообще допустимо сравнение. Это, например, цитомегалия, герпес, ветряная оспа, парвовирусная инфекция, различные энтеровирусные инфекции, гепатит В, токсоплазмоз, ВИЧ... Краснушная инфекция, об угрозе которой нам постоянно кричат СМИ (фактические рупоры прививателей всех мастей и рангов), составляет, по разным оценкам, от 15 до 30% среди всех врожденных дефектов развития<sup>7</sup>. Тем не менее все эти опасности не мешают подавляющему большинству женщин спокойно беременеть и в подавляющем большинстве случаев рожать здоровых, пока те не получили какую-либо прививку, детей.

Вакцина На рынке в настоящее время имеется немалое количество краснушных вакцин — как отдельных, так и в составе комплексных вакцин. Согласно разным источникам, относящимся к различным периодам времени, в России сегодня лицензированы вакцины «Мерувакс» и «Рудивакс», паротит-но-краснушная MR-VAX-2, а также паротитно-кореево-краснушные вакцины MMR-II (вокруг связи которой с аутизмом и поведенческими нарушениями сейчас ломается так много копий) и «Приорикс». Российских вакцин против краснухи нет. Все нынешние вакцины против краснухи содержат живые ослабленные вирусы, которые выращиваются на клеточных линиях, полученных от плодов, абортированных в 1960-х годах. Последний факт должен безусловно сообщаться всем, кто планирует получить эту прививку, или их опекунам, так как для некоторых категорий населения данное обстоятельство делает эту прививку неприемлемой по определению<sup>8</sup>. Как это повелось в прививочной истории, испытана новая вак-

<sup>7</sup> Отмечу, что оценка в 15% взята мною из статьи российских авторов: Semerikov V. V.

et al. Rubella in the Russian Federation: epidemiological features and control measures to prevent the congenital rubella syndrome // Epidemiol Infect. 2000 Oct; 125:359-66, относится к статистике по Пермской области за «допрививочные» 1979 — 1997 гг.

8 Так в ряде религиозных школ разных стран мира по этой причине вакцинаторам было указано на дверь. См.: «Catholic School Refuses Vaccinations» Milwaukee Sentinel 27 Oct 1994; «Rubella Vaccine Creates Problems» Daily Citizen 17 Nov 1994; «Vaccine Breeds Moral Dilemmas In Britain» Daily Citizen 19 Nov 1994; «Rubella Vaccine Riles Pro-lifers»

Sunday Star-Times (NZ) 27 Nov 1994; «Shot Down: Prep School Rejects Rubella Vaccine»

Atlanta Constitution 27 Nov 1994. Проблема отчасти связана и с тем, что материал так называемых спонтанных аборт, происходящих по причине (см. след. стр.)

цина была на сиротах, на этот раз из филаделфийских приютов<sup>9</sup>.

Как и другие вакцины, краснушные не проверялись на тератогенный или канцерогенный потенциал.

Согласно российскому прививочному календарю первая вакцинация от краснухи делается в 12 -15 месяцев жизни, вторая — в шесть лет, третья, для девочек, не получивших прививок ранее или получивших лишь одну - в 13 лет. Такая же схема принята во многих странах мира. Женщинам, не имеющим необходимого титра антител к краснухе, предлагается сделать прививку не ранее чем за три месяца до предполагаемого зачатия<sup>10</sup>.

Как читатели уже поняли, само заболевание не таит в себе практически никакой опасности для детей, а девочкам перенести его крайне желательно, чтобы получить пожизненный иммунитет. Так в чем же смысл рекомендации прививать годовалых и шестилетних малышей? Дело в том, что именно защита взрослых, а не прививаемых малышей, является главной целью прививочной программы против краснухи. Точнее будет даже сказать не «взрослых», а «их еще не родившихся детей». Самим прививаемым детям кроме немедленного вреда (дополнительные токсические вещества, дополнительная вирусная нагрузка, опасность

постпрививочных осложнений) прививка ничего не приносит и не может принести, так как предотвращение заболевания краснухой в детском возрасте прямо противоречит здравому смыслу и заботе о будущем здоровье ребенка. Прививание детей преследует цель удаления вируса из человеческого сообщества в целом, безусловно вредя при этом конкретному индивидууму (как последствиями самой прививки, так и угрозой неполучения естественного иммунитета и заражения краснухой во время беременности, пока еще не пришло светлое и полностью свободное от краснушного вируса завтра), и подозрительно напоминает призывы пожертвовать настоящим во имя потомков и того будущего, которое будет прекрасно их хромосомных нарушений или инфекций, оказывается неподходящим для получения стандартных клеточных линий. Требуется ткани, полученные именно от нормально развивавшихся плодов, абортированных по желанию матери.

9 Studies of Immunization With Living Rubella Virus // Arch J Dis Child. Vol. 110, Oct 1965.

10 "Еще одной проблемой применения краснушной вакцины является тератогенный потенциал вакцинных штаммов, т.е. инфекция плода может быть результатом вакцинации аттенуированной вакциной против краснухи во время беременности...

Ежегодно в ряде европейских стран регистрируется более 40 случаев прерывания беременности вследствие непреднамеренной вакцинации во время ее развития».

{Семенов В. М. Краснушная..., с. 90). Термин «непреднамеренная вакцинация» безусловно заслуживает быть помещенным в какой-нибудь паноптикум медицинских нелепостей.

удивительно. Читая эти строки врачи должны задуматься и над тем, что участие в таких программах «ради будущего» противоречит клятве Гиппократу, вся сущность которой может быть сведена к провозглашению приоритета индивида (своего пациента) над интересами других людей и общества в целом<sup>11</sup>.

Не следует забывать и того, что дети являются далеко не единственным источником заражения беременных краснухой. Заражение возможно также от взрослых — например, тех, кто

получил прививку в детстве и потом утратил иммунитет или вообще его никогда не имел. Наибольшую опасность в этом отношении представляют работники системы здравоохранения, постоянно находящиеся в контакте с большим количеством людей. Исследование, проведенное в крупном университетском медицинс-

11 Сравните со следующим: «...Введение вакцинации против краснухи в календарь профилактических прививок России является решающим шагом на пути профилактики заболевания и к осуществлению задачи, поставленной Европейским отделением ВОЗ, — ликвидация врожденной краснухи и краснухи среди беременных к 2000 г.» (выделено мной. — А.К.) (Учайкин В. Ф., Шамшева О. В. Вакцинопрофилактика. Настоящее и будущее. М., 2001, с. 147). О 2000 г. речь идет в книге, выпущенной в 2001 г. лишь потому, что ее авторы бездумно переписали эту фразу из книги Н. В. Медуницына «Вакцинопрофилактика», выпущенную в 1999 г., добавив от себя про «решающий шаг». Оцените, однако, по достоинству это открытое признание того, что сами дети по определению ничего не могут выиграть на этой кампании, осуществляемой ради блага взрослых женщин! Не очень понятно, почему надо по-холуйски угодливо мчаться выполнять очередную несбыточную «задачу, поставленную Европейским отделением ВОЗ» (были уже аналогичные успешно провалившиеся программы и по кори, и по полиомиелиту), словно в России не существует ни собственных интересов, ни собственной политики в области здравоохранения (на это обратила внимание и Г. П. Червонская в своем материале, входящем в доклад «Вакцинопрофилактика и права человека», РНКБ, 1994). Уже упоминавшийся в главе о кори ВОЗовский вакцинатор К. Рур не забыл напомнить и о необходимости беспощадной борьбы с краснухой у детей: «В странах, где уже достигнут 90%-ный уровень охвата прививками детей к возрасту 2 года, к 1995 г. должно вакцинироваться не менее 95% детей независимо от их пола: остальные страны должны достигнуть такого уровня охвата прививками против краснухи к 1997 г. К 1997 г. ни в одной из стран не должно оставаться ни одного административного района с уровнем охвата прививками менее 95% детей в возрасте 2 года. К 1995 г. во всех странах региона, где краснушная вакцина вводится девочкам

школьного возраста, уровень охвата их прививками должен быть не менее 95%» (Совещание по эпидемии дифтерии в Европе. Санкт-Петербург, 5-7 июля 1993 г. СПб., 1993, с. 5). Россияне взяли под козырек: «Вакцинопрофилактику краснухи у детей целесообразно проводить одновременно с вакцинацией против кори и паротита. Вакцинацию следует осуществлять ежегодно и повсеместно с охватом не менее 95% детей. При использовании моновалентной краснушной вакцины число привитых должно быть не менее 85%» {Покров-скип В. И. Эволюция..., с. 290).

ком центре в Южной Калифорнии, обнаружило, что из 2456 медработников 345 (14%) не имели антител к вирусу краснухи. Показательно, что на прививку согласились только 197 человек (53,3%), при этом лишь один из 11 акушеров-гинекологов, входивших в число этих 34512. Предварительные выводы о безопасности и эффективности прививки на основе такобурного желания привиться, высказанного главными радетелями за этувакцинацию, читатели сделают сами.

БезопасностьОптимистичные сообщения о совершенной безобидности краснушных вакцин<sup>13</sup>, судя по всему, также не соответствуют действительности (оставим в стороне скандальную вакцину MMR, в которую краснушная вакцина входит одним из компонентов — о ней уже было сказано в главе о кори). В1972 г. были описаны 36 случаев миелорадикулоневрита, причем у детей, привитых пятью разными вакцинами от краснухи<sup>14</sup>. Продолжают поступать сообщения о развитии синдрома Гийена-Барре и синдрома запястного канала, различного рода нейропатий и миелитов после прививки<sup>15</sup>. Среди более редких, но также встречающихся осложнений описаны утрата слуха и тромбоцитопения. Есть сообщения и о том, что вирус краснухи выделялся из лейкоцитов периферической крови спустя даже два года после прививки<sup>16</sup>. Разумеется, столь длительное существование<sup>12</sup> Orenstein W. A. et al. Rubella vaccine and susceptible hospital employees. Poor physician participation 11 JAMA. 1981, Feb 20; 245(7):711 — 3.

<sup>13</sup> "Все краснушные вакцины малореактивны, и поэтому реакции возникают редко.

Они проявляются в основном спустя 5-12 дней после вакцинации синдромом, напоминающим легкий вариант краснухи: незначительное повышение температуры тела, кратковременные высыпания мелкой пятнисто-папулезной сыпи, лимфоаде-

нопатия. Еще реже встречаются артралгии, артриты, парестезии, боли в ногах и руках». (Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика..., с. 146).  
Ваши бы устами, господин Учайкин, да мед пить!

14 Gilmartin R.C. et al. Rubella vaccine myeloradiculoneuritis // Pediatrics. 1972; 80(3):413

- 417.

15 Из последних сообщений можно отметить: Cecille A. et al. A case report of post-rubellamyelitis in an adult // Pathol Biol. Paris, 1999 May; 47:531-3, и Tsuru A. et al. Acutedisseminated encephalomyelitis after live rubella vaccination // Brain Dev. 2000 Jun22:259 — 61.

16JoncasJ. Preventing the congenital rubella syndrome by vaccinating women at risk // Can MedAss. 1983; 245 (7):711 — 713. Цит. по: Scheibner V. Vaccination. 100 years of Orthodox Research Shows that Vaccines Represent a Medical Assault on the Immune System. Australia, 1993, p. 117.

прививочного вируса и фактическое его превращение в совершенно непредсказуемый «медленный вирус» не может не навести на естественные и при этом весьма невеселые размышления о возможной роли таких «долгоиграющих» вирусов в развитии дегенеративных и аутоиммунных болезней. Примером одной из последних может быть сахарный диабет. Известно, что вирусная инфекция может в целом содействовать развитию сахарного диабета, но единственным вирусом, относительно которого твердо доказано, что он вызывает сахарный диабет 1-го типа (инсулинозависимый), является вирус краснухи при внутриутробном заражении<sup>17</sup>. При длительной циркуляции в организме вирус краснухи может приводить к образованию сложных иммунных комплексов, способных как напрямую поражать бета-клетки поджелудочной железы, вырабатывающие инсулин, так и запускать аутоиммунные реакции, также приводящие к повреждению бета-клеток. Учитывая, что «специфический иммунный комплекс краснухи часто

обнаруживается после прививки и может быть продемонстрирован у двух третей вакцинированных даже восемь месяцев спустя после прививки"<sup>18</sup>, возможность того, что прививки против краснухи могут способствовать развитию сахарного диабета у лиц с определенной генетической к тому предрасположенностью, представляется вполне реальной.

Стоит отметить и публикацию, связавшую появление на рынке в 1979 г. новой краснушной вакцины из штамма вируса RA 27/3 с появившимися случаями синдрома хронической усталости, до того неизвестным<sup>19</sup>, в том числе и в результате контакта с недавно привитыми от краснухи<sup>20</sup>.

Однако самым распространенным и при этом весьма и весьма неприятным осложнением этих вакцин является артрит, что выглядит вполне естественным, учитывая, что и сама болезнь имеет то же самое осложнение, а прививка делается живыми вирусами. По некоторым сообщениям, от 12 до 20% женщин, получивших прививку, страдают затем от боли в суставах, причем начаться она может несколько недель спустя<sup>17</sup> Menser M. et al. Rubella Infection and Diabetes Mellitus // Lancet. January 14, 1978; p. 57

-60.

18 Coyle P. K. et al. Rubella-Specific Immune Complexes After Congenital Infection and Vaccination // Infection and Immunity. May 1982; 36:2; p. 498 — 503.

19 Allen A. Is RA27/3 a Cause of Chronic Fatigue? // Medical Hypothesis. 1988; (27):217 -

220; Lieberman A. D. The Role of the Rubella Virus in the Chronic Fatigue Syndrom // Clinical Ecology. Vol. 7; (3):53 — 54.

20 Bieser S. Chronic Fatigue Syndrom // The Last Chance Health Report. 1993; Vol. 3, (7):1

-6.

после прививки, а продолжается от недель до многих лет<sup>21</sup>. Американский Департамент здравоохранения, образования и социального обеспечения (HEW) сообщил в начале 1970-х годов, что «у 26% детей, получивших прививку против краснухи в рамках

национальной программы... развились артралгии и артриты... Многим потребовалась медицинская помощь, некоторые были госпитализированы для проверки на ревматизм и ревматоидный артрит"22.

У некоторых, получивших прививку от краснухи, действительно развивается ревматоидный артрит, от которого им страдать суждено всю жизнь. Показательно, что «артрит хронический, вызванный вакциной против краснухи», фигурирует даже в крайне скудном «Перечне поствакцинальных осложнений, вызванных профилактическими прививками, включенными в Национальный календарь профилактических прививок РФ, и профилактическими прививками по эпидемическим показаниям, дающим право гражданам на получение государственных единовременных пособий», утвержденном российским правительством 2 августа 1999 г. Не особо рискуя ошибиться, могу предположить, что если бы все дети, подростки и женщины, имеющие право на получение этого пособия, его и в самом деле получали, то вопрос о целесообразности (в первую очередь экономической) проведения этой прививки изучался бы куда бо-

21 Публикациям на тему связи краснушной прививки и артритов несть числа, и даже самый беглый поиск в таких доступных базах данных, как Medline быстро обнаружит десятки статей на эту тему. Так, продолжающиеся от двух до семи лет артриты описаны, например, у: Tingle A. J. et al. Prolonged arthritis, viraemia, hypogammaglobu-

linemia, and failed seroconversion following rubella immunization (letter) // Lancet. 1984;

1:1475-176, и Tingle A. J. et al. Postpartum rubella immunization: association with prolonged arthritis, neurological sequel, and chronic rubella viremia // J InfDis. 1985; 152:606-612.

Согласно публикации того же автора, у 5% привитых женщин симптомы артритасохранялись в течение полутора лет после сделанной прививки (Tingle A. J. et al.

Annals of the Rheumatic Diseases. 1986, 45:110-114). Недавние исследования, основанные на базе данных VAERS (см. главу о гепатите В), также указали на четкую и недвусмысленную связь этой

прививки с артритами, длящимися дольше года: Geier D. A., Geier M. R. Rubella vaccine and arthritic adverse reactions: an analysis of the Vaccine Adverse Events Reporting System (VAERS) database from 1991 through 1998 // Clin Exp Rheumatol. 2001 Nov-Dec; 19:724-6, и Geier D. A., Geier M. R. A one year followup of chronic arthritis following rubella and hepatitis B vaccination based upon analysis of the Vaccine Adverse Events Reporting System (VAERS) database // Clin Exp Rheumatol. 2002, Nov-Dec; 20:767-71. Комитетом экспертов американского Института медицины (ИОМ), охотно использующим любую уловку, чтобы обелить прививки, было тем не менее заявлено в 1991 г., что имеющиеся в его распоряжении свидетельства указывают на связь прививки против краснухи и артритов.

22 Science. March 1977, p. 9.

лее основательно и с привлечением большего количества компетентных и, главное, независимых экспертов, нежели это происходит сейчас. В некоторых странах (например, в США) деньги на компенсации жертвам прививок вкладываются в стоимость вакцин, в других — государство платит «абстрактно», из фонда социального обеспечения. Как многократное удорожание краснушной вакцины, так и неприемлемое для государства увеличение количества выплат пострадавшим из общественных фондов могло бы заставить искать другие подходы к решению существующей проблемы врожденной краснухи.

Другие опасности прививки против краснухи — возможность инфицирования краснухой плода, если прививка сделана во время беременности или незадолго перед ней, о чем уже упоминалось выше, а также возможность дальнейшей передачи инфекции от свежепривитого. Вакцинаторы, публично радующиеся возможности «дополнительной иммунизации окружающих» живыми вирусами полиомиелита<sup>23</sup>, выделяемыми детьми, привитыми живой полиовакциной (вакциной Сэбина), становятся на удивление неразговорчивы, когда речь заходит о точно такой же возможности, связанной с вирусами краснухи. Теоретически ничто не мешает привитому ребенку или девочке-подростку заразить свою беременную мать, сестру или тетю. Хотя несколько случаев передачи

прививочного вируса уже описаны в литературе<sup>24</sup>, большинство прививочных руководств их отрицает. Все же признается, однако, что прививочный вирус краснухи<sup>23</sup> Об этом я буду еще говорить в главе, посвященной полиомиелиту, пока лишь хочу указать на важность этой темы. Например, вот что пишет коллектив Санкт-Петербургских авторов об оральной полиовакцине: «Вакцинный вирус выделяется во внешнюю среду, поэтому он передается тем людям, кто не был иммунизирован в медицинском учреждении. Это особенно важно на территории, где охват населения прививками против полиомиелита остается пока на низком уровне» ("Вакцинопрофилактика инфекций у детей в современных условиях. Методические рекомендации»,

СПб., 1998, с. 8). Неплохо бы российским законооведам проверить, насколько этаумышленная «вакцинация исподтишка» соответствует закрепленному в Законе об иммунопрофилактике инфекционных болезней № 157-ФЗ от 1998 г., ст. 5.1, праву граждан на отказ от профилактических прививок. И кто проверяет наличие противопоказаний при такой массовой вакцинации?

24 Lefkowitz L. B. et al, A controlled family study of live, attenuated rubella-virus vaccine //

New Engl J Med. Jul 1970; (283):229-232, авторы оценивают как «очень редкую»

возможность передачи прививочного вируса тем, кто вступает в контакт с привитым, ссылаясь на исследование 1969 г., проводившееся в приюте для умственноотсталых детей и показавшее риск такой передачи 2 — 7%. См. также: Lambert H. P.

Rubella immunization // The Practitioner. Apr 1971; 206 (234): 467-71, где обсуждается случай заражения ребенка краснухой от недавно привитого сверстника.

может в течение нескольких недель выделяться из глотки свежепривитых, и допускает возможность передачи вируса от матери ребенку при грудном вскармливании<sup>25</sup>.

В этой связи уместно будет сказать несколько слов об опасениях другого рода. Так, двумя американскими авторами (один из которых врач-педиатр) были описаны 60 женщин, которые, несмотря на

сделанную ранее прививку или перенесенную в детстве болезнь, не имели «защитного» титра антител, что и было установлено акушером-гинекологом, к которому они обратились по поводу своей беременности. Все они получили прививку от краснухи сразу после родов вакциной MMR или моновалентной краснушной вакциной. Детям 45 из этих женщин позднее был поставлен диагноз аутизма, у детей 10 женщин были диагностированы уже упоминавшиеся в главе о кори нарушения так называемого аутистического спектра, а у детей четырех женщин — различные заболевания иммунной системы. Известно, что первые симптомы аутизма у двадцати детей появились сразу после сделанной им прививки MMR, у двух — до нее, но прививка резко ухудшила состояние. Примечательно, что на грудном вскармливании находились далеко не все дети. Авторы предполагают, что неспособность к выработке иммунитета к краснухе указывает на иммунный дефект, который может иметь генетический характер и передаваться по наследству. Прививка в послеродовом периоде может увеличивать опасность заболевания аутизмом ребенка, получающего от матери как иммунную полочку, так и живые вирусы краснухи — с материнским молоком или, возможно, воздушно-капельным путем. Когда все это соединяется с бесконечным «поствакцинальным периодом», вредными веществами, содержащимися в вакцинах и новой порцией живых вирусов прививки MMR, то у некоторых детей это дает старт аутизму или превращает первые симптомы в развернутую болезнь<sup>26</sup>. Автор другого материала, поданного в комитет экспертов американского Института медицины, добавила, что ей лично знакомы три женщины, которые также не имели иммунитета к краснухе и которые были привиты в послеродовом периоде. У всех троих дети страдают от расстройств аутистического спектра. По гипотезе автора, живой вакцинный вирус краснухи, который способен находиться долгие годы в организме человека, в период есте-

25 Atkinson W. et al. *Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases*, ed. 5.

National Immunization Program, Centers for Disease Control and Prevention (CDC),

January 1999, p. 185.

26 Yazbak F. E., Lang-Radosh K. L. Adverse Outcomes Associated with Postpartum Rubella orMMR Vaccine  
<http://www.haciendapub.com/yazbak.html> .

ственного подавления иммунных функций, связанного с беременностью, может реактивироваться, начать размножаться и поражать зародыш. Поскольку вирус ослаблен, он не вызывает такие тяжелые врожденные дефекты, как природный вирус, но вполне способен привести к нарушениям развития нервной системы, проявляющим себя как аутизм<sup>27</sup>.

ЭффективностьВ главе о ветряной оспе я уже упоминал, что длительность иммунитета, как признают и сами производители вакцины, поддерживается за счет продолжающейся циркуляции среди людей «дикого» вируса, дающего «толчки» иммунитету. Судя по всему, это верно и для краснухи<sup>28</sup>. Ученые описывают немало случаев, когда через 10 и даже через 15 лет после сделанной прививки наблюдался высокий титр антител к вирусу краснухи, что было невероятно и по самым смелым прививочным оценкам. Точно так же было очевидно, что никакого отношения к прививкам не может иметь внезапное увеличение титра антител на фоне их предшествующего неуклонного снижения. Это увеличение указывает на повторное инфицирование (реинфицирование) краснухой. Единственным возможным объяснением может быть лишь то, что поддержание иммунитета связано с влиянием «дикого» вируса, о чем речь уже шла в других главах. Именно этого, дфно уже известного факта не понимают или о нем сознательно умалчивают те авторы, которые сообщают: «Поствакцинальный иммунитет у привитых вакциной против краснухи связан с циркулирующими антителами, которые появляются через 2-3 недели после вакцинации и сохраняются на протяжении 20 лет» (выделено мной. -А. К.)<sup>29</sup>. Такому сказочному сохранению антител мог бы позавидовать и иной вполне естественный иммунитет, но истинному положению вещей это может соответствовать лишь до тех пор, пока среди нас циркулирует «дикий» вирус, стимулирующий выработку антител. Блаженная вера в десятилетия защиты позволяет некоторыми автором утверждать, что «при вакцинации<sup>27</sup> Granai E. H. Are Some Cases of Autism Actually

Subclinical, Congenital Attenuated Rubella Syndrome? A Collection of Data and Questions for Consideration and Review by the ЮМ Immunization Safety Committee during the February 9, 2004 Meeting on the Topic of Vaccines and Autism.

28 Just M. et al. Duration of immunity after rubella vaccination: a long-term study in Switzerland// Rev Infect Dis. 1985 Mar-Apr; 7 Suppl 1.- S91-4.

29 Учапкин В. Ф. Вакцинопрофилактика..., с. 146.

против краснухи основной целью является не защита привитых от относительно легкого заболевания, а предотвращение заболевания плода, возможно, через десятки лет после вакцинации"30. О планах по элиминации вируса, в которых детям отведена довольно незавидная роль, почему-то стыдливо умалчивается, что делает прививочный посыл совсем нелогичным. Отчего же тогда не сделать прививку не за «десятки лет» до предполагаемого события, а непосредственно перед ним?

Полное удаление вируса краснухи из человеческого общества прививками выглядит предприятием очень сомнительным, если вообще осуществимым — за исключением натуральной оспы. ВОЗ, несмотря на все зазорные (и при этом неизменно весьма и весьма прибыльные для производителей вакцин) кампании под лозунгом «Мир, свободный от болезни X, Y или Z к такому-то году!», пока что не удалось ликвидировать ни одного антропоноза (т.е. заболевания, в передаче которого принимают участие только люди). Краснуха — не натуральная оспа, когда несомненная опасность болезни, ее четкая клиническая различимость и огромные вложенные в дело деньги стран-спонсоров позволяли изолировать каждого заболевшего и держать его в карантине до тех пор, пока тот становился незаразным, обрывая таким образом цепочку передачи инфекции. Краснуха очень часто протекает в стертой, клинически неразличимой форме, без температуры, кашля и насморка, и на нее могут просто не обратить внимание.

Эти сомнения могли бы рассматриваться как серьезные контрдоводы против кампании тотального прививания детей против краснухи в том случае, если бы эффективность вакцины была

действительно очень высока и серьезно угрожала циркуляции вируса краснухи. Однако у последнего вряд ли есть серьезные основания для беспокойства, а потому делать упор на этих сомнениях смысла нет<sup>31</sup>. Как и в случае всех остальных вакцин, эффек-

30 Семенов В. М. Краснушная..., с. 89.

31 То, что жизнь всегда оказывается сложнее и изобретательнее самых точных прогнозов, демонстрирует сравнительно недавняя статья голландских авторов. Согласно математической модели, рассчитанной на компьютере, была предсказана элиминация вируса краснухи при переходе от селективной системы (прививки девочкам-подросткам и собирающимся беременеть женщинам) на систему массового прививания. Как компьютер сказал, так голландцы и поступили в 1987 г., начав прививать всех подряд в любом возрасте. Десять лет спустя вирус был все еще жив и здоров, что авторы приписывают как низкой эффективности самой вакцины, так и постоянному импорту инфекции из-за рубежа, приводящими в своей совокупности к бессимптомному реин-

фицированию краснухой ранее привитых. (Van der Heijden O. G. et al. A model-based evaluation of the national immunization programme against rubella infection and congenital rubella syndrome in The Netherlands // *Epidemiol Infect.* 1998 Dec; 121:653 — 71.

тивность вакцины против краснухи вызывает очень большие сомнения. Вскоре после появления первых краснушных вакцин в конце 1960-х годов были опубликованы сообщения о заболевании ранее успешно привитых против краснухи. Так два исследования, проведенные доктором Беверли Аллан, показали полную неэффективность одной из этих вакцин ("Сенде-вакс"). Особенно показательным было первое из них, когда 80% привитых молодых солдат, у которых введение вакцины вызвало выработку необходимых антител, несколькими месяцами позднее заболели краснухой в лагере, печально известном регулярными вспышками краснухи (почему именно этим солдатам и были сделаны прививки)<sup>32</sup>. С того времени сообщения о неэффективности вакцины появляются регулярно. Очевидно, что если она и может обеспечить

какую-либо защиту в отсутствие реинфицирования, то лишь на очень краткий срок. Проведенные в середине 1980-х годов исследования показали, что после пятнадцатилетних поварных прививок процент восприимчивых к краснухе к фертильному возрасту остался тем же, каким был и в допрививочную эру -10-20%<sup>33</sup>. Стало очевидно, что эффективность прививки оказалась гораздо ниже предполагавшейся. Тем не менее даже добавление прививки в фертильном возрасте получившим лишь одну прививку в детстве или не получившим вообще, оказалось неспособным решить проблему кардинально. Можно считать уже вполне доказанным, что прививка — не то что в младшем детском или школьном возрасте, но и непосредственно за несколько лет до беременности — отнюдь не гарантирует защиты, и публикации в медицинской периодике о случаях появления на свет детей с врожденной краснухой, рожденных от привитых матерей, вовсе не являются ни уникальными, ни даже просто очень редкими<sup>34</sup>. Хотя в некоторых сообщениях указывается, что<sup>32</sup> Allan B. Rubella immunization // Aust J Med Tech. 1973, 4:26-27.

<sup>33</sup> См., например, Crowder M. et al. Rubella susceptibility in young women of rural east Texas: 1980 and 1985 Texas Medicine 1987; 83:43-47; и Bart K. J. et al. Universal immunization to interrupt rubella // Rev In/Dis. 1985, 7 (suppl.1):177 — 184.

<sup>34</sup> Чтобы читатель не подумал, что речь идет о некоем единичном, казуистичном и отнюдь не делающем погоды наблюдении, отошлю его к следующим известным публикациям: Ushida M. et al. Congenital rubella syndrome due to infection after maternal antibody conversion with vaccine // Jpn J Infect Dis. 2003 Apr; 56(2):68 — 9; Condon R, Bower C. Congenital rubella after previous maternal vaccination // Med J Aust. 1992 Jun 15;

156(12) :882; Miron D., On A. Congenital rubella syndrome after maternal immunization //

Harefuah. 1992 Mar 1; 122(5):291-3; Das B.D. et al. Congenital rubella after previous maternal immunity // Arch Dis Child. 1990 May; 65(5):545-6; Saule H. et al. Congenital rubella infection after previous immunity of the mother // Eur J Pediatr. 1988 Feb,

147 (2): 195-6; Forsgren M., Soren L. Subclinical rubella reinfection in (см. след стр.)

обычно титр антител ниже 1:64 не является защитным, практического значения этот вывод имеет мало. Известно, что титр антител может понизиться от «защитного» до «незащитного» достаточно быстро вследствие самых разных причин, да и мысль, что каждый год желающая забеременеть должна проверять титр антител к вирусу краснухи, достаточно абсурдна. Бюджет ни одной страны не сможет позволить себе роскошь таких достаточно дорогих серологических исследований. Сегодня рекомендуется не беременеть в течение как минимум трех месяцев после прививки, чтобы избежать внутриутробного инфицирования плода живым вирусом, содержащимся в краснушной вакцине. Учитывая, что у определенного количества привитых уже через два-три года после прививки титр антител становится ниже требуемого 1:64 (не говоря о тех, у кого прививка вообще оказывается неудачной), мы приходим к выводу, что в случае повторных неудач забеременеть или всякий раз перед следующей беременностью необходимо будет каждые несколько лет повторять прививку против краснухи, что неизбежно повлечет за собой увеличение числа осложнений и случаев инвалидности, за которые положена государственная компенсация, а также к общему ухудшению состояния здоровья непрерывно прививаемых. Впрочем, такой вариант пока что никем и не предлагался.

Показательно, что главной цели, ради которой якобы и затевалась эта прививочная кампания, — ликвидация врожденной краснухи — добиться так и не удалось. После увеличения числа случаев врожденной краснухи в 1962 -1965 гг. их число в США затем стабилизировалось (1967 г. -10, 1968 г. -11, 1969 г. -1435). Однако далее, на фоне массовых прививок, их число начало возрастать. В 1971 г. их было 77, в 1972 г. — 68. Результатом прививок стало то, что дети, которым болезнь практически ничем не грозит (кроме приобретения к ней пожизненного иммунитета), стали болеть краснухой меньше, а подростки и взрослые — больше. В течение примерно десяти лет число случаев врожденной краснухи

колебалось от 32 доvaccinated women with rubella-specific IgM response during pregnancy and transmission of virus to the fetus // Scand J Infect Dis. 1985; 17(4):337 — 41; Enders G. Rubella embryopathy after previous maternal rubella vaccination // Infection. 1984 Mar-Apr; 12(2):96-8; Bott L.M., Eizenberg D. H. Congenital rubella after successful vaccination // MedJ Aust. 1982 Jun 12; 1(12):514 — 5. Российский авторский коллектив также признает возможность такого развития событий. Уверенно заявив, что защитная сила вакцины равна 90%, авторы сообщают: «У остальных (небольшого числа) потенциальных рожениц предупредить врожденную краснуху не всегда удается». (Семенов В.М. «Краснушная...», с. 90).

35 MMWR. 1995, 43; (53) 73-80. Цит. по: Diodati C. J. M. Immunization: history, ethics, law and health. Quebec, 1999, p. 28.

60, прежде чем наконец спустилось к уровню «допрививочной» эры (за исключением 1991 г., когда был зафиксирован 41 случай)<sup>36</sup>.

Следует отметить, что хотя и исключительно редко, но возможно повторное инфицирование краснухой у перенесших ранее естественную болезнь. К порокам развития плода это, по имеющимся сведениям, не ведет<sup>37</sup>.

Завершая эту главу, я хотел бы привести цитату из монографии российского авторского коллектива: «...Резюмируя результаты клинического испытания краснушной вакцины, можно считать: существующие вакцины в ряде случаев не способны индуцировать прочный и длительный иммунитет, который в состоянии предохранить беременную женщину от внутриутробной инфекции; вакцинация, особенно у девушек и женщин, в значительном проценте случаев сопровождается реакциями со стороны суставов; у большинства вакцинированных лиц аттенуированный вирус выделяется из носоглотки, однако практически не передается контактным лицам; вакцинный вирус способен преодолевать плацентарный барьер, и случайная вакцинация восприимчивой беременной может привести к хронической инфекции плода»<sup>38</sup>.

Если сюда добавить «долгосрочные последствия применения краснушной вакцины у лишенных иммунитета к краснухе женщин никогда не изучались», то в целом я готов разделить этот вывод.

В свете всего сказанного выше понятно, что проблема краснухи существует и требует серьезного к себе отношения. Любой женщине, желающей забеременеть, должен быть рекомендован (в числе прочих рутинных проверок) анализ на наличие антител к вирусу краснухи. В случае, если результаты окажутся отрицательными, женщина должна сделать свой выбор или в пользу повышенных мер предосторожности (следует избегать детских коллективов и особенно детей с признаками простуды, что вообще крайне желательно в первом триместре беременности, и не только из-за опасений заразиться краснухой), гомеопрофилактики, либо в пользу прививки. Последняя автоматически отодвигает предполагаемую беременность минимум на три месяца и грозит осложнениями, частота которых отнюдь не дает возможности отнести их как редкие и несерьезные. Кроме того, согласно приведенной выше гипотезе американских исследователей, само отсутствие иммунитета к краснухе может быть<sup>36</sup> Ibid., p 18.

37 Chen F P., Chu K K. Subclinical rubella reinfection in pregnancy: report of a case // /

Formos Med Assoc. 1993 Mar; 92(3):294-5.

38 Семенов В. М. Краснушная..., с. 91.

свидетельством иммунной поломки, усугубить которую может вакцинация. Методы гомеопрофилактики рекомендуются некоторыми гомеопатами, однако оценку их реальной эффективности должны дать исследования, до настоящего времени еще не проводившиеся.

Выводы:

Краснуха — вероятно, самая мягкая и безобидная детская болезнь, необходимость перенести которую в детском возрасте девочками обусловлена потенциальной опасностью нанесения непоправимого ущерба плоду при инфицировании вирусом краснухи на раннем сроке беременности.

Прививка краснухи не позволяет приобрести к ней естественный, самый прочный иммунитет и «сдвигает» болезнь во взрослый возраст, когда она опаснее, особенно для женщин по указанной выше причине. Кампании по прививанию детей направлены не на их

защиту, а на элиминацию вируса краснухи из человеческого сообщества, и в настоящее время выиграть от этого могли бы лишь женщины, находящиеся в фертильном возрасте. Самим детям кроме вреда эта прививка не приносит ничего.

Невысокая эффективность вакцины вкупе с многочисленными осложнениями, среди которых первое место занимают артриты, доказана многолетними исследованиями. Кроме того, краснушная вакцина входит в состав вакцины MMR, связь которой с аутизмом и различными поведенческими нарушениями сейчас обсуждается.

Полиомиелит Еще одним заболеванием из тройки «самых страшных, самых опасных» в родительском мнении болезней помимо дифтерии и столбняка является полиомиелит. Я не знаю, в какой мере мне удалось внушить читателям хоть какое-то спокойствие в отношении дифтерии, но с полиомиелитом это сделать будет легче, поскольку сама болезнь официально объявлена ликвидированной в цивилизованном мире (РФ сертифицирована как страна, свободная от полиомиелита, в 2001 г.), а потому выбивать согласие на прививки вакциноотрадам приходится не под страхом неминуемого заражения, а всего лишь обещанием возвращения заболевания, если все не будет строго и по графику прививаться, а также принимать участие в «зачищающих» турах полиовакцинаций. Вряд ли кто-то из тех родителей, которые сегодня решают вопрос о прививках своим детям, хотя бы один раз видел «живьем» больного полиомиелитом, да и бабушки и дедушки, которые могут рассказать о виденном и пережитом, не могут быть уверенными, что те случаи, которые им преподносились как несомненный полиомиелит, таковыми действительно являлись. Несмотря на то, что самой болезни — или того, что за нее выдавалось, — больше нет, искусно укорененный страх перед ней жив, и именно он является отличным инструментом для продвижения и реализации полиовакцин.

Болезнь Возбудителем полиомиелита является вирус из рода энтеровирусов, имеющий три серотипа<sup>1</sup>. Заражение обычно происходит фекально-оральным путем, хотя возможны также воздушно-капельный и воздушно-пылевой пути передачи инфекции. Заболевание — типичный антропоноз, а человек является единственным резервуаром вируса. Всем известной визитной

карточкой полиомиелита являются параличи, связанные с тем, что вирус поражает нейроны передних рогов спинного мозга, что, однако, встречается-

1 Впервые инфекционная природа полиомиелита была показана в 1909 г. австрийскими учеными Карлом Ландштейнером (1868 — 1943), ранее открывшим группы крови, и Эрвином Поппером. Они ввели суспензию спинного мозга восьмилетнего ребенка, умершего от полиомиелита, в полость черепа обезьянам, кроликам, морским свинкам и мышам. У обезьян развилась типичная картина паралитического полиомиелита. Остальные животные не пострадали (Landsteiner K, Popper E. *Übertragung der poliomyelitis acuta auf Affen Z. // Immunitätsforsch. 1909; 2:377*).

ся очень и очень нечасто. Хотя в разных источниках указываются разные цифры, ясно, что подавляющее большинство заразившихся полиомиелитом так никогда об этом и не узнают. Вот, например, свидетельство российских авторов:»... на 100, а может и на 1000 носителей дикого вируса полиомиелита, которые могут распространять данную инфекцию, заболевает только один"<sup>2</sup>. Наиболее часто встречаются атипичные формы болезни (вообще без поражения нервной системы) и непаралитические (менинге-альная и энцефалитическая, без поражения спинного мозга); истинные же паралитические «составляют не более 2 — 3% от всех случаев заболевания"<sup>3</sup> . Таким образом, учитывая, что клинические проявления встречаются в ОД -1% случаев полиомиелита, паралитической формой заболевают не более двух человек на тысячу инфицированных вирусом этой болезни. О предрасполагающих к этому факторах речь пойдет ниже.

Полиомиелит является преимущественно болезнью раннего детского возраста, хотя очень редко могут заболевать и взрослые. Пассивный иммунитет может передаваться от матери.

Болезнь, как правило, остается нераспознанной: «Достоверная диагностика наиболее распространенных атипичных... форм полиомиелита невозможна без лабораторного подтверждения этиологии заболевания. Эти формы полиомиелита диагностируются редко, как правило, только в эпидемических очагах при специальном

вирусологическом и серологическом обследовании контактных"<sup>4</sup>. А поскольку эти атипичные формы чаще всего протекают в виде обычных ОРВИ-ОРЗ или кишечных инфекций, то ясно, что врачам не придется в голову заказывать дорогие и далеко не везде доступные специальные серологические исследования. К тому же «лабораторная диагностика полиомиелита носит ретроспективный характер. Для достоверного подтверждения диагноза полиомиелита необходимо выделение вируса из кала и выявление не менее чем 4-кратного нарастания титра антител к вирусу полиомиелита"<sup>5</sup>. Это может означать и то, что как бы ни тяжела была перенесенная болезнь, но если после нее не осталось явного паралича, требующего выяснения своей природы,

2 Покровский В. И. и др. Эволюция инфекционных болезней в России в XX веке. М.,

2003, с. 76. Те же цифры (один на 100 — 1000) приводятся и в «Poliomyelitis prevention in the United States: Updated Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)» // MMWR. May 19, 2000.

3 Самарина В. Н., Сорокина О. А. Детские инфекционные болезни. 2-е изд., СПб.; М.,

2000, с. 169.

4 Там же.

5 Там же, с. 172.

то вряд ли врачи станут искать приключений на свою голову и хлопотать о выделении вируса из кала и проверок титра антител к вирусу. Ведь очень многие страны уже объявлены «свободными от полиомиелита», и один неосторожно сделанный анализ, непредсказуемый по своим результатам, может поставить под сомнение усилия всего мирового сообщества по искоренению полиомиелита. О судьбе такого врача останется только догадываться.

Первые клинические предположения о диагнозе полиомиелита могут возникнуть лишь тогда, когда появляется резкая гиперестезия кожи (ребенок не выносит даже одежды) и так называемые спинальные симптомы, обусловленные слабостью мышц ног

(например, характерный «симптом треножника» — ребенок сидит, раскинув ноги и опираясь на руки).

"При типичной паралитической форме болезни различают инкубационный период — от 2 до 21 дня, чаще 7-14 дней; предпаралитический период — от 2 до 5 дней, восстановительный период и период остаточных явлений"<sup>6</sup>. Наиболее тяжелыми являются бульварная (с поражением продолговатого мозга) и бульбоспинальная (с поражением спинного и продолговатого мозга) формы. До появления в XX в. аппаратов искусственной вентиляции легких бульбарные формы, сопровождающиеся нарушением функций дыхательного центра, приводили к смерти.

Вероятно, полиомиелит был знаком человечеству уже с древних времен, но до самого конца XIX в. проблема, связанная с этим заболеванием, остро не стояла. Вряд ли можно считать серьезным предположение российских авторов о том, что «в течение многих столетий полиомиелит был заметной болезнью, описывался, изучался, но не привлекал преимущественного внимания в годы, когда эпидемии оспы, чумы, холеры распространялись порой на огромных территориях и уносили десятки и сотни тысяч жизней"<sup>7</sup>. Потому он и не привлекал «преимущественного внимания», что был малозаметен и уж, во всяком случае, никогда в те времена не принимал масштабов не только эпидемий, но даже сколько-нибудь заметных вспышек. Те же авторы указывают, что первое описание полиомиелита в России относится к 1830м годам; оно было дано в лекциях профессора Там же, с. 168 — 69. Авторы добавляют: «После перенесенного полиомиелита остаются стойкие вялые параличи с атрофией мышц, контрактурами, деформациями суставов и конечностей, инвалидизирующие больных на всю жизнь», почему-то забывая добавить, в каком проценте случаев это происходит. А между тем, согласно разным авторам, не менее 30% случаев параличей заканчиваются спонтанным выздоровлением безо всяких последствий.

<sup>7</sup> Покровский В. И. Эволюция..., с. 63.

Московского университета И. Дядьковского (1784 -1841), а первые описания «небольших вспышек» стали наблюдаться лишь с 1905 г.<sup>8</sup> В

Северной Европе и США полиомиелит приобрел черты эпидемического заболевания лишь в самом конце XIX в.<sup>9</sup> Объяснения столь позднему появлению полиомиелита как эпидемического заболевания имеются.

Прежде всего резко возросло число провоцирующих болезнь факторов. В главе о дифтерии я писал о наблюдениях английских врачей, указавших на частое развитие паралитического полиомиелита после прививок. О таких наблюдениях сообщалось практически с самого начала XX в. — острый вялый паралич (ОВД) после прививок против оспы был вполне привычным явлением, но эти сведения не предавали гласности из-за опасения подвергнуть опасности прививочные кампании (и соответственно доходы всех, кто так или иначе был связан с оспопрививанием)<sup>10</sup>. Так, в Германии полиомиелит развивался у детей из приютов, страдавших от врожденного сифилиса, после сделанных уколов неосальварсана, сальварсана и пр.<sup>11</sup> Поскольку именно конец XIX в. был «триумфом бактериологии», то понятно, что число всяких как «проверенных», так и экспериментальных вводимых детям вакцин и сывороток, в дополнение к уже имевшимся тогда прививкам против оспы, резко возросло. Механизм провоцирующего эффекта мышечной травмы неизвестен и по сей день, но предполагается, что травма запускает «заброс» вируса в центральную нервную систему через аксоны нервных клеток в мышцах<sup>12</sup>. Вполне показателен пример Индии, где прививочные программы — особенно прививка DFT (АКДС) — стали причиной огромного числа случаев так называемого спровоцированного полиомиелита и смертей от него в эндемичных по полиомиелиту районах<sup>13</sup>. Вообще же, по имеющимся оценкам, не менее 60 — 70% случаев паралитического полиомиелита в деревнях Индии было вызвано инъекциями, в которых не было никакой необходимости. Как правило, речь шла о жаропонижающих<sup>8</sup> Там же, с. 64.

<sup>9</sup> Scheibner V. Vaccination. 100 years of Orthodox Research Shows that Vaccines Represent a Medical Assault on the Immune System. Australia, 1993, p. 150. Считается, что первая официально зарегистрированная эпидемия полиомиелита случилась в 1886 г. в Швеции.

10 Wyatt H. V. Provocation poliomyelitis: neglected clinical observation from 1914 to 1950 //

Bull Hist Med. 1981; 55:543 — 557.

11 Scheibner V. Vaccination..., p. 145.

и Gromeier M., Wimmer E. Mechanism of injury-provoked poliomyelitis /// Virol. 1998 Jun;

72(6):5056 — 60. 13 Mudur G. Flawed Immunization Policies in India Led to Polio Paralysis // BMJ. April 25, 1998; 316:1261.

лекарствах<sup>14</sup>. Кампания по лечению кожной болезни, известной как фрам-безия, повторными инъекциями неоасфенамина привела к вспышке полиомиелита среди получивших уколы на Самоа<sup>15</sup>. Во время вспышки полиомиелита в Омане 42,9% заболевших полиомиелитом детей за 30 и менее дней до болезни получили прививку DPT (АКДС), в то время как в контрольной группе здоровых прививки получили 28,3%<sup>16</sup>. Интересно, что прививки могут быть провоцирующим фактором не только для «дикого» полиомиелита, но и для вакциноассоциированного паралитического полиомиелита (ВАПП), о котором речь будет идти далее. Неоспоримую связь паралитического полиомиелита с предшествовавшими прививке инъекциями (обычно антибиотиков) установили румынские исследователи; при этом чем больше было получено уколов, тем выше был риск заболевания полиомиелитом<sup>17</sup>. Думаю, что сыграли свою роль прививки и в увеличении заболеваемости полиомиелитом в СССР. Этот вопрос требует специального исследования, и хотелось бы надеяться, что оно рано или поздно будет сделано. Пока что поделюсь с читателем некоторыми своими мыслями. Имеющиеся в литературе таблица<sup>18</sup> и график<sup>19</sup> заболеваемости полиомиелитом в СССР, к сожалению, показывают статистику лишь с 1940 г., а в отрыве от предыдущих лет она может считаться показательной лишь весьма условно. Тем не менее несомненно, что с 1945 -1946 гг. заболеваемость полиомиелитом начала резко повышаться, а наиболее явно — с 1947 г.; в то же время «в годы Великой Отечественной войны заболевания полиомиелитом на территории СССР отмечено не было»<sup>20</sup>. Объяснить это можно тем,

14 Varghese M. Paralytic poliomyelitis in a rural area of north India // Nat Med J India. 1997

Jan-Feb; 10(1) :8 — 10; и Wyatt H. V. et al. Unnecessary injections and paralytic poliomyelitis in India // Trans R Soc Trop Med Hyg. 1992 Sep — Oct;86(5):546 — 9.

15 Lambert S. M. A yaws campaign and an epidemic of poliomyelitis in Western Samoa // /

Trop Med Hyg. 1936; 389:41 — 46. Приведя статистику заболеваемости полиомиелитом во время этой кампании (первый случай произошел через неделю после первой инъекции), автор вполне в духе воспитавшей его школы заявил, что сам он... связине усматривает.

16 Sutter R. W et al. Attributable risk of DTP (diphtheria and tetanus toxoids and pertussis vaccine) injection in provoking paralytic poliomyelitis during a large outbreak in Oman //

/ Infect Dis. 1992 Mar; 165(3):444 — 9.

17 Strebel P. M. et al. Intramuscular injections within 30 days of immunization with oral poliovirus vaccine — a risk factor for vaccine-associated paralytic poliomyelitis // N Engl J Med. 1995 Feb 23; 332(8):500 — 6.

18 Покровский В. И. Эволюция..., с. 70.

19 Учайкин В. Ф., Шатшева О. В. Вакцинопрофилактика. Настоящее и будущее. М., 2001, с. 101.

20 Покровский В. И. Эволюция..., с. 65.

что в годы войны на оккупированных территориях прививки, разумеется, не делались вообще, да и иных уколов детям делалось намного меньше, а на неоккупированной тоже было не до них. С возвращением мирной жизни вернулись и ее неизменные спутники — прививки. Дополнительная ревакцинация от оспы в возрасте 4-5 лет, которая была введена в 1939 г. постановлением Совета Народных Комиссаров<sup>21</sup>, вероятно, начала активно претворяться в жизнь сразу же после войны. В 1947 г. была введена ревакцинация против дифтерии детей четырех и восьми лет<sup>22</sup>. В 1958 г., который был пиком заболеваемости полиомиелитом (22054 заболевших<sup>23</sup>), было

введено прививание от коклюша детей в возрасте до пяти лет<sup>24</sup>. Не забудем и прививку Б1Щ, ревакцинация которой была введена в СССР в 1953 г. (окончательно и бесповоротно обязательной БЦЖ стала в 1961 -1962 гг.). Кроме того, в 1954 -1956 гг. на детсадовцах проводились эксперименты с живой паротитной вакциной<sup>25</sup>. Такое количество прививок, обрушившееся на советских детей, вполне могло стать провоцирующим фактором для ОВ11, в том числе и полиомиелитной природы.

Помимо инъекций в США фактором, провоцирующим полиомиелит, стало вошедшее в моду удаление миндалин (тонзиллэктомия), а также борьба с аденоидами исключительно при помощи скальпеля — врачи имели очень неплохой заработок от очистки несовершенных детских организмов от всего «ненужного» и «вредного». В своей книге д-р Виера Шай-бнер приводит пример трех вспышек полиомиелита в США в 1952 -1954 гг., когда у более, чем половины заболевших полиомиелитом пациентов с бульварными симптомами в анамнезе обнаружилось удаление миндалин<sup>26</sup>. У ряда авторов я видел оценки, согласно которым удаление «лишних» миндалин увеличивало шанс заболевания полиомиелитом на 400 -600%! Уже упоминавшийся мной ранее английский хирург Беддоу Бейли ссылается в своей книге на проф. Гейлорда Андерсона из Службы общественного здравоохранения Миннесоты, согласно которому: лица, заболевшие бульбарной формой полиомиелита, чаще имели в анамнезе удаление миндалин и аденоидов, при этом вне всякой связи с возрастом, когда эта операция была сделана (так, во время вспышки полиомиелита в Южной Австралии среди 39 заболевших 35 перенесли ранее тонзиллэкото-

21 Там же, с. 357.

22 Там же, с. 221.

23 Там же, с. 70.

24 Там же, с. 250.

25 Там же, с. 325.

26 Scheibner V. Vaccination..., p. 146.

мию); среди заболевших полиомиелитом вероятность появления буль-барных симптомов была в 4 раза выше у тех, кто перенес

тонзиллэктомии, чем у тех, у кого миндалины остались на месте; удаление миндалин было важной причиной заболевания полиомиелитом в «неполиомиелитных» возрастных группах<sup>27</sup>.

Как это ни парадоксально, но свою роль в увеличении заболеваемости полиомиелитом могло сыграть улучшившееся санитарно-гигиеническое состояние мест проживания людей. Ранее вирус полиомиелита обнаруживался повсюду в сточных водах, выгребных ямах и пр. Мухи переносили его на пищевые продукты, и все люди, начиная с младенческого возраста, были в постоянном контакте с ним, приобретая, таким образом, естественный иммунитет (как известно, в период до 12 месяцев жизни случаи паралитической формы болезни исключительно редки, так как действует полученный от матери иммунитет). Появление канализации, очистка сточных вод и уничтожение мух привели к тому, что младенцы лишились своей обычной «порции грязи», а первый контакт с вирусом полиомиелита случался в более позднем возрасте, когда результат такой встречи становился намного серьезнее<sup>28</sup>.

Выше перечислены признанные факторы, способствовавшие росту заболеваемости полиомиелитом. Среди заслуживающих пристального внимания гипотез можно отметить ту, что указывает на связь заболеваемости полиомиелитом с использованием инсектицидов и пестицидов, в первую очередь ДЦТ (дихлордифенилтрихлорэтан или хлорофеноэтан). С глубокой древности было известно, что отравление некоторыми ядами (которые сегодня мы называем нейротоксическими) способно приводить к появлению ОВП. Согласно рассматриваемой гипотезе, первые вспышки ОВП, которые позднее расценили как паралитический полиомиелит, были документированы после начала использования пестицидов (например, полихлорированных бифенилов, бензилгексахлорида) и в районах их максимального применения. Первая крупная эпидемия полиомиелита была зарегистрирована в США в Нью-Йорке в 1916 г., а в 1915 г. именно в Нью-Йорке началось массовое производство хлорированного бензола. По причине постоянного контакта с ядовитыми химическими веществами, утверждает гипотеза, от ОВП часто

страдали солдаты в годы первой27 Вауку В. The Story of the Salk Anti-Poliomyelitis Vaccine, 1956

28 "Симптоматический полиомиелит редко встречается в районах с плохой санитарией, поскольку она благоприятна для инфицирования в том возрасте, когда пассивный иммунитет, полученный от матери, смягчает клинические проявления» (Menkes J. H. Textbook of Child Neurology, 5 ed., 1995, p. 420).

и второй мировых войн. В 1949 г. было показано, что ДДТ способен вызывать параличи, неотличимые от таковых при полиомиелите29. Сенатские слушания по проблеме токсичности ДДТ в 1951 г. и исследование, обнаружившее, что ДДТ присутствует в коровьем молоке, а вскармливаемые им телята погибают от дыхательного паралича (в том же году данные этого исследования были подтверждены в Швеции), вызвали резкое снижение использования ДДТ в США. Соответственно этому снизилась и заболеваемость ОВП. К моменту начала использования вакцины Солка в 1955 г. заболеваемость ОВП снизилась почти в два раза, а к началу ее массового применения в 1957 г. — более чем в 10 раз. С 1954 г. и до его запрета Управлением по охране окружающей среды в 1972 г. ДДТ лишь импортировался США, но не применялся внутри страны. Однако как только в 1983 г. ДДТ был вновь разрешен к использованию в США в качестве составляющей пестицидов, сразу начали поступать сообщения о случаях «постполиомиелитного синдрома» — к ранее перенесшим полиомиелит людям вновь вернулись симптомы этой болезни30.

На еще один фактор, вероятно способствующий заболеванию полиомиелитом, указал д-р Бенджамин Сэндлер, который выпустил в 1951 г. книгу «Диета предотвращает полиомиелит»31. В ней он, в частности, сообщил, что ему была дана возможность выступить по радио и в газетах и предупредить родителей Эшвиля (Северная Каролина), чтобы те не давали детям продуктов, содержащих сахар — разнообразных напитков, мороженого, леденцов и т. п., и уменьшили употребление их детьми фруктов и фруктовых соков. Вместо этого Сэндлер рекомендовал насыщенную белком диету (свинина, говядина, мясо птицы, яйца, молоко, сметана, сыр) и овощи,

содержащие минимум крахмала. Сэндлер считал, что вспышка полиомиелита в летний период связана именно с тем, что дети потребляют огромное количество легкоусвояемых углеводов, содержащихся в традиционных детских сладостях и бакалейных изделиях, что в совокупности с высокой летней физической нагрузкой (плавание, бег, катание на велосипеде и пр.) создает предпосылки для заболевания полиомиелитом вследствие резкой гипогликемии (снижения уровня глюкозы в крови). В пользу теории Сэндлера говорило и то, что полиомиелит являлся болез-

29 Dresden D. Physiological Investigations Into The Action Of DDT G.W. Van Der Wiel & Co.,

Arnhem, 1949; Biskind M. S. Public Health Aspects of the New Insecticides // Am J Dig Dis 1953, vol. 20, p. 331

30 Подробнее с этой гипотезой и исследованиями, на которых она базируется, читатели могут познакомиться на сайте Images of Poliomyelitis<sup>31</sup> Sandier B. P. Diet prevents polio. 1951. Книга доступна на ряде сайтов в Интернете.

ную стран с высоким потреблением сахара на душу населения, в то время как в странах с низким потреблением сахара он был почти неизвестен. Экспериментально Сэндлер доказал это в исследованиях на обезьянах и кроликах в 1931 г. Кролики, как известно, невосприимчивы к полиомиелиту, но, снижая уровень сахара в их крови, Сэндлеру удавалось заражать их полиомиелитом. Агитация Сэндлера была успешной. Многие родители последовали его рекомендации, и заболеваемость полиомиелитом в Северной Каролине снизилась с 2402 случаев в 1948 г. до 214 в 1949 г., т.е. в 11 раз! В это же самое время в 39 штатах заболеваемость полиомиелитом возросла, а в тех штатах, где она снизилась, максимальный показатель был зафиксирован в Южной Каролине — примерно в 3 раза.

Здесь же стоит упомянуть, что в одном старом исследовании было показано значение генетического фактора в предрасположенности к полиомиелиту. В эксперименте сыворотка III (B) группы крови обладала значительно более высокой способностью нейтрализации полиовирусов, нежели сыворотка I (O) и II (A) групп<sup>32</sup>.

Многие авторы наблюдали связь полиомиелита с различными формами эндокринной недостаточности у детей.

Лечение при полиомиелите симптоматическое; при дыхательных нарушениях больных переводят на искусственную вентиляцию легких.

Гомеопатии, лечившей острые вялые параличи практически с момента своего возникновения, было что сказать как в лечении, так и в профилактике полиомиелита. Испытывались многие средства, но особую популярность приобрел препарат *Lathyrus sativus*, приготовляемый из семян чины посевной, растения из семейства бобовых<sup>33</sup>. Это растение, которое известно способностью вызывать у питающихся его семенами нейролатиризм (заболевание, своим симптомокомплексом очень напоминающее паралитический полиомиелит), вошло в гомеопатическую практику в последней четверти XIX в. Гомеопаты быстро поняли его ценность. Так, согласно д-ру Артуру Хиллу Триммеру (1874 -1967) из Чикаго (Иллинойс), *Lathyrus sativus* имеет «то же сродство к тем же самым центрам спинного и головного мозга, какое имеет вирус полиомиелита, и [это лекарство] является лучшим противоядием и для профилактики, и для лечения [полиомиелита]»<sup>34</sup>.

32 Jungeblut C. W., Engle E. T. Resistance to poliomyelitis. The relative importance of physiologic and immunologic factors // JAMA. 1932; 99(25):2091 — 97.

33 Поскольку этот препарат относится к так называемым «малым лекарствам» и его патогенез представлен далеко не во всех известных руководствах, я могу рекомендовать читателям книгу Франса Вермюлена «Синоптическая Materia Medica». М.,

"Гомеопатическая Медицина», 2002, ч. 2, с. 149 — 152. (см. каталог изд. — гл. ред.)

34 Grimmer A. H. Homeopathic prophylaxis // IRA. June, 1949.

Вот несколько цитат относительно гомеопатического лечения и профилактики полиомиелита.

"Врачи-гомеопаты довольны, что они имеют действительно безопасный и лучший профилактический препарат, каким является правильно назначенный *Lathyrus sativus*. Профилактика не несет в

себе абсолютно никакой опасности и, вероятно, обеспечивает пожизненный иммунитет, в то время как вакцина Солка — лишь на два года». Д-р Дуайт Смит (1885 -1980) из Глендэйла, Калифорния.

"В сотнях семей я всегда использовал для профилактики *Lathyrus 1M*, в том числе и во время наихудших эпидемий, и я не видел ни одного случая полиомиелита, который бы развился до опасного состояния. У меня было 100% выздоровления пациентов, а многие случаи имели abortивное течение». Д-р Вилбер К. Бонд (Гринсфорд, Индиана)<sup>35</sup>.

В своей книге д-р Дороти Шеферд цитирует сообщение д-ра Тейлора Смита из Йоханнесбурга, который прислал в Лондон отчет об эпидемии полиомиелита. Д-р Смит указывал, что в самом начале заболевания полезными лекарствами могут оказаться *Belladonna*, *Gelsemium*, *Physostigma* и *Lathyrus*. Читатели помнят, что именно *Gelsemium* часто оказывался спасительным лекарством при инфлюэнце. И действительно, в начальных стадиях грипп и полиомиелит чаще всего неразличимы, а потому, как отмечает в своих комментариях д-р Шеферд, правильно выбранное лекарство (например, *Gelsemium* или *Eupatorium*) может оборвать развитие болезни в самом ее начале. Полезным может оказаться *Gelsemium* и позднее; особенно он показан при легкой дрожи в пораженных мышцах<sup>36</sup>. Для профилактики д-р Смит дал *Lathyrus sativus* 30 группе из 82 человек в возрасте от 6 месяцев до 20 лет (42 белым детям, 21 ребенку из семей негров и мулатов и 19 белым взрослым). Доза была повторена через 16 дней. Хотя все жили рядом с районом, в котором была зарегистрирована эпидемия, а 20 человек, со слов д-ра Смита, имели прямой контакт с инфекцией, ни один человек из числа получивших профилактическое лечение не заболел. Это лекарство д-р Смит испытал и при лечении группы из 34 заболевших детей (18 белых и 16 из семей негров и мулатов). Каждый получил три дозы препарата с перерывом в полчаса. Девять человек к тому моменту, когда прибыл д-р Смит, были серьезно<sup>35</sup> Цит. по: Agrawal Y. R. *Prophylactics in Homoeopathy*. 3 rd ed., Delhi, 2000, p. 38.

<sup>36</sup> Д-р Агравал (там же) уточняет, что для *Lathyrus* характерны жесткость, ригидность икроножных мышц, заставляющие больного

ходить на пятках, и спастический паралич, в то время как Gelsemium показан при катаральных явлениях в начале болезни, лихорадке и слабости в мышцах, ощущении разбитости.

больны и пятеро из них были отправлены в больницу, а четверо изолированы в своих домах (вероятно, это помешало получить информацию об их дальнейшей судьбе). Самый тяжелый случай был с девочкой двух с половиной лет, у которой д-р Смит обнаружил ригидность затылочных мышц и крайнюю чувствительность к малейшему прикосновению. Получив свои дозы *Lathyrus sativus*, девочка заснула, а проснулась на следующее утро, 12 часов спустя, без малейших признаков болезни<sup>37</sup>.

Для долговременной невосприимчивости к полиомиелиту австралийский гомеопат д-р Айзек Голден в своей «Программе защиты с рождения» рекомендует давать одну дозу *Lathyrus sativus* 200 в 3 месяца, а затем в 5,16,26 и 56 месяцев-тройную дозу (разведения 30,200 и 1М через каждые 8 часов)<sup>38</sup>. Другая рекомендация: одна доза *Lathyrus* 200 ежемесячно в течение 3 месяцев до начала теплого сезона, после его завершения — одна бустерная доза 1М, а в самом конце года — одна доза ЮМ. Эта доза может быть повторена год спустя, хотя, со слов авторов публикации, необходимости в этом нет<sup>39</sup>.

Существует также нозод полиомиелита *Poliomyelitis nosode* — «биотерапевтическое средство из динамизированной спинномозговой жидкости, полученной в результате пункции у больного полиомиелитом»<sup>40</sup>.

Д-р Фредерик Кленнер, страстный пропагандист использования витамина С для лечения самых различных болезней, пишет в своей статье, что неоднократно имел успех, назначая большие дозы своего излюбленного препарата. Он приводит случай, когда ему довелось лечить двух братьев, заболевших полиомиелитом. Дети получали внутривенно шприцом на 50 мл 10 и 12 граммов аскорбиновой кислоты соответственно своему весу, 4 раза с перерывом в 8 часов и 4 раза с перерывом в 12 часов. Кроме того, они принимали 1 грамм витамина каждые 2 часа. Выздоровление было полным и, со слов д-ра Кленнера, оба позднее стали в школе и колледже чемпионами по

легкой атлетике. Их соседка примерно того же возраста не получала лечения аскорбиновой кислотой, и осталась инвалидом<sup>41</sup>.

37 Shepherd D. Homeopathy in epidemic diseases. England, 1967, republ. 1996, p. 76 — 78.

38 Golden I. Vaccination? A Review of Risks and Alternatives. 5th ed., Australia, 1998, p. 138.

39 Homeopathic Herald January 1961. Цит. по: Agrawal Y. Prophylactics..., p. 37.

40 Иванив А. П. Materia Medica, история и практика использования биотерапевтических средств (нозодов, саркодов и органопрепаратов) в гомеопатической и интегративной медицине. Одесса, 2002, с. 266.

41 Шеппер F. Observations On the Dose and Administration of Ascorbic Acid When Employed Beyond the Range Of A Vitamin In Human Pathology // JAppl Nutr. Winter 1971; vol. 23, No's 3 & 4. Подробнее о лечении полиомиелита Кленнер написал в другой своей статье: The Treatment of Poliomyelitis and Other Virus Diseases with Vitamin C // Southern Medicine &

Surgery. July 1949; vol. III, 7:209-214. Эта статья доступна в Интернете.

Есть немало публикаций, показывающих, что американские остеопаты имели отличные результаты в реабилитации пострадавших от полиомиелита. В одной из недавних статей, опубликованной во вполне ортодоксальном медицинском издании, отмечается, что вообще методы самовосстановления, разработанные пострадавшими, оказались намного эффективнее, чем беспомощное лечение, предлагавшееся официальной медициной, а растерянность ее представителей во время эпидемий полиомиелита убеждала пациентов, что им не на кого рассчитывать, кроме как на себя самих. Автор отмечает, что многие из разработанных перенесшими полиомиелит пациентами методов могли бы оказать огромную услугу, будь они сейчас внедрены в практику для реабилитации больных со сходными поражениями нервной системы<sup>42</sup>.

Полиомакцины Известно, что первое испытание вакцины против полиомиелита относится к 1934 или 1935 г. В то время имелись две

экспериментальные вакцины -Колмера (инактивация вируса производилась 1%-ным рицинолеатом натрия) и Броди и Парка (0,4%-ным формалином). Вакцины готовились из спинного мозга обезьян, искусственно зараженных вирусом полиомиелита. В своей книге проф. Вильсон пишет: «Большое количество людей, в основном дети до 15 лет, получили три дозы этой вакцины подкожно. Сообщения были получены о 10725 реципиентах. У 10 из них развился полиомиелит после первой или второй дозы»<sup>43</sup>. Броди и Парк изменили технику инактивации, и, казалось, теперь надежность вакцины гарантирована. Однако эксперимент закончился трагедией. При новом испытании вакцину получили свыше 9 тыс. человек; известно, среди них было много детей и медсестер. В итоге 12 детей заболели полиомиелитом в течение 6-14 дней после первой или второй прививки, причем пятеро скончались, а трое остались с тяжелыми параличами. После этого все испытывавшиеся тогда вакцины против полиомиелита были запрещены. Сообщив об этом происшествии в «Журнале Американской медицинской ассоциации», директор Службы общественного здравоохранения США Дж. Лик, контролировавший эти эксперименты, добавил, что «многие врачи сочтут нежелательным дальнейшее использование полиовирусов для прививок людям в настоящее время»<sup>44</sup>. С ним был<sup>42</sup> Mulder D. W. Clinical observations on acute poliomyelitis // Ann NY Acad Sci. 1995 May; 753:1 — 10.

43 Wilson G. S. The Hazards of Immunization. London, 1967, p. 43.

"JAMA. 1935, 105 (2) — 152. Цит. по: Bayley V. The Story...

вполне согласен и «Британский медицинский журнал», заявивший, что «это несчастье на значительное время отсрочит будущие усилия такого рода То, что они вообще были предприняты, можно объяснить лишь энтузиазмом заокеанской публики по отношению к методам специфической профилактики», и «надо будет обладать недюжинной смелостью, чтобы снова взяться за эту проблему в клиническом ее аспекте»<sup>45</sup>.

Вакцина Джонаса Солка в последнем своем предположении, впрочем, «Британский медицинский журнал» ошибался. От д-ра Джонаса Солка (1914 -1995) не потребовалось никакой особой

смелости. Его вакцина, также ставшая причиной огромного количества несчастий, принесла ее автору лишь почести и лавры. Однако до него была предпринята еще одна попытка профилактики полиомиелита, на этот раз с помощью гамма-глобулина. Д-р Беддоу Бейли описал в своей книге «История вакцины Солка», как гамма-глобулин, который в экспериментах на обезьянах в 1949 г. показал якобы великолепный защитный эффект, оказался совершенно бесполезным при попытке использовать его для защиты людей в США и Канаде в начале 1950-х годов<sup>46</sup>.

В новой вакцине Солка для инактивации вирусов также использовался формалин, однако теперь вирусы выращивались на почках макак-резус, а сама вакцина содержала все три выделенных Солком типа вируса. Обезьян тысячами ловили в индийском штате Уттар-Прадеш и на самолетах отправляли в США и Канаду, где под анестезией хирурги удаляли им почки (после этого обезьяны умерщвлялись эфиром)<sup>47</sup>. Культуры почечных клеток заражались отдельными типами вирусами полиомиелита; после инактивации формалином готовилась вакцина, которую сначала испытывали на животных. Полевые испытания вакцины начались в 1954 г. Деньги на исследования собирались добровольцами Национального фонда детского паралича в рамках кампании «Марш десятицентовиков» (March of 45 BMJ. April 4, 1936. Цит. по: там же.

<sup>46</sup> Там же.

<sup>47</sup> Обезьяна является священным животным в индуизме, а потому индийское правительство приняло все меры, чтобы этот экспорт оставался в тайне. После гибели от удуса 390 обезьян в аэропорту Лондона бывший тогда премьер-министром Джава-

харлал Неру пытался в марте 1955 г. запретить дальнейший отлов обезьян, но под давлением США и Великобритании вынужден был отменить свой запрет. По самым скромным подсчетам, за 1953 — 1956 гг. в США было переправлено не менее 100

тыс. обезьян. Похоже, обезьяны жестоко отомстили человеку за эту чудовищную бойню, о чем речь пойдет в этой главе далее.

Dimes). Привито было около 2 млн. детей в 44 штатах, однако оценка эффективности, согласно утверждению журнала «Лайф», была

сделана на основании данных, полученных всего из 11 штатов. Там были привиты 200745 детей, а 201229 получили уколы плацебо — окрашенной неизвестным красителем воды. Среди привитых подтвержденный лабораторно полиомиелит развился у 10, а среди получивших уколы плацебо — у 68. На этом основании был сделан вывод, что эффективность вакцины может быть выше 80%. Почему была исключена статистика 33 штатов и что это был за таинственный краситель, после уколов которым заболевших детей оказалось почти в 7 раз больше, чем после прививки, так и осталось покрытым тайной<sup>48</sup>.

12 апреля 1955 г., выступая с двухчасовым докладом перед пятьюстами врачами Службы общественного здравоохранения в университете Энн Эрбор (Мичиган), д-р Томас Френсис-младший, директор Центра поли-омиелитных вакцин этого же университета, заявил, что вакцина показала свою безопасность и эффективность<sup>49</sup>. Специалисты почти сразу же выразили большие сомнения в том, что полученные данные заслуживают доверия. Прежде всего в отчете Френсиса отсутствовало сравнение равноценных возрастных групп. Привитые учились во втором классе, дети из контрольной группы были старше или младше. Говоря о защищенности вакциной, Френсис под вакцинированными понимал лишь тех, кто получил две дозы вакцины. Это означало, что, если ребенок заболел полиомиелитом после первой прививки, он считался... непривитым и соответственно учитывался статистикой экспериментаторов как заболевший полиомиелитом непривитый. Позднее выяснилось, что таким образом были исключены из статистики 90 человек. В докладе отмечалась эффективность, варьирующая от 81 до 94% при бульбоспинальной форме болезни и от 39 до 60% при спинальной паралитической форме, а что касается непаралитической формы болезни, самой распространенной, то и со все-

<sup>48</sup> Life. April 25, 1955. Цит. по: McBean E. The poisoned needle. Suppressed facts about vaccination, 1957.

<sup>49</sup> Позднее отчет Френсиса-младшего был отпечатан отдельной брошюрой: Francis T.

et al. Evaluation of the 1954 vaccine trial. Poliomyelitis vaccine evaluation center, University of Michigan, Ann Arbor. Michigan, April 12,

1955, 50 pp. Как факт можно отметить, что Джонас Солк был одним из студентов бактериолога Томаса Френсиса-старшего в Нью-Йорке, а вместе с Френсисом-младшим в Мичиганском университете (где Солк благодаря протекции отца и сына Френсисов получил специальную стипендию)

он разрабатывал вакцину против гриппа. Вопрос о том, было ли совпадением то, что именно Т. Френсису-мл. было поручено вынести вердикт по вакцине Солка, я считаю риторическим.

ми статистическими трюками никакой разницы между группой привитых и контрольной группой обнаружено не было. Учитывая, что больной даже самой мягкой формой полиомиелита может стать разносчиком инфекции, оснований для хвастливых заявлений Солка в раздававшихся им направо и налево интервью, о том, что его вакцина скоро покончит с полиомиелитом, было немного. Однако раздутая до небес истерика из-за полиомиелита и огромные ожидания публики заглушили немногочисленные возражения специалистов. Всего через несколько часов после выступления д-ра Френсиса-мл. были выданы правительственные лицензии на производство вакцины, и пять компаний — «Парк Дэвис» (Детройт), «Каттер» (Беркли, Калифорния), «Виет» (Филадельфия), «Эли Лилли» и «Питман Мор» (обе — Индианаполис) приступили к делу. Словно танки, прямо с конвейера отправляющиеся на фронт, вакцины прямо из цехов отправлялась для срочного спасения детей от полиомиелита. Всего за несколько недель было привито свыше 5 млн. человек.

Гром грянул 26 апреля, когда появилось первое сообщение о шести детях, заболевших полиомиелитом после прививок. Все они были привиты вакциной фирмы «Каттер». Вакцина была немедленно отозвана, но было уже поздно. Заболевания продолжали регистрироваться, и несколько случаев пришлось и на долю компании «Виет». 12 мая прививки против полиомиелита были временно прекращены. Дальнейшее разбирательство установило, что всего с вакцинами было связано 260 случаев полиомиелита: 94 — у привитых (59 — в паралитической форме), 126 случаев в семьях привитых (101 — в паралитической форме) и 40 случаев пришлось на

контакты в окружении (32 — в паралитической форме). В ряде случаев переносчиками инфекции становились родители, ухаживавшие за своими заболевшими детьми — заразившись от них и не заболевая сами, они заражали других. Умерло 10 человек (5 привитых и 5 контактировавших с привитыми), некоторые остались с тяжелыми параличами. Вина была возложена на две серии из восьми, произведенных «Каттер». Из-за ошибок в процессе инактивации вируса вирус оставался «недоубитым», и прививаемые получали прививки настоящими, заботливо выращенными вирусами полиомиелита всех трех типов<sup>50</sup>. Из 60 исков, поданных против «Каттер», 54 на общую сумму<sup>50</sup> Расследование этого происшествия поставило вопрос о том, возможна ли даже в принципе гарантированно успешная инактивация вакцинных вирусов формалином. В частности, по той причине, что вирусы могут «слипаться» и покрываться протеиновым «мусором». Формальдегид не разрушает, а, наоборот, укрепляет такую структуру. Увеличение концентрации формальдегида делает использование вакцины бессмысленным, так как теряются все вакцинные свойства вирусов, (см. след. стр.)

свыше 3 млн. долларов были удовлетворены. Обращало на себя внимание непропорционально большое число заболевших среди контактировавших, что было нехарактерно для «природного» полиомиелита.

Журналист Джеймс Сполдинг написал в «Милуоки Джорнэл» 15 мая 1955 г.: «Национальный институт детского паралича и Служба общественного здравоохранения США использовали в истории с полиовакци-ной политику скрытности и обмана. В результате этого американские врачи были лишены возможности познакомиться с крайне важной информацией о проблемах, связанных с тестированием и производством вакцины Солка... Если бы врачи получили доступ к такой информации, то их мнение могло бы заставить эти организации предпринять меры, способные предотвратить случаи заражения детей полиомиелитом через вакцины. Поэтому умолчания и ложь начались еще до полевых испытаний вакцины. .. Американской медицинской ассоциации не

было сказано о том, что совещательный комитет Службы общественного здравоохранения США почти целиком состоит из людей, получающих деньги от Национального Фонда детского паралича, и именно они подгоняли введение в практику вакцины Солка даже после того, как было показано, что она опасна... Когда в мае представители организаций здравоохранения собрались в Атланте, они рассчитывали услышать о проблемах, связанных с вакциной Солка. Вместо этого выступивший ученый из Службы общественного здравоохранения заявил, что ему не разрешено говорить о том, что произошло, так как это может подвергнуть опасности инвестиции фармацевтических компаний в разработку вакцин"<sup>51</sup>.

Здоровье детей, в трогательной заботе о которых традиционно разворачиваются шумные кампании по производству и сбыту вакцин, на поверку оказывается куда менее важным, чем инвестиции фармацевтических компаний! В июне главный хирург США д-р Шил заявил перед собравшимися специалистами, что «вакцина Солка сложна для производства и безопасность ни одной ее партии не была доказана перед тем, как ею стали прививать детей"<sup>52</sup>.

а если брать формалина недостаточно, то повышается риск выживания вирусов (См.: Veldee M. V. *II New Eng J Med.* 1955; 253:483. Цит. по: Wilson G. *The Hazards...*, p. 46). А специалист по нервным болезням из Оксфорда д-р Ричи Руссел заявил: «Когда полиомиелит «вбрасывается» прививкой, то естественные защитные силы организма, вероятно, оказываются неэффективными. Поэтому почти все такие случаи развиваются в паралитическую форму болезни, поражая ту конечность, в которую делалась прививка» // *Lancet.* May 21, 1955, p. 1071. Цит. по: McBean E. *The poisoned...*

<sup>51</sup> Ibid.

<sup>52</sup> *New York Times*, June 8, 1955. Цит. по: Ibid.

После двухнедельного перерыва прививки были возобновлены — публике объяснили, что речь шла о досадной случайности. Результаты, впрочем, вновь оказались удручающими. К осени 1955 г. полный провал «спасительной» прививочной кампании стал очевиден. На волне солковских прививок заболеваемость

полиомиелитом во многих штатах не только не снизилась, но, наоборот, увеличилась. Массачусетс к 30 августа 1955 г. имел 2027 заболевших против 273 за тот же период 1954 г. В некоторых других штатах соотношение к августу- сентябрю 1955 г. выглядело следующим образом: Вермонт — 55-15, Висконсин -1655-326, Коннектикут — 276-144, Мэн — 74-43, Мэриленд-189-134, Нью-Гемпшир -129-38, Нью-Йорк- 764- 469, Род-Айленд — 122-22. В некоторых штатах прививки были прекращены уже летом. Д-р Питерсон, директор Службы общественного здравоохранения Айдахо, прекратил своим приказом прививки 1 июля 1955 г., заявив, что он возлагает всю ответственность за вспышку полиомиелита, убившую семерых и отправившую в госпиталь 79, на вакцину Солка и ее производителей. К сентябрю в штате было зарегистрировано 190 случаев заболевания, в то время как за тот же период в 1954 г. их было 132. В Юте прививки были запрещены 12 июля. Даже в тех штатах, где было зарегистрировано снижение заболеваемости, оно было столь незначительным, что его можно было отнести за счет чего угодно: Нью-Джерси — 295-298, Нью-Орлеан — 22-25, Чикаго — 235-281, Южная Каролина — 210-22453.

Читатель, вероятно, удивится, узнав, что при таких несомненных «успехах» вакцины Солка заболеваемость полиомиелитом в США тем не менее, согласно статистическим отчетам, снизилась. Однако здесь все просто. Еще до того, как вакцина Солка появилась на прививочном рынке США, ее успех был обеспечен простым изменением диагностических критериев. До 1954 г. было достаточно симптомов паралича, дважды обнаруженных при исследовании больного и продолжающихся в течение 24 часов, чтобы пациент получил диагноз полиомиелита. Не требовалось никаких лабораторных анализов или проверки, что же произойдет с пациентом позднее. Однако когда во время полевых испытаний вакцины Солка выяснилось, что полиомиелит может возникнуть спустя долгое время после сделанной прививки, то решено было изменить критерии диагноза. Теперь требовалось, чтобы паралич возникал через 10 — 20 дней после начала болезни и должен53 American Capsule News. October 15, 1955. Цит. по: McBeap E. The poisoned... Срочно сделанная «работа над ошибками», впрочем, не

предотвратила новых несчастий. Например, в Англии в 1962 — 1964 гг. вина прививки солковской вакциной была доказана (по временному совпадению) для 331 случая, из них 278 паралитических и 53 непаралитических {Wilson G. The Hazards..., p. 47).

был оставаться еще как минимум 40 — 50 дней. Таким образом, полиомиелитом стало фактически новое заболевание: паралитический полиомиелит с продолжительным параличом. А поскольку обычно паралитический период длится не дольше нескольких дней, то при таких диагностических критериях ясно, что даже дистиллированная вода могла бы стать великолепной эффективной вакциной. Кроме того, было сделано еще одно важное изменение: начиная с 1955 г. диагноз полиомиелита следовало подтверждать лабораторными анализами. После того как было принято такое решение, выяснилось, что огромное количество случаев, считавшихся ранее несомненным полиомиелитом, были инфекциями, вызванными вирусами из группы Коксаки или ЕСНО54, вызывающими неотличимый от полиомиелитно-го симптомокомплекс, но теперь именующийся асептическим менингитом. Например, «в Шотландии, при обследовании материалов, собранных в 1959 г., когда наблюдалось 96 случаев асептического менингита и только 10 паралитических случаев, не выделено ни одного штамма вируса поли-овируса»<sup>55</sup>. Понятно, что будь дело четырьмя-пятью годами ранее, и все 96 пострадавших были бы объявлены больными полиомиелитом, а пресса и радио кричали бы, что отсутствие прививки против этой болезни — преступление против человечества.

54 В Канаде с 1924 по 1951 г. все случаи полиомиелита — в любой его форме — шли в статистических отчетах под общим заголовком «полиомиелит». Однако в 1952 г.

было решено, что полиомиелитом должны считаться только паралитические формы этой болезни. На вопрос, что же делать с преобладающими непаралитическими формами полиомиелита, был получен ответ в 1959 г.: все непаралитические случаи превратились в вирусный (асептический) менингит. А поскольку массовые прививки против полиомиелита как раз пришлись на эти диагностические

новшества, то ими приписали уменьшение заболеваемости полиомиелитом, которое, естественно,

было прямым следствием изменения в классификации болезней. В 1959 г., когда впервые непаралитический полиомиелит превратился в вирусный менингит, было зарегистрировано десятикратное увеличение заболеваемости этим менингитом. Вследующие годы количество случаев полиомиелита резко уменьшилось, но число случаев «вирусного менингита» продолжило исчисляться сотнями с пиками каждые 3-5 лет. Полиомиелита стало меньше, вирусного менингита — больше. Общее число ОВП при этом оставалось практически неизменным, так как перемена мест слагаемых сумму, разумеется, не изменила (См.: Diodati C. J. M. Immunization: History,

Ethics, Law and Health. Quebec, 1999, p. 114 — 119). Из последних сообщений такого рода: после массовых прививок от полиомиелита число случаев ОВП в Афганистане в 1999 — 2000 гг. возросло с 230 до 253, а число случаев полиомиелита снизилось с 63

до 28 (Progress toward poliomyelitis eradication. Afghanistan. 1999 — 2000 // MMWR.

March 2, 2001).

55 Ворошилова М. К. Иммунология, эпидемиология и профилактика полиомиелита исходных с ним заболеваний. М., 1966, с. 376.

Итак, тщательные исследования острых вялых параличей (ОВП), которые до появления требования обязательной лабораторной диагностики считались несомненным указанием на полиомиелит, обнаруживают, что полиомиелит отнюдь не является ведущей причиной. Например, при изучении 19 заболевших ОВП в Доминиканской республике в период с июля по ноябрь 2000 г. выяснилось, что полиомиелитом были больны лишь шестеро<sup>56</sup>. Интересно здесь то, что в течение четырех лет, предшествовавших 2000 г., ОВП регистрировались в Доминиканской республике постоянно, с частотой от 4 до 24 случаев в год. ВОЗ проверяла все эти случаи... и ни разу не обнаружила полиомиелит. Две крупные вспышки ОВП последовали за Национальными днями иммунизации

против полиомиелита в Бахрейне в 1995 -1996 гг. Во время первой из них пострадали 286 детей, во время второй -169 (почти все были в возрасте до 12 лет). И снова: будь это в начале 1950-х годов, и все заболевшие получили бы несомненный диагноз полиомиелита. Однако ВОЗ установила, что всему виной почти в половине случаев (44% исследованных образцов во время первой вспышки и 45,5% во время второй) ЕСНО-вирусы, а в остальных случаях причину установить не удалось. Таким образом, пострадавших от полиомиелита не было вообще<sup>57</sup>. По данным, опубликованным на сайте Федерального центра Госсанэпиднадзора РФ, в последние годы в РФ регистрируется ежегодно от 350 до 500 случаев ОВП у детей. Вряд ли могут быть сомнения, что значительная часть из них вызывается разнообразными прививками, в первую очередь оральной полиовакциной (ОПВ) и АКДС. Отмечу здесь же, что картина ОВП может вызываться не только энтеровирусами (т.е. полиовирусами, Коксаки-вирусами и ЕСНО-вирусами), но, вероятно, и вирусами, относящимися к совершенно другим группам. Так, описан случай, когда типичная картина полиомиелита была зарегистрирована у инфицированного вирусом Эпштейна- Барра, вызывающим инфекционный мононуклеоз<sup>58</sup>.

Понятно, что возникает вполне логичный вопрос: а были ли эпидемии полиомиелита, вызвавшие общественную панику и подтолкнувшие на<sup>56</sup> *Outbreak of poliomyelitis Dominican Republic and Haiti, 2000 // MMWR. December 8, 2000.*

<sup>57</sup> *Khalfan S et al. Epidemics of aseptic meningitis due to enteroviruses following national immunization days in Bahrain // Ann Trop Paediatr. 1998 Jun; 18 (2): 101 — 9.* О возможности других энтеровирусов вызывать ОВП см. также: *Chaves S. S. et al. Coxsackie virus A24 infection presenting as acute flaccid paralysis // Lancet 2001; 357:605.*

<sup>58</sup> *Wong M. Poliomyelitis-like syndrome associated with Epstein-Barr virus infection // Pediatr Neurol. 1999 Mar; 20(3):235 — 7.*

рынок полиовакцины, действительно эпидемиями полиомиелита или же речь шла о каких-то иных заболеваниях? Ведь диагноз ставился практически исключительно по картине ОВП! Введение новых диагностических критериев сделало невозможным объективное сравнение заболеваемости до и после начала прививок.

Однако трагедия полиовакцин оказалась намного страшнее нескольких сот случаев смертей и параличей...

История вируса SV-40 и СПИДаВ 1959 г. Бернайс Эдди, исследователь из американского Национального института здоровья, обратила внимание на то, что культуры клеток обезьяньих почек, на которых выращивались полиовирусы, гибли сами по себе, без какого-либо вмешательства извне и без какой-либо видимой причины. Тогда она приготовила экстракт почечной ткани, взятой у десяти обезьян, и подкожно ввела его 23 новорожденным хомякам. В течение 9 месяцев у 20 из них развились огромные подкожные злокачественные опухоли, от которых все они позднее погибли. Этот ДНК-содержащий вирус оказался более устойчив, чем вирус полиомиелита, а потому инактивация вируса полиомиелита ему не вредила. Как и аденовирусы (также ДНК-вирусы), этот вирус мог вызывать развитие опухолей у биологических видов, не являющихся его естественными хозяевами. В июле 1960 г. д-р Эдди представила свои находки Джозефу Смейделю, возглавлявшему биологическое отделение института, присовокупив, что, вероятно, причиной развития опухолей стал неизвестный вирус обезьян. Не желая ни во что толком вникать, тот сразу же заявил, что речь идет о безобидных подкожных «шишках» и предупредил д-ра Эдди, чтобы та не лезла не в свое дело. Однако в том же самом году в лабораториях «Мерка» в Пенсильвании доктора Морис Хиллеман и Бен Свит выделили этот вирус. Поскольку это был 40-й вирус, найденный в почках макака-резус, то его назвали SV (simian virus)-40. В то время как новые и новые миллионы американцев получали вакцину Солка, в СССР и в восточноевропейских странах испытывалась вакцина Сэбина, которая, как позднее выяснилось, также была заражена SV-40. В начале 1961 г. состоялось тайное совещание чиновников здравоохранения и производителей полиовакцин, на котором

производители объявили, что SV-40 для человека безопасен. Однако в марте того же года Служба здравоохранения США приказала производителям позаботиться о том, чтобы вирус отсутствовал во всех будущих вакцинах. При этом никто из чиновников не потребовал отозвать с рынка зараженные серии вакцин и никто не сообщил

публике о том, что обнаруженный вирус вызывает раковые опухоли у лабораторных животных.

Тайное, как известно, всегда становится явным, и ждать пришлось не слишком долго. Уже 21 июля 1961 г. «Нью-Йорк Тайме» сообщила, что «Мерк» и другие производители прекратили выпуск полиовакцин и заняты поиском способов удалить из них какой-то обезьяний вирус. В ответ на запрос Служба здравоохранения заявила, что не располагает доказательствами того, что этот вирус может представлять опасность. В 1962 г. начались эпидемиологические исследования. Молодой выпускник Гарварда д-р Джозеф Фромени, поступивший на работу в Национальный институт рака, исследовал вместе с двумя своими коллегами сохранившиеся образцы вакцин Солка выпуска мая и июня 1955 г., первых месяцев общенациональной прививательной кампании. Вакцины условно были разделены на три группы — с высоким, средним и низким содержанием SV-40, после чего исследователи сравнили смертность от рака шести-восьмилетних детей, ранее получивших прививки от полиомиелита. Согласно полученным данным, опубликованным в «Журнале Американской медицинской ассоциации», разницы в смертности между штатами, получившими вакцины с высоким, средним или низким содержанием SV-40, а также со штатами, получившими вакцины без вируса SV-40, обнаружено не было. В течение долгого времени американская медицинская администрация выставляла эти данные в пользу свидетельства того, что SV-40 безопасен для человека<sup>59</sup>. В 1976 г. Фромени вернулся к теме SV-40. Он исследовал группу подростков (в подавляющем большинстве выходцев из малообеспеченных негритянских семей), которые в начале 1960-х годов были объектом прививочных экспериментов в одном из госпиталей<sup>59</sup> В СССР история с вирусом SV-40 также не осталась без внимания ученых (но отнюдь не широкой

публики!). В архивах Минздрава СССР имеется информация о том, что на Всесоюзной конференции по проблеме безопасности вирусных вакцин и по вакцинопрофилактике гриппа, кори и оспы, состоявшейся 8-10 июля 1968 г. в Москве, в ряде докладов было «показано, что культуры почек обезьян (в том числе зеленых мартышек) даже после установленного карантина контаминированы в 50 — 90% случаев латентными вирусами... Конференция рекомендует... считать недопустимым использование для производства живых вирусных вакцин ткани взрослых животных, особенно обезьян, наиболее контаминированных различными вирусами, в том числе и патогенными для человека. Сама система использования взрослых диких животных с неизвестным анамнезом не позволяет гарантировать от заноса еще неизвестных или пока не определяемых вирусов» (ГАРФ, ф. 8009, оп. 50, д. 76, с. 25 — 26). Рекомендация осталась без внимания — и ныне полиовирусы для вакцины Сэбина выращиваются на первичной культуре клеток почек африканских зеленых мартышек {Медуницын Н. В. Вакцинология. М, 1999, с. 161).

Кливленда. Тогда врачи-экспериментаторы занимались определением безопасности различных доз вакцин, и новорожденные получили дозу вакцины, в 100 (!) раз превышающую дозу для взрослых. В основном их прививали живой поливакциной Сэбина, которая, как было установлено, также была контаминирована SV-40. В течение 1976 -1979 гг. Фромени и его помощники разослали анкеты подросткам и, получив ответы, пришли к выводу, что никаких проблем со здоровьем SV-40 не создает. При этом они, впрочем, признали, что ответило недостаточное количество человек (менее половины), что для развития опухолей может потребоваться больше 17 -19 лет и что риск ущерба для здоровья вследствие заражения оральной вакциной ниже, чем он может быть при заражении вакциной инъекционной. Тем не менее данные исследования были опубликованы, и федеральное правительство сочло, что на изучении вируса можно ставить крест. Но все оказалось далеко не так просто и безоблачно, как это казалось на уровне эпидемиологических

исследований. Настоящие открытия и настоящий шок от них были еще впереди. В 1988 г. два бостонских ученых, д-р Роберт Гарсия и его ассистент д-р Джон Бергзагель, исследовали опухоли человеческого мозга, используя разработанную незадолго до того технологию полимеразной цепной реакции (ПЦР), и обнаружили в более чем половине новообразований (опухолей сосудистого сплетения и эпителиальных опухолей желудочков мозга у детей) непонятную ДНК которая, при ближайшем рассмотрении оказалась ДНК вируса SV-40. Собственно, они не были первыми, кто обнаружил этот вирус в человеческих опухолях. В 1979 г. коллектив американских исследователей написал статью, озаглавленную «Влияние полиовакцины, зараженной SV-40, на частоту и тип опухолей центральной нервной системы у детей: популяционное исследование». Было обнаружено значительное увеличение частоты опухолей мозга у детей, чьим матерям делались прививки вакцинами, зараженными SV-40. Ученые писали: «В конце 1950-х и начале 1960-х годов произошло увеличение частоты опухолей центральной нервной системы, обнаруженных у детей, как это было зарегистрировано в Онкологическом регистре штата Коннектикут. С 1955 по 1961 г. в Коннектикуте использовалась полиовакцина, которая, как это позднее выяснилось, была заражена SV-40. На животных моделях SV-40 вызывала опухоли центральной нервной системы... Особенно значительным было увеличение количества глиом (астроцитомы, спонгиобластома и мульти-

60 Bergsagel D. J. et al. DNA sequences similar to those of simian virus 40 in ependymomas and choroid plexus tumours of childhood // N Engl J Med. 1992; 326:988 — 993.

формная глиобластома) у детей, родившихся в 1956-1962 гг. Среди пациентов с медуллобластомой 10 из 15 были заражены SV-40. Этот уровень был значительно выше, чем в контрольной группе (детей без опухолей мозга)... SV-40 способен избирательно вызывать злокачественные опухоли. В заключение мы демонстрируем ясную связь между инфицированием SV40 и развитием медуллобластомы и... частотой глиом"61. Однако до появления метода ПЦР методы идентификации были достаточно примитивны и не могли служить

надежным доказательством наличия вируса. Метод ПЦР был неизмеримо более достоверным и точным, и не считаться с исследованиями, сделанными с его помощью, было уже нельзя. Особенно настораживал тот факт, что хотя дети не могли получить контаминированные полиовакцины, вирус присутствовал в их опухолях! Это могло означать только одно: вирус оказался способным распространяться и вертикально — от матери к ребенку.

Следующий шаг в исследовании вируса SV-40 был сделан д-ром Мишелем Карбоуном, который, обнаружив, что инъекция вещества, содержащего этот вирус, вызывает у хомяков не только развитие злокачественных опухолей в месте укола, но и редкого вида рака средостения — мезо-телиомы, решил проверить хранящиеся в Национальном институте здоровья образцы этой опухоли. До 1950-х годов эта опухоль встречалась исключительно редко, но затем частота ее появления начала резко возрастать, что относили на счет предшествовавшего контакта с асбестом. Правда, примерно у 20% заболевших работы с асбестом в анамнезе отсутствовали, но этому факту большого значения не придавали. Карбоун исследовал 48 образцов и в 28 из них нашел SV-40. Он же обнаружил SV-40 в иных злокачественных опухолях человека, а именно в остеосаркомах<sup>63</sup>. Вслед за этими появились и другие публикации, указывавшие на наличие SV-40 в злокачественных опухолях.<sup>1</sup>

Проблема заключалась еще и в том, что все образцы всех вакцин периода 1955 -1963 гг. были властями вполне предусмотрительно уничтожены, а потому оставалось непонятным, сколько же именно серий вакцины и каким количеством вируса были инфицированы. Помощь пришла неожидан-

61 Farwell J. R. et al. Effect of SV40 virus-contaminated polio vaccine on the incidence and type of CNS neoplasms in children: a population-based study // *Trans Am Neurol Assoc.*

1979; 104:261 — 4.

62 Carbone M. et al. Simian virus 40-like DNA sequences in human pleural mesothelioma //

*Oncogene.* 1994; 9: 1781 — 1790.

63 Carbone M. et al. SV40-like sequences in human bone tumours // *Oncogene.* 1996; 13:527

но. Незадолго до своей смерти в 1997 г. д-р Герберт Ратнер, бывший директор Службы общественного здравоохранения в Оук Парке (Иллинойс), профессор кафедры профилактической медицины и общественного здравоохранения медицинского факультета университета в Чикаго и редактор «Бюллетеня Американской ассоциации врачей Службы общественного здравоохранения», связался с Мишелем Карбоуном и передал ему семь запечатанных пробирок с полиовакциной, которые хранились у него замороженными с 1955 г. Он хранил эти пробирки в течение 42 лет, ожидая, кому он сможет довериться и отдать их. Такого человека он нашел в лице д-ра Карбоуна и не ошибся. Эта была последняя услуга, которую честный ученый оказал людям в борьбе против прививочного истеблишмента<sup>64</sup>. Чудесным образом попавшие к Карбоуну семь пробирок позволили тому сделать новое и очень важное открытие. То, что все попавшие к нему вакцины были, как и ожидалось, заражены SV40, удивить уже не могло<sup>65</sup>. Однако Карбоун обнаружил другую разновидность SV-40, которую он назвал «первичной». Хотя производители, как им и было приказано, переключились в 1961 г. с макак-резус на зеленых африканских мартышек, у которых не было вируса SV40, они продолжили использование потенциально зараженных штаммов, выращенных на тканях почек макак-резус, для инициации процесса производства вакцины. Производители проверяли, не проскользнул ли вирус SV-40 в сериях тестов продолжительностью в две недели. Но когда Карбоун повторил эти тесты, он обнаружил, что для обнаружения второго, медленно растущего «первичного» штамма SV40 требуется 19 дней. В опубликованном отчете о результатах исследования вакцин, полученных от Ратнера, Карбоун отметил, что есть вероятность того, что «первичный» SV-40 годами ускользал от скрининг-тестов производителей<sup>64</sup>. Не говоря о многочисленных публикациях Герберта Ратнера в 1950 — 1960-х годах,

в которых он протестовал против фальсификации данных исследований и противразнуданной прививочной пропаганды, можно отметить, что в мае 1960 г. д-р Ратнер председательствовал на

совещании экспертов в рамках 120-го ежегодного собрания Медицинского общества Иллинойса. Эксперты обсудили увеличивающееся количество случаев паралитической формы полиомиелита в США. Материалы совещания были опубликованы в августовском номере «Медицинского журнала Иллинойса» за 1960 г., заклеймившем вакцину Солка как несомненное мошенничество.

Д-р Ратнер был философом, теологом, сторонником домашних родов и многодетных семей, активистом «Международной Молочной лиги», в которой он и неоднократно упоминающийся в этой книге педиатр Роберт Мендельсон были членами Медицинского консультационного комитета.

65 Считается, что вирусом SV-40 были заражены как минимум 30% всех выпускавшихся тогда вакцин Солка (См.: Shah K, Nathanson N. Human exposure to SV40: review and comment // Am J Epidemiol. 1976; 103:1-212).

и продолжал инфицировать прививаемых и много лет спустя после 1962 г.

Все больше ученых обнаруживали вирус SV-40 в различных злокачественных новообразованиях, и в апреле 2001 г. в Чикагском университете собралась конференция по SV-40, на которой присутствовали свыше 60 ученых из различных стран. Практически все выступившие подтвердили, что вирус SV40 обнаруживается в человеческих опухолях. Интересно, что на конференции прозвучало предложение... создать вакцину против SV-40. Я думаю, читатели вспомнят о похожем предложении создать вакцину против опоясывающего герпеса, заболеваемость которым начала расти по мере распространения прививок против ветряной оспы. Сначала из-за прививок люди заражаются новыми болезнями, потом против этих болезней придумывают вакцину, которая, в свою очередь, также станет причиной каких-нибудь недугов, и для их предотвращения также потребуются прививки. Неужели так и будет крутиться бесконечное колесо «прививки-болезни-прививки» на радость производителям и распространителям вакцин?

В конце июня 2004 г. на конференции в Роквилле (Мэриленд) неугомонный Карбоун сообщил о своей новой находке. Изучив

сохранившиеся в США образцы советской живой полиовакцины конца 1960-х годов, он обнаружил SV-40 и там. Тогда Карбоун проанализировал метод уничтожения SV-40 хлоридом магния, применявшийся в СССР, и пришел к выводу, что тот был эффективен лишь на 95%. Таким образом, советские вакцины, которые рассылались по всем соцстранам, а также в Японию (по некоторым сведениям, их приобрели около 100 государств), были также контаминированы обезьяньим вирусом. Д-р Константин Чумаков, сын акад. М. П. Чумакова (1909 -1993), «отца советской полиовакцины» (см. ниже), ныне работающий при Управлении контроля пищевых продуктов и лекарств (FDA), отправился в Москву, чтобы разобраться с вопросом относительно заражения вакцин SV-40. Увы... Читатели уже могут догадаться, что никаких образцов вакцин тех лет не сохранилось. Как, впрочем, и документации.. .^.

Сегодня уже не стоит вопрос о том, находится SV-40 в человеческих опухолях или нет. Вопрос лишь в том, какую именно роль играет этот вирус в развитии опухолей. Молекулярные исследования помогли установить, что ДНК этого вируса способна встраиваться в ДНК отдельных клеток хозяина. Однако если в обычных клетках неконтролируемое размножение вируса приводит к их гибели, то в клетках нервной и мезотелиальной тканей вирус способен подавлять функцию гена, блокирующего рост опухолей, и таким образом вирусу удается выжить. Вероятно, асбест играет роль

Bookchin D. Vaccine scandal reveal cancer fears // New Scientist. July 10, 2004.

так называемого соонкогена, подавляя иммунный ответ, направленный на уничтожение стремительно образующихся нервных клеток<sup>67</sup>.

Другая обсуждаемая сегодня гипотеза имеет отношение к появлению синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД). Впервые предположение о том, что неизвестно откуда взявшийся и продолжающий распространяться по земному шару вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) связан с зараженными полиовакцинами, прозвучало в начале 1990-х годов. Ученые все более сходились во мнении, что одна из разновидностей вируса

(ВИЧ-1) имеет своим предшественником обладающий очень сходными свойствами вирус, характерный для шимпанзе. Вопрос главным образом был в том, когда и каким образом он смог перескочить межвидовой барьер<sup>68</sup>. Предлагалось несколько теорий, в том числе довольно экзотических (использование крови шимпанзе для усиления полового возбуждения, опыты на людях, когда им вводилась кровь шимпанзе с целью выяснить, гибнут ли в крови человека малярийные плазмодии, имеющиеся у приматов и пр.); наибольшую популярность приобрела теория случайного заражения, согласно которой вирус шимпанзе попал к одному из охотников на шимпанзе после обычного пореза. В 1991 г. сотрудник Калифорнийского университета в Сан-Франциско Блейн Элсвуд высказал свою гипотезу, которая связывала появление СПИДа и кампанию конца 1950-х годов по массовому использованию живых полиовакцин, вирусы для которых выращивались на культурах почек шимпанзе. В деталях эта версия была изложена в статье Томаса Куртиса «О происхождении СПИДа»<sup>69</sup>. В 1994 г. эта идея была развита Элсвудом и Стрикером в журнале «Медицинские гипотезы». Авторы привели доказательства того, что распространение СПИДа, начавшееся из Экваториальной Африки, и массовые кампании по прививанию местного населения в 1957 — 1959 гг. контаминированной (по меньшей мере уже известным нам вирусом SV-40) вакциной могут быть связаны между собой<sup>70</sup>. Три года спустя в том же журнале два других ученых, Рейнхардт и<sup>67</sup> Относительно возможных молекулярных механизмов онкогенеза с участием SV-40

см., например: Matker C. M. The biological activities of simian virus 40 large-T antigen and its possible oncogenic effects in humans // *Monaldi Arch Chest Dis.* 1998 Apr; 53 (2): 193 -

7, или Mutti L et al. Simian virus 40 and human cancer // *Monaldi Arch Chest Dis.* 1998 Apr; 53 (2): 198 — 201.

<sup>68</sup> Имеется по меньшей мере один современный пример, когда прививки помогли вирусу перескочить межвидовой барьер: внезапно вспыхнувшая эпидемия собачьего парвовируса была, по всей вероятности, вызвана лабораторной ошибкой — в собачью вакцину попал вакцинный вирус кошачьей панлейкопении.

69 Curtis C. The Origin of AIDS // Rolling Stone. March 19 , 1992; 626:54-59, 61, 106, 108.

70 Strieker R. B. Polio vaccines and the origin of AIDS // Med Hypotheses. 1994 Jun; 42:347-54 — 74.

Роберте, продолжили тему<sup>71</sup>. Следующий по важности шаг был сделан не ученым, а журналистом, бывшим сотрудником Би-би-си Эдвардом Гупером, опубликовавшем в 1999 г. свою быстро ставшую бестселлером книгу в тысячу страниц под названием «Река: путешествие к истокам ВИЧ и СПИДа»<sup>72</sup>. Своей книгой и более поздними исследованиями Гупер пытался внести ясность в этот вопрос и подтвердить теорию, оказавшуюся очень и очень не по душе властям. Гупер считает, что начало СПИДу дала так называемая СНАТ-вакцина, которой в 1957 -1960 гг. было привито свыше одного миллиона африканцев. Прививки делались на территории Бельгийского Конго и на территории Руанды-Урунди, находившейся под контролем Бельгии (сейчас Демократическая Республика Конго, Руанда и Бурунди). Для приготовления вакцин использовались культуры почечных клеток макак-резус, гвинейских бабуинов и зеленых мартышек. Не поверив заявлениям тех, кто принимал участие в тех далеких событиях, и проделав огромную исследовательскую работу (для чего он несколько раз посещал с экспедициями Центральную Африку), Гупер установил, что для производства некоторых СНАТ-вакцин в группе исследователя Хилари Копровски использовались также и шимпанзе; до закрытия экспериментальной станции в 1960 г. (из-за начавшегося восстания бельгийцам пришлось покинуть Африку) на нее было переправлено около 600 шимпанзе. Сэбин со своими вакцинами экспериментировал на русских (см. ниже), а Копровски — на африканцах; каждый стремился опередить противника, каждый спешил стать спасителем мира от полиомиелита. Книга Гупера наделала столько шума и обещала иметь такие последствия, что в сентябре 2000 г. Королевское общество собрало в Лондоне свою конференцию, на которой выступили сам Хилари Копровски и известный американский вакцинолог Стэнли Плоткин, некогда бывший ассистентом Копровски. В своих докладах они заявили, что

были проведены исследования сохранившихся образцов СНАТ-вакцин и никаких вирусов там обнаружено не было; на основании этого, по их мнению, гипотеза вполне опровергнута. Однако ни Гупер, ни его многочисленные сторонники ничуть не успокоились. «Река» Гупера переиздается постоянно, каждый раз со все новыми фактами, свидетельствующими в пользу гипотезы о вакцинном происхождении ВИЧ-1. Кроме того, в процессе сбора свидетельских показаний вскрылись весьма неприглядные факты давления на свидетелей, попыток подкупа или шантажа, давления на научную прессу с тем, чтобы не публиковались исследования, которые могут на-

71 Reinhardt V., Roberts A. The African polio vaccine-acquired immune deficiency syndromeconnection // Med Hypotheses. 1997 May; 48:367.

72 Hooper E. The River: A Journey to the Source of HIV and AIDS. 1999.

всегда подорвать доверие публики к вакцинам и стать поводом для исков в миллиарды долларов, так что до конца разбирательства по связи СПИДа и полиовакцин еще очень и очень далеко.

Вакцина Сэбина (оральная полиовакцина — ОПВ)

Не только неприемлемо большое количество осложнений и вполне очевидная неэффективность вакцины Солка заставили искать новую вакцину ей на смену или в дополнение к ней. Вакцинаторы заявили, что вакцина Солка не была в состоянии решить проблему полиомиелита даже на теоретическом уровне. В самом лучшем случае она могла защитить от заболевания полиомиелитом привитого, но привитые, точно также как и непривитые, инфицировались «дикими» вирусами полиомиелита, которые размножались у них в кишечнике и продолжали путешествовать среди людей. Циркуляция вируса не прекращалась, а значит, продолжала сохраняться и опасность вспышек заболевания. Требовалось создать такую вакцину, которая бы сделала получивших ее невосприимчивыми к штаммам «дикого» вируса полиомиелита.

Систематические эксперименты по созданию живой вакцины начались в 1946 г. в лабораториях компании «Ледерле» в Пирл-Ривер

(Нью-Йорк), в которых принимал участие и упоминавшийся выше д-р Хилари Копровски. В начале 1950-х годов он показал принципиальную возможность создания живой полиовакцины. Вирусы выращивались на куриных эмбрионах, а затем пассировались через мозг крыс. Однако из-за ряда неудобств, связанных с этим методом, Копровски и его сотрудники перешли по примеру Солка к работе с почками обезьян. В 1957 г. Копровски стал директором института Вистар в Филадельфии, и в том же году начались испытания его полиовакцины в Бельгийском Конго, о чем было сказано выше. В том же году другой американец, Альберт Брюс Сэбин (1906 -1993), занимавшийся полиовакцинами с начала 1930-х годов, начал свои опыты в СССР. Сэбин подчеркивал особую пользу оральной полиовакцины (ОПВ): «ОПВ отличается от других живых аттенуированных вакцин тем, что, попав естественным путем (через рот), вакцинные штаммы интенсивно размножаются и передаются непривитым членам семьи и всему обществу»<sup>73</sup>. Похоже, что ни в одной стране мира никто из власть предержащих не задался вопросом об этичности и дозволенности такого мероприятия. Превращая здорового человека не только в больного, но и в носителя и распространителя потен-

<sup>73</sup> Цит. по: Diodati C. Immunization..., p. 72 — 73.

циально опасной инфекции, вакцинаторы и не думают о соблюдении элементарных человеческих прав, для них важен «охват» всего населения (включая и тех, кто отказался от прививок) прививочными вирусами ради достижения вождельного «коллективного иммунитета»<sup>74</sup>. А ведь вполне реальный прививочный полиомиелит опасен не только самим привитым, но и тем, с кем они контактируют, о чем речь пойдет ниже.

Вероятно, после истории с вакциной Солка в 1955 г. американцы не желали превращать своих детей в объект эксперимента с новой вакциной. Однако в СССР, где с 1955 г. наблюдался резкий рост заболеваемости полиомиелитом (о возможных причинах этого я говорил ранее), предложение испытать новую вакцину, для которой Сэбин передал штаммы в московский Институт полиомиелита, не вызвало возражений. Хотя, по уверению российских прививочных

иконографов, «под руководством его (Института полиомиелита. -А. К.) основателя и многолетнего руководителя академика М. П. Чумакова были проведены многоплановые исследования, обосновавшие высокую эффективность и безопасность вакцины из аттенуированных штаммов Сэбина вируса полиомиелита»<sup>75</sup>, испытания вакцины, начавшиеся в СССР в 1957 г., привели к трагедии. В Ленинграде 27 детей, получивших ОПВ, скончались, а трое получили поражение нервной системы. Несмотря на все усилия автора и его добровольных помощников, узнать детали этой трагедии так и не удалось<sup>76</sup>, как и то, была ли она единственной<sup>74</sup> Не могу отказать себе в удовольствии в очередной раз процитировать д-ра Бразоля,

писавшего в конце XIX в.: «Вместо того чтобы направлять свои удары к искоренению последствий бедности, нужды, голода, неурожаев и нескончаемой вереницы людских страданий, положительно содействующих существованию эпидемий и их злокачественности, и вместо того чтобы искать причины зла и уничтожать его в самом корне, модная паразитная теория заразных болезней оставляет в полном пренебрежении первейшие требования рациональной гигиены, оставляет все по-

старому. .. и задается единственной мыслью расплодить и рассеять по всему свету зародыши всевозможных инфекционных болезней. Вместо того чтобы уничтожать возбудителей болезни, она их увековечивает; вместо того чтобы укреплять и сохранять организм, она его ослабляет и разрушает» (Бразоль Л. Е. Дженнеризм и пастеризм. Критический очерк научных и эмпирических оснований оспопрививания. Харьков, 1885, с. 45 — 46).

<sup>75</sup> Покровский В. И. Эволюция..., с. 68.

<sup>76</sup> Случайно я узнал об этом происшествии из статьи «Нонна Кухина: мы многое пережили, переживем и это...», опубликованной в израильской газете «Вести» (приложение «Окна», 15.03.2001, с. 16). Мне удалось связаться с д-ром Нонной Кухиной,

одной из троих выживших тогда детей; ныне она возглавляет известную компанию "Доктор Нонна". Д-р Кухина любезно подтвердила справедливость этой газетной информации и подчеркнула, что прививка делалась живой аттенуированной вакциной Сэбина.

или же «высокая безопасность» ОПВ оборвала жизни и других детей. В 1959 г. в СССР начались уже массовые прививки ОПВ, а с начала 1960-х массовые прививки живой полиовакцины начались и в США.

Безопасность ОПВ Главная проблема живой полиовакцины оказалась связанной с высокой мутагенной способностью полиовирусов. В одном исследовании были изучены образцы 2-го и 3-го типов вакцинного вируса, полученные от заболевших вакциноассоциированным паралитическим полиомиелитом, и не было найдено ни одного полностью идентичного. Все они различались в последовательности нуклеотидов как минимум на одном участке, и число различий у многих превышало 100. Полученные образцы из нервной ткани пострадавших от прививки ОПВ были очень близки по своей структуре к исходным вакцинным вирусам, что позволило исследователям сделать такой вывод: требуется совсем немного генетических изменений, чтобы «безопасный» вирус вакцины восстановил свою исходную нейровирулентность (т.е. способность поражать нервную ткань)<sup>77</sup>. Другими словами, вакцинный штамм полиовируса, призванный защищать от полиомиелита, сам, претерпев незначительные мутации, вызывал параличи, которые так и называли — вакциноассоциированным паралитическим полиомиелитом (ВАПП или ВАЛ). При этом заболевают не только сами привитые, но и те, с кем они контактируют (большинство заболевших ВАПП сегодня не сами привитые, а контактировавшие с ними дети).

Ленинградские дети не были единственными в мартирологе ОПВ. В период с 1 по 20 мая 1960 г. 280 тыс. человек в Западном Берлине получили единичную дозу оральной полиовакцины «Ледерле-Кокс». Среди них было 54 тыс. детей дошкольного возраста, 193 тыс. школьников и 33 тыс. взрослых. До конца года было сообщено о 48 случаях полиомиелита, из них 25 произошли в течение 4 недель после прививки; несколько случаев закончились смертью. В периоде 1961 по 1964 г. в США было использовано свыше 100 млн. доз живой вакцины Сэбина, не считая еще большего количества вакцины Солка. В 1962 г. сообщили о вспышке полиомиелита в Калифорнии, Небраске

и Северной Каролине среди привитых в неэндемичных по полиомиелиту районах. Из 87 случаев, представленных для изучения специальному совещательному комитету, созданному Служ-

77 Kew O. M. et al. Multiple genetic changes can occur in the oral poliovaccines upon replication in humans /// Gen Virol. 1981 Oct; 56(Pt 2):337 — 47.

бой общественного здравоохранения, собиравшемся в Центре инфекционных болезней в Атланте, 57 были признаны имеющими отношение к прививкам. Критериев было несколько, но главный из них — начало болезни спустя 4-30 дней после прививки<sup>78</sup>.

Таким образом, с самого начала 1960-х годов и в Западной Европе, и в США были описаны случаи паралитического полиомиелита после прививок ОПВ. Продолжали они регистрироваться и далее. Например, в период с апреля 1982 по июнь 1983 г. в Индиане четыре ребенка в возрасте от 3 до 24 месяцев пострадали от ОПВ. Симптомы у всех появились в течение 30 дней после того, как дети получили дозу ОПВ (у трех это была первая доза, у одного — четвертая) и прививку АКДС. У троих развился паралич той ноги, в которую делалась прививка АКДС, а у одного развилась смертельная мозговая атрофия. У двоих детей иммунная функция была совершенно нормальна (у них был выделен 3-й тип вируса вакцинного штамма), а у двоих имелись гипогаммаглобулинемия и сочетанный иммунодефицит (были выделены 1-й и 2-й типы соответственно). Как отметили авторы, в том году частота осложнений на ОПВ была 0,058 на 100 тыс. привитых — намного выше, чем предполагавшаяся 0,00179. Ответ на вопрос о том, знали ли что-либо об этих «предположениях» родители, позволившие делать детям эти прививки, напрашивается сам собой.

Опасность ВАПП признается во всей прививочной литературе. Оценки его разнятся. Так, риск ВАПП в Латинской Америке был расценен как 1 на 1,5 — 2,2 млн. доз (1981 -1991), в Англии и Уэльсе -1 на 1,4 млн. доз (1985 -1991), в США-1 на 2,5 (1980 -1989)<sup>80</sup>. Российские авторы указывают, что «при введении первой дозы ОПВ риск развития ВАЛ составляет 1 случай на 700 тыс. доз, при повторной дозе... 1 случай на 6,9 млн. доз»<sup>81</sup>. Согласно данным Федерального

центра Госсанэпиднадзора РФ, публикуемым на его сайте, ежегодно 10 -12 российских детей становятся жертвами ВАПП. Кроме того, эта статистика не включает в себя пострадавших от ВАПП, если они старше 14-и лет, так что реальное количество пострадавших может быть заметно выше. Можно предположить, что в некоторых странах предпринимаются усилия, чтобы скрыть ВАПП за другими диагнозами, а в других отмечается рост ОВП, который трудно свя-

78 Wilson G. The Hazards..., p. 47 — 49.

79 Gaebler J. W. et al. Neurologic complications in oral polio vaccine recipients // J Pediatr.

1986 Jun; 108(6):878-81.

80 Andrus J. K. et al. Risk of vaccine-associated paralytic poliomyelitis in Latin America, 1989-

91 // Bull World Health Organ. 1995; 73(1):33 — 40.

81 Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика..., с. 108.

зять с чем-либо иным, кроме массовых прививочных кампаний. Например, в начале 1970-х годов мир впервые услышал о «китайском паралитическом синдроме», подозрительно похожем на полиомиелит. Хотя некоторые китайские исследователи считают, что речь несомненно идет о мутировавшем вакцинном штамме, больные неизменно получают диагноз этого «паралитического синдрома» или в крайнем случае синдрома Гийена — Барре (которого в 1970-х годах в Китае почему-то стало в десять раз больше)<sup>82</sup>. В Финляндии было отмечено резкое увеличение количества случаев синдрома Гийена — Барре, который, как признали авторы исследования, может провоцироваться полиовакциной<sup>83</sup>. В Бразилии было зарегистрировано увеличение случаев синдрома Гийена — Барре, поперечного миелита и паралича лицевого нерва м.

Среди осложнений ОПВ описаны конвульсии. На 165 тыс. детей, трижды получивших с 1964 по 1974 г. прививку живой полиовакциной в Гамбурге, у 19 (1 случай на 8600 привитых) были конвульсии, у троих (1 случай на 55 тыс. привитых) они стали началом эпилепсии<sup>85</sup>. Описан острый диссеминированный энцефаломиелит (у пострадавшей шестилетней девочки был выделен мутировавший 2-й тип вакцинного вируса из спинномозговой жидкости и в мазке из

горла)<sup>86</sup>. Израильские авторы описали двух пострадавших, которые заразились полиомиелитом от свежепривитых. Были отмечены тетрапарез, преходящий энцефалит и бульбарные симптомы<sup>87</sup>.

Не уменьшающееся количество случаев ВАПП, связанных с применением вакцины Сэбина, заставило США отказаться от использования ОПВ как универсального средства профилактики. В 1996 г. Совецательный<sup>82</sup> См., например, письма: Uhari M. et al // Lancet. 1989 ii:440 — 441, и Yan Shen, GuohuaXia // Lancet. 1994, 344:1026.

83 Kinnunen E. et al. Incidence of Guillain-Barre syndrome during a nationwide oral poliovirusvaccine campaign // Neurology. 1989 Aug; 39 (8): 1034 — 6.

84 Friedrich F. Rare adverse events associated with oral poliovirus vaccine in Brazil // BrazJMed Biol Res. 1997 Jun; 30(6) :695 — 703.

85 Ehrengut W., EhrengutJ. Convulsions following oral polio immunization // Dev Biol Stand. 1979; 43:165 — 71.

86 Ozawa H. et al. Acute disseminated encephalomyelitis associated with poliomyelitisvaccine // Pediatr Neurol. 2000 Aug; 23:177 — 9.

blArlazoroff A. et al. Vaccine-associated contact paralytic poliomyelitis with atypical neurological presentation // Ada Neurol Scand. 1987 Sep; 76(3):210 — 4. Российский автор, перечислив иные, кроме ВАПП, возможные осложнения ("проходящие спи-нальные монопарезы, полирадикулоневриты, гипертензионный синдром, судорожные реакции, неврит лицевого нерва, мозжечковая атаксия"), внезапно добавляет: «Живая полиомиелитная вакцина является безопасным и ареактогенным препаратом» (Медуницын Н. В. Вакцинология, с. 163)!

комитет по иммунизационной практике предложил первые три прививки делать убитой вакциной Солка и лишь третью и четвертую — вакциной Сэбина. Это мероприятие действительно немного сократило число регистрировавшихся случаев ВАПП, однако о ликвидации их полностью речь может пойти лишь с отменой живой полиовакцины. Кроме того, до тех пор, пока применяется живая вакцина, возможно заражение вакцинным штаммом тех, кто контактировал с привитым<sup>88</sup>. Проблема изменений прививочного

календаря в пользу большего использования вакцины Солка связана с весьма ощутимыми финансовыми затратами. По самым скромным прикидкам, одна доза вакцины Солка стоит как минимум в три раза дороже дозы вакцины Сэбина. Развивающиеся страны — особенно те, в которых уже не отмечаются случаи полиомиелита, — не хотят больше платить и за ОПВ, не то что в несколько раз увеличивать свои расходы на полиовакцины, заменяя ОПВ на ИПВ. Возможно, отчасти и поэтому в России живая вакцина остается пока что единственной, входящей в календарь профилактических прививок. График ее применения совпадает с графиком применения АКДС (или ДЦСМ) — в 3,4,5 и 18 месяцев, а также в 6 лет. Зная из истории полиомиелита, что прививка АКДС является несомненным провоцирующим фактором для различных параличей, такое соседство в прививочном графике не может не вызвать удивления. Не так уже редко можно услышать от родителей, что после прививок АКДС и ОПВ ранее ходившие дети перестают ходить, жалуются на боли в ногах; появляются онемение, тугоподвижность и другие симптомы, свидетельствующие о поражении нервной системы. Разумеется, под диагноз ВАПП такие дети не подпадают, но факта несомненного вреда, наносимого комбинацией ОПВ+АКДС, это не отменяет.

Особое беспокойство должен вызывать тот факт, что привитый живой полиовакциной в течение долгого времени продолжает выделять прививочные вирусы, которые размножаются в его кишечнике. Указываемый практически во всех прививочных руководствах срок в 2 месяца, после чего образующиеся антитела должны-де подавить этот процесс, — типичная<sup>88</sup> «...контрольные исследования, проведенные в США и других странах, показали, что иммунизация (убитой вакциной. — А. К.) с последующим введением ОПВ не защищает вакцинированных детей от последующей пролиферации в их организме неаттенуированных вирусных ревертантов. Именно поэтому эта схема иммунопрофилактики полиомиелита была подвергнута критике экспертами ВОЗ» (Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика..., с. 107). Тем не менее, необходимо отметить, что такие страны, как Финляндия и Голландия, вообще не применяли ОПВ, полагаясь исключительно на ИПВ, и ликвидировали

полиомиелит в те же сроки, что и остальные европейские страны, сэкономив на искалеченных живой полиовакциной.

"средняя температура по больнице» и может не иметь никакого отношения к действительности. Специалисты знают, что у страдающих заболеваниями иммунной системы (а многим ли детям в наше время удастся избежать аллергий, дерматитов и астмы?) экскреция прививочных вирусов может продолжаться даже годами. По сообщению Фила Майнера, главы вирусологического отделения британского Национального института контроля и биологических стандартов, им известно об одном (и при этом в остальном здоровом!) человеке из Бирмингема, у которого выделение вирусов продолжается уже много лет. Выделяемые вирусы не только продолжают циркулировать — что так нравилось Сэбину и его последователям, — но, как было указано выше, и мутировать. В 2000 г. на Иspanьоле, острове в Карибском море, была зарегистрирована вспышка ОВП. Сначала предполагалось, что причиной этому было отравление пестицидами, но в итоге выяснилось, что это была вспышка самого настоящего полиомиелита и вызвал ее мутировавший прививочный полиовирус. Двое детей скончались, девятнадцать были парализованы. В 2001 г. такая же вспышка случилась на Филиппинах. Ученые считают, что мутация такого рода ответственна и за вспышку полиомиелита в Египте в 1988 г. Таким образом, на смену циркуляции штаммов вируса «дикого» полиомиелита пришла циркуляция прививочных штаммов, охотно мутирующих и превращающихся в ничуть не менее опасные, и никто пока не может сказать, каковы будут отсроченные последствия такой замены одних вирусов на другие.

Эффективность ОПВВакцина Сэбина, как и другие вакцины, считается высокоэффективной на основании наблюдающейся после ее введения сероконверсии (увеличения количества антител)<sup>89</sup>. Циркуляция «диких» штаммов на фоне массового применения ОПВ резко снизилась, а во многих местах, по утверждению эпидемиологов, не регистрируется вообще. Однако некоторые исследования, особенно касающиеся развивающихся стран,

вызывают определенные сомнения в том, что касается разрекламированной эффективности живой полиовакцины.

Вообще опыт использования вакцин в странах третьего мира, похоже, не слишком благоприятен для вывода в пользу эффективности прививок в целом, не говоря уже об их безопасности. Легко и приятно сообщать об успехах вакцинации в развитых странах, где заболеваемость, вероятнее<sup>89</sup> Считается, что ОПВ вызывает образование антител у 90 — 95% привитых.

всего, снижалась бы теми же самыми темпами (а может, и еще быстрее) безо всяких прививок. Когда же дело доходит до развивающихся стран, в которых веками ничего не меняется в жизненном укладе людей, а уровень санитарии и гигиены во второй половине XX в. остается таким же, каким он был и сто, и двести лет назад, то выясняется, что одних прививок мало — надо еще, чтобы и дети нормально питались, и чтобы вода была свежей, и чтобы существовала канализация и пр. В главе о кори я уже говорил о, мягко выражаясь, весьма скромных успехах коревой вакцины на Африканском континенте, а из главы о туберкулезе читатели узнают о том позоре, которым закончилось испытание вакцины БЦЖ в Индии. Обращаясь к Индии, можно упомянуть еще несколько фактов относительно того, какое влияние полиовакцины оказали на заболеваемость полиомиелитом в этой стране. ОПВ была введена в массовое использование в Индии в 1979 г. в рамках Национальной иммунизационной программы. Посмотрим на статистику. Заболеваемость полиомиелитом в том году равнялась 20 тыс. Через два года массовых прививок она повысилась до 38 тыс. В 1986 г. (7 лет прививок позади) она, наконец, достигла допрививочного уровня — 20 тыс. пострадавших, но ненадолго. Уже в следующем, 1987 г. (а прививки все продолжались...) заболевших стало 28 тыс. И лишь в 1989 г., через 10 лет после начала прививочной компании, число заболевших впервые стало меньше числа 1979 г. В 1991 г., при «охвате» тремя дозами ОПВ около 80% индийских младенцев, было зарегистрировано 5669 случаев<sup>90</sup>. Автор статьи, анализирующей эти данные, пишет, что если бы эффективность ОПВ равнялась всего 10%, как утверждают некоторые критики, то из расчета примерной

частоты 7 случаев на 100 тыс. населения в Индии в 1991 г., с населением в 840 млн., должно было быть зафиксировано 60 тыс. случаев. Свои собственные подсчеты приводят автора к выводу об эффективности вакцины в 70 — 93%, при этом он считает, что высокая заболеваемость полиомиелитом, несмотря на прививочный «охват», сохранялась благодаря все же недостаточному количеству прививаемых младенцев. Думаю, что это рассуждение вряд ли может быть признано безупречным. Чтобы проецировать на 1991 г., или позднее, расчеты, верные для 1979 г., автор должен был сначала доказать, что: 1) не произошло никаких изменений в санитарно-гигиеническом состоянии эндемичных по полиомиелиту районах Индии, 2) уровень информированности населения о полиомиелите и о возможности его избежать<sup>90</sup> John T. J. Experience with poliovaccines in the control of poliomyelitis in India // Public Health Rev. 1993 — 94; 21(1-2):83 — 90.

остался тем же, 3) остались все те же факторы риска (например, традиционно провоцирующие в Индии полиомиелит инъекции жаропонижающих лекарств маленьким детям) и, возможно, иные специфические для Индии факторы риска, о которых неизвестно.

Авторы другого исследования изучали заболеваемость полиомиелитом в столице Индии Нью-Дели. Если заболеваемость в 1976 г. составляла 14,7 на 100 тыс. населения, то в 1988 г. она была равна 15,25. Заболеваемость полностью привитых возросла с 1,3% в 1979 г. до 13,9% в 1988 г. Авторы заключают свою статью: «Несмотря на десятилетие использования оральной полиовакцины, существенного изменения заболеваемости не произошло»<sup>91</sup>. Другой индийский авторский коллектив заявил, что массовые кампании по вакцинации детей ОПВ хотя и снизили заболеваемость паралитическим полиомиелитом в целом, но так и не изменили ее возрастного распределения (как и в допрививочную эру, около 90% случаев приходилось на детей в возрасте до 5 лет), и что никакие кардинальные изменения в возрастном распределении невозможны до тех пор, пока не произойдет изменений в санитарно-гигиенической обстановке<sup>92</sup>. Половина (17 из 34) заболевших паралитическим полиомиелитом во время вспышки последнего в

Иордании в 1991 -1992 гг. ранее получили три и более доз ОПВ93. Высокий прививочный «охват» не защитил детей в Омане ни от заболевания, ни от передачи вируса другим в 1988 -1989 гг.94.

Открытым остается вопрос и о длительности иммунитета. В который уже раз мне приходится говорить о том, что все утверждения о «пожизненном» или хотя бы «на десятки лет» прививочном иммунитете имеют основание только при условии периодического контакта с возбудителем, обеспечивающим необходимые для выработки антител иммунные «толчки». Когда же возбудителя становится меньше или он вообще исчезает из окружающей среды, то никто не может сказать, какова же продолжительность иммунитета. Хорошей иллюстрацией этого факта применительно к полиомиелиту может рассматриваться исследование, проведенное в Сиднее. Последний случай «местного» полиомиелита был зарегистрирован в Но-

91 Sharma M. et al. Paralytic poliomyelitis 1976 — 1988: report from a Sentinel Centre //

Indian Pediatr. 1990 Feb; 27(2):143 — 50.

92 Singh J. et al. Epidemiological considerations on age distribution of paralytic poliomyelitis// / Trop Pediatr. 1996 Aug; 42(4):237 — 41.

93 Reichler M R. et al. Outbreak of paralytic poliomyelitis in a highly immunized population in Jordan // J Infect Dis 1997 Feb; 175 Suppl 1:S62 — 70.

94 Sutter R W. Outbreak of paralytic poliomyelitis in Oman: evidence for widespread transmission among fully vaccinated children // Lancet. 1991 Sep 21; 338 (8769) :715 — 20.

вом Южном Уэльсе в 1970 г. и считалось, что дети, «охваченные» программой иммунизации против полиомиелита, располагают высоким уровнем защиты. Выяснилось, однако, что от всех трех типов вируса полиомиелита «защищены» лишь 42% обследованных детей, от двух — 30%, от одного -16%. Оставшиеся 12% не имели иммунитета ни к одному типу вируса. При этом 48% детей получили в прошлом четыре и более доз ОПВ. Однако и после того как все дети немедленно получили дополнительную дозу вакцины Сэбина, серологические анализы обнаружили антитела в «защитном» титре

ко всем трем видам вируса лишь у 77%<sup>95</sup>. Можно с уверенностью предположить, что среди ныне числящихся в защищенных (лишь на том основании, что они когда-то получили прививки) детей и подростков немалая часть не имеет иммунитета ни к одному из серотипов «дикого» поли-овируса, а подавляющее большинство детей — к определенным серотипам. И если циркуляция полиовируса возобновится, то вряд ли можно сомневаться, что он найдет для себя восприимчивый контингент. Сегодня уже обсуждается вопрос о том, что необходимо увеличить количество прививок ОПВ, чтобы гарантировать населению лучший иммунитет. Однако понятно, что увеличение количества прививок увеличит и количество постпрививочных осложнений — в том числе и таких, как ВАПП.

Другой важный вопрос: действительно ли привитые, как убеждают родителей, если и заболевают, то переносят заболевание намного легче непривитых? Например, вот что сообщают нам российские авторы: «Типичные тяжелые паралитические формы полиомиелита в настоящее время встречаются только у непривитых или неправильно привитых детей. Привитые дети также могут заразиться полиомиелитом, но у них инфекция протекает в виде легких парезов, заканчивающихся, как правило, полным выздоровлением»<sup>96</sup>. Об уникальности всепрощающей формулировки «неправильно привитый» я уже писал в главе о дифтерии. Ответ на вопрос о сравнительной тяжести заболевания вряд ли может быть получен в развитых странах (как в силу фактического отсутствия самой болезни, так и в силу отсутствия репрезентативных групп для сравнения). Получить его скорее можно там же, в Индии. Сравнение было сделано среди 614 маленьких пациентов, поступивших в Институт здоровья ребенка в Мадрасе. Из них 162 (26,4%) были привиты, 183 (29,8%) были частично привиты и 269 (43,8%) не были привиты. Авторы отмечают, что «непривитости» детей намного<sup>95</sup> Christopher P. J. Immunity to poliomyelitis in Sydney's children // MedJ Aust. 1983 Feb 5;

I(3):107 — 11.

<sup>96</sup> Самарина В. Н. Детские..., с. 171.

чаще сопутствовали скверные санитарно-гигиенические условия проживания, низкое качество воды и родительская неграмотность, нежели «привитости». Согласно выводу авторов исследования, никакой разницы в симптомах, клинических вариантах течения болезни, тяжести паралича и смертности привитых, частично привитых и непривитых обнаружено не было<sup>97</sup>. И другое исследование, также проведенное в Индии, показало не слишком оптимистичные результаты. Был изучен 191 ребенок; 143 (74,9%) были непривиты, а 48 (25,1%) были привиты частично. У 155 (81,2%) была диагностирована спинальная форма полиомиелита, у 23 (12,01%) — бульбоспинальная и у 13 (6,8%) — бульбарная. Частота тяжелых форм (бульбоспинальных и бульбарных) оказалась заметно выше среди частично привитых, чем среди непривитых, а смертность частично привитых оказалась в два раза выше. Авторы предположили, что худшие показатели по тяжести течения и смертности среди частично привитых могут объясняться какими-то до сих пор неизученными свойствами ОПВ<sup>98</sup>.

С июля 1995 по декабрь 1996 г. были исследованы 3185 образцов кала здоровых детей в возрасте от 6 до 59 месяцев, посещающих поликлиники в Антананариву (Мадагаскар). В полном соответствии с Расширенной программой иммунизации, 99,4% из них получили как минимум три дозы оральной полиовакцины. В 192 образцах (6%) были обнаружены вирусы, из них в 9 (0,3%) — полиовирусы и в 182 (5,7%) — другие энтеровирусы. Среди обнаруженных полиовирусов четыре оказались «дикими», а 5 — вакцинными (различными модификациями вакцины Сэбина). Все дети получили последнюю дозу ОПВ более чем за месяц до анализов. Авторы заключили, что вакцинация тремя дозами ОПВ не предотвращает циркуляцию вирусов «дикого» полиомиелита<sup>99</sup>. В Намибии в период с 8 ноября 1993 г. по 7 января 1994 г. были зарегистрированы 27 случаев паралитического полиомиелита. По меньшей мере 80% младенцев в том районе, где произошла вспышка, получали 4 дозы полиовакцины до возраста 12 месяцев. Возраст заболевших колебался от 13 месяцев до 12 лет; 24 были в возрасте до 5 лет. Относительно 26 заболевших были получены сведения о сделанных прививках: 14 получили 4 дозы ОПВ, 6

97 Deivanayagam N., Nedunchelian K. Acute poliomyelitis in children: comparison of epidemiological and clinical features among immunized, partially immunized and unimmunized // Indian Pediatr. 1991 Jun; 28(6):609 — 13.

98 Mathur G. P. et al. Poliomyelitis with special reference to immunization status // Indian Pediatr. 1991 Jun; 28(6):625 — 7.

94 Andrianarivelo M. R. et al. Wild poliovirus circulation among healthy children immunized with oral polio vaccine in Antananarivo // Madagascar Trop Med Int Health. 1999 Jan; 4(1):50-7.

-1 или 2 дозы и 6 не получали прививок вообще. Авторы предположили, что причиной вспышки было образование пула восприимчивых к инфекции людей, быстрая урбанизация, неудовлетворительные санитария и водоснабжение и эндемичность вируса в соседних районах, а также то, что «эпидемии могут случаться и в районах с высоким прививочным охватом»<sup>100</sup>.

На Украине в течение 13 лет (1982 -1994) изучались циркулирующие штаммы полиовируса, выделенные у больных (в том числе больных полиомиелитом) и у здоровых, а также в пробах, полученных из сточных вод. Итог: 38,35% штаммов, полученных от людей, и 15,8% штаммов, полученных из окружающей среды, обладали вирулентными свойствами. Многолетнее использование живой полиовакцины не предотвратило циркуляции вирулентных полиовирусов<sup>101</sup>.

Очень часто в российских СМИ поминается эпидемия полиомиелита в Чечне как пример необходимости прививок. Однако внимательный анализ показывает, что и здесь далеко не так все просто и однозначно. Как следует из статьи коллектива российских авторов, с января по октябрь 1995 г. заболело 138 детей (все — в возрасте до 7 лет). Из них 11 были привиты в полном соответствии с прививочным календарем, 18 не были привиты по возрасту, 5 — по медицинским показаниям и родители двоих отказались от прививок. «У остальных детей сведения о прививках отсутствовали или они не были привиты по вине медработников». Отсутствие сведений, однако, не является синонимом отсутствия самих прививок; это лишь обозначает, что не было документов о сделанных прививках. Наделе

весьма вероятно, что еще несколько десятков были привиты полностью и еще несколько — по меньшей мере частично. «Летальность была высокой и составила 4,5%. Одной из причин такой летальности является, в силу понятных социальных условий и сложившейся чрезвычайной обстановки, поздняя обращаемость и поздняя госпитализация заболевших». Вывод авторов: «Резкое ухудшение условий проживания, массовые миграции населения на фоне низкой иммунной прослойки среди детского населения явились причиной широкого территориального распространения инфекции»<sup>102</sup>. К сожалению, информацию о самом главном провоцирующем фак-

100 van Niekerk A. B. et al. Outbreak of paralytic poliomyelitis in Namibia // *Lancet*. 1994 Sep 3; 344 (8923):661-4.

101 Задорожная В. И. и др. Характеристика штаммов полиовируса, циркулировавших на Украине в 1982 — 1994 гг. // *Микробиологический журнал*. 1998 март — апрель; 60(2):44 — 9.

102 Онищенко Г. Г. и др. Вспышка полиомиелита в Чеченской республике в 1995 г. //

*Журнал микробиологии*. 1996, № 3 (приложение), с. 5 — 8.

торе наших дней — прививках, в первую очередь прививке АКДС, в доступных мне публикациях обнаружить не удалось.

Напрашивается вопрос: а если, скажем, условия бы не ухудшились резко — или даже резко ухудшились, но не было бы массовых миграций, то, вероятно, ничего бы особенного не случилось и «на фоне низкой иммунной прослойки среди детского населения»? И если это так, то в чем необходимость тотальных, с угрозами и запугиванием родителей и детей, прививок против полиомиелита? Или они делаются в ожидании гражданской войны с ее неизбежными массовыми миграциями и резким ухудшением условий проживания? Из другой статьи, кстати, выясняется, что в Чечне и раньше были и вспышки полиомиелита (например, в 1982 г.), и спорадические случаи (1987 г. — три, 1991 г. — два, 1994 г. — пять)<sup>103</sup> — т.е. тогда, когда не было всех указанных факторов риска.

После вспышки полиомиелита в Чечне в 1995 г. в России началась массовая кампания по срочному дополнительному прививанию всех детей от полиомиелита. «При этом были организованы и проведены национальные дни иммунизации детей в возрасте от трех месяцев до трех лет против полиомиелита дважды — в марте и апреле 1996 г., в апреле — мае 1997 г., в марте — апреле 1998 г. и в эти же сроки в 1999 г. Массовая вакцинация в марте 1996 г. позволила охватить 97% детей упомянутого возраста (уровень, который рекомендует ВОЗ). Последующие Дни иммунизации позволили охватить более 98% детей»<sup>104</sup>. Детям, как всегда, пришлось платить своим здоровьем за рвение и алчность российских вакцинаторов и «уровень, который рекомендует ВОЗ»<sup>105</sup>.

103 Мартыненко И. Н. и др. Клиника острого полиомиелита в Чеченской республике в период вспышки 1995 г. //Журнал микробиологии. 1996, № 3 (приложение), с. 8 — 10.

104 Покровский В. И. Эволюция..., с. 75. Еще лучше картина «охвата» выглядит у В.Ф.

Учайкина: «В рамках этих кампаний двукратно дополнительно было привито более 11 млн. детей в возрасте до трех лет с охватом 99,3%» {Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика..., с. 102). Кто больше?

105 Даже вполне благожелательно настроенная к прививкам московский педиатр не могла пройти мимо этой, говоря словами Герберта Шелтона, прививочной вакханалии, хотя и пыталась облечь свое естественное негодование в деликатную форму:

"Особое сомнение вызывают «туровые» прививки против полиомиелита для детей раннего возраста, которые получили распространение в последние несколько лет.

Врачам и родителям обычно объясняют, что необходимость этих дополнительных прививок связана со вспышкой полиомиелита в далеких от Москвы областях, например в Чечне. Однако мне, как практикующему врачу, ничего не известно об изменении ситуации с полиомиелитом в Москве. Даже если привозили к нам для лечения заболевших полиомиелитом детей из других областей, то, видимо, (см. след. стр.)

В свете всего написанного в этой главе о полиомиелите и прививках против него я думаю, что читатели вполне согласятся с высказыванием проф. Р. Мендельсона:».. .Между иммунологами продолжаются дебаты по поводу относительного риска использования убитых вирусов в сравнении с живыми. Поддерживающие использование вакцин на основе убитых вирусов, утверждают, что именно наличие живых вирусов ответственно за случаи полиомиелита. Те же, кто поддерживает использование вакцин на основе живых вирусов, заявляют, что убитые вирусы не обеспечивают достаточной защиты и, в сущности, увеличивают подверженность заболеванию привитых. Это предоставляет мне редкую и удобную возможность быть нейтральным. Я считаю, что правы обе стороны, и использова-

не было никаких нарушений санитарно-эпидемиологических правил перевозок таких больных. Иначе неминуема была бы вспышка среди населения в Москве как взрослого, так и детского. Чем же объяснить такие настойчивые призывы к «туро-вым прививкам» детей раннего возраста, уже получивших ранее обычную вакцинацию против полиомиелита? Может, наша вакцина была недостаточно эффективной? Тогда почему же в течение почти двух десятилетий в Москве не было эпидемии полиомиелита? Мы всегда считали нашу вакцину достаточно эффективной, надежной. Мне довелось прочитать инструкцию к проведению «туровых прививок» В этой инструкции написано, что при «туровой» прививке применяется обычная вакцина, ничем не отличающаяся от «нетуровой». Различие только в одном, в новой инструкции почти полностью исключены те предосторожности, которые были записаны в инструкции к проведению обычной противополиомиелитной прививки. Можно, оказывается, прививать всех детей даже на фоне острого заболевания (если температура не превышает 38 градусов) или сразу после него. Ни диатез, ни atopический дерматит, ни несварение кишечника, ни инфекционные заболевания не являются противопоказаниями для «туровой» прививки Почему отменены все противопоказания? Иногда врачи из поликлиник объясняют это тем, что вакцинация очень «слабая». Тогда зачем же принуждать родителей делать такие прививки всеми

методами, вплоть до угроз лишить питания из детской кухни, или запугивать людей, грозя непременно заболеванием их ребенка в условиях тотальной вакцинации? Ведь получается, что если в семье есть ребенок старше трех лет, то он в любом случае непременно заболеет. А старших не прививают. Как же так? Наблюдения в течение последних двух лет за детьми, прошедшими «туровую» вакцинацию, свидетельствуют о нередких осложнениях после нее, часто достаточно тяжелых. Речь идет не о вакциноассоциированном полиомиелите, а о том, что игнорирование всех ранее соблюдавшихся противопоказаний (когда ребенка прививают на фоне острого и/или инфекционного заболевания, неврологической или другой патологии) приводит к тому, что у ребенка, и без того ослабленного, еще больше снижается иммунитет, что позволяет развиваться любому другому тяжелому заболеванию» (Тимофеева А. М. Беседы детского доктора. М., 2000, с. 133 — 135). Именно об этом я писал в главе «Прививки: основные проблемы». В погоне за «коллективным иммунитетом», теория которого идеально соответствует цели реализовать как можно больше вакцин и хорошо на этом заработать, прививать необходимо массово, без разбора, без учета противопоказаний, не считаясь ни с чем вообще.

ние и той и другой вакцины увеличивает, а не уменьшает вероятность заражения вашего ребенка полиомиелитом. Короче, выходит, что наиболее эффективный путь защитить вашего ребенка от полиомиелита — убедиться, что ему не сделали прививку против него!"<sup>106</sup>.

Выводы:

Полиомиелит — заболевание, лишь очень редко приводящее к серьезным клиническим проявлениям (у 0,1 — 1% инфицированных). Эпидемические масштабы полиомиелит приобрел только в конце XIX в. — вероятно, как следствие увеличения количества провоцирующих факторов, первый среди которых — прививки.

Снижение заболеваемости полиомиелитом, которое приписывается прививкам, было достигнуто за счет изменения диагностических критериев. Кроме того, в конце 1950-х годов выяснилось, что большое количество острых вялых параличей

вызывалось другими кишечными вирусами (вирусами Коксаки и ЕСНО-вирусами).

На смену циркулировавшим штаммам «дикого» вируса пришли штаммы прививочных вирусов, способные мутировать в вирулентные формы. Несколько вспышек полиомиелита были вызваны такими мутировавшими вирусами.

В настоящее время единственная возможность в цивилизованных странах пострадать от паралича, связанного с полиомиелитом, — получить прививку оральной полиовакциной (ОПВ). Замена ОПВ в начальном курсе полиовакцинации на инактивированную полиовакцину (ИПВ) задерживается в ряде стран экономическими причинами.

Гомеопатические и натуропатические методы лечения и реабилитации показали себя вполне эффективными.

106 Mendelson R. The Medical Time Bomb of Immunization Against Disease // East West Journal November 1984.

Столбняк — одно из тех заболеваний, мысль о котором вызывает наибольшую тревогу у родителей, особенно молодых, которые боятся даже дышать на ребенка и которым повсюду мерещатся ужасные микробы, только и думающие о том, как бы напасть на дорогую крошку. Эти естественные страхи охотно раздуваются производителями и распространителями вакцин, которые видят в них главного союзника в своем бизнесе. И хотя я далек от мысли преуменьшать опасность этой несомненно тяжелой болезни, вопрос о том, оправдывает ли частота этой болезни риск прививки, не должен быть обойден стороной в этой книге.

Болезнь Как и в случае коклюша и дифтерии, ответственным за развитие болезни является не сам микроорганизм (в случае столбняка это бактерия *Clostridia tetani*, называемая столбнячной палочкой), а его токсин (тета-носпазмин). Возбудители столбняка обнаруживаются в почве, а также в пищеварительном тракте людей и животных, не причиняя им своим присутствием ни малейшего вреда. В прошлом столбняк традиционно считался болезнью деревень и фермерских хозяйств, где была выше вероятность как получения травмы, так и ее последующего инфицирования (помимо всего прочего следует учесть и постоянный контакт с унавоживаемой

почвой). С появлением механизации и соответственно со снижением доли ручного труда в сельском хозяйстве заболеваемость столбняком начала быстро снижаться. Свою лепту — как же без этого! — в статистику заболеваемости столбняком вносили и прививки. В книге «Вред вакцин и сывороток» (1960) ее автор, знаменитый доктор Герберт М. Шелтон (1895 -1985), больше известный читателям как создатель оригинальной системы питания, ссылается на знаменитого канадского врача сэра Вильяма Ослера (1849 — 1919), написавшего в своем классическом руководстве «Принципы и практика медицины» (1882), что столбняк — заболевание, передаваемое при прививках (нет сомнений, что Ослеру было известно о немалом количестве случаев такого рода). Кроме того, Шелтон цитирует письмо главного хирурга США Хью Каммингса сенатору Роберту Ф. Вагнеру от 9 августа 1929 г. Согласно этому письму, число только официально зарегистрированных смертей от постпрививочного столбняка равнялось в США: в 1925 г. — 29, 1926 — 15, 1927 — 17 и 1929 г. — 1.

Практически все случаи выпадали на сентябрь, когда дети шли в школу и, по словам д-ра Шелтона, начиналась прививочная вакханалия, поэтому последний год, в который сентябрь еще не попал, и был представлен всего одним случаем. Герберт Шелтон также упоминает публикацию в «Нью-Йорк ивнинг график» в начале 1925 г. о двух случаях смертей от столбняка и о немалом числе людей, пострадавших от прививок в Бостоне, после чего всем бостонским медикам было строго-настрого запрещено распускать языки<sup>1</sup>. Когда мы говорим о сотнях убитых оспенными прививками и искалеченных постпрививочными энцефалитами, вспоминаем ли мы о тысячах пострадавших от других причин, также непосредственно связанных с прививанием? И все они также были «неизбежными жертвами» ради общественного блага?!

О редкости заболевания может свидетельствовать хотя бы тот факт, что во время второй мировой войны среди десятков тысяч раненых солдат союзников оказалось лишь очень немного пострадавших от столбняка. В американской армии заболевших была дюжина, из которых шестеро получили всю серию прививок от

столбняка и один солдат — лишь одну прививку. Умерли трое из семи привитых и двое из пяти непривитых<sup>2</sup>. У англичан заболело 22 военнослужащих, половина из них скончалась — все умершие были частично привиты<sup>3</sup>.

Сегодня столбняк встречается главным образом у наркоманов, использующих наркотики для внутривенного введения<sup>4</sup>, у пострадавших от тяжелых ожогов, у онкологических больных и у пожилых людей (например, в США и Европе люди старше 50 лет составляют 70% заболевших и 80% умерших)<sup>5</sup>. Согласно подсчетам, сделанным одним исследователем в 1969 г., шанс заразиться столбняком в развитой стране имеет 1 из 300 тыс. человек<sup>6</sup> — очевидно, с того времени риск снизился еще более. В Канаде в последнее время регистрируется от 2 до 7 случаев столбняка ежегодно, причем смертельных исходов не было с 1991 г., а в США — 41 — 64 случая<sup>1</sup> Shelton H. Vaccine and Serum Evils, 1960. См. также главу «Lockjaw caused by vaccination» в кн.: McBean E. The poisoned needle. Suppressed facts about vaccination (1957), и ст.: Pathel J. C et al. Tetanus Following Vaccination Against Small-pox ///

Pediatr. Jul 1960; 27:251 — 263.

2 Bull US Army Med Dept. Vol. VII, no 4, April 1947.

3 Dittmann S. Atypische Verlaufe nach Schutzimpfungen. Leipzig, 1981; S. 156.

4 Например, 27 из 67 случаев столбняка (40%), зафиксированных в Калифорнии в период с 1987 по 1997 г., произошли с наркоманами (MMWR. March 6, 1998).

5 Cook T. B. et al. Tetanus: a review of the literature // BrJ Anaesth. 2001; 87: 477 — 87.

6 Peebles T.C. et al. Tetanus-toxoid emergency boosters. A reappraisal // NEJM. 1969; 280/

11:575 — 81.

в год с 9 — 23 смертельными исходами<sup>7</sup>. В Англии и Уэльсе за семь лет (1984 — 2000) было сообщено о 175 случаях (1 заболевший на 5 млн. населения в год)<sup>8</sup>. В Российской Федерации в 2000-2003 гг. ежегодно регистрировалось от 31 до 42 случаев столбняка<sup>9</sup>. Согласно официальным данным, заболеваемость столбняком в

России снизилась с 759 человек в 1960 г., когда было начато прививание, до 430 в 1966 г. и далее постепенно уменьшалась до стабильных 30 — 90 в 1990-х годах<sup>10</sup>. Смотрится статистика вполне убедительно и вроде бы подтверждает вывод о том, что «применение вакцинопрофилактики начиная с 1960 г., привело к радикальному изменению эпидемиологии столбняка. Заболеваемость столбняком в России резко снизилась»<sup>11</sup>. 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»<sup>12</sup>. Это уточнение заставляет усомниться в достоверности графика. В 1950-х годах, также представленных на графике, когда, согласно Н. Медуницыну, проводилась «массовая иммунизация... детей», заболеваемость столбняком была на стабильном уровне — около 800 — 900 случаев в год с непонятным скачком до 1043 случаев в 1955 г.<sup>13</sup>. Таким образом, вакцинации в 50-х годах практически никак на заболеваемость столбняком не влияли. Это может быть объяснено либо тем, что дети представляли ничтожный контингент из числа заболевавших столбняком, а потому и прививки им никак не могли повлиять на заболеваемость по республике, либо тем, что прививки попросту были неэффективны. Какое бы предположение ни оказалось правильным, все равно остается непонятным, каким образом всего лишь за пять лет в первой половине 60-х годов удалось добиться двукратного снижения за-

7 Diodati C. J. M. Immunization: History, Ethics, Law and Health. Quebec, 1999, p. 260, n. 10.

8 Rushdy A. A. et al. Tetanus in England and Wales, 1984 — 2000 // Epidemiol Infect.

2003 Feb; 130:71 — 7.

9 Федеральный центр Государственного санитарно-эпидемиологического надзора Министерства здравоохранения Российской Федерации. Информационный сборник статистических и аналитических материалов. Инфекционные заболевания в России (1913 — 2002 гг.). М., 2003, с. 46, и «Инфекционная заболеваемость в Российской Федерации». Данные с официального сайта Федерального центра Госсанэпиднадзора РФ.

10 Федеральный центр..., с. 45-46.

11 Учайкин В. Ф., Шамшева О. В. Вакцинопрофилактика. Настоящее и будущее. М., 2001, с. 130.

12 Медуницын Н. В. Вакцинология. М., 1999, с. 145.

13 Федеральный центр..., с. 45.

болеваемости при том, что в следующие 35 лет она снизилась всего-навсего в 5 раз. Может быть, были какие-то факторы, не имеющие никакого отношения к прививкам? Кроме того, поскольку учет столбняка был начат лишь в 1950 г., невозможно сделать заключение о динамике заболеваемости до того — возможно, что в течение предшествующих этой дате 30 — 40 лет она также неуклонно снижалась. На мысль об этом наводит, например, анализ представленных в книге д-ра Голдена таблиц по смертности от столбняка в Англии и Уэльсе, в США, а также в Австралии, на которых можно видеть тенденцию неуклонного снижения смертности от столбняка в допрививочный период<sup>14</sup> (хотя смертность и заболеваемость могут быть непосредственно не связаны друг с другом). Еще одно совершенно логичное «непрививочное» объяснение снижения заболеваемости столбняком во второй половине XX в. — стремительное уменьшение количества того российского населения, которое всегда давало наибольшее количество случаев этой болезни (живущего в деревнях и занятого преимущественно в сельском хозяйстве), а также механизация и сокращение доли ручного труда. Два австралийских врача, сторонники прививок, писали: «Спад столбняка начался до того, как столбнячный токсин стал доступен для широкой публики. Это произошло благодаря изменениям в гигиене и санитарии, улучшению питания, использованию антибиотиков и антисептики... должной обработке ран и переходу большинства австралийцев от сельской к городской жизни... Следует помнить о необходимости избегать гипериммунизации со всеми ее побочными эффектами»<sup>15</sup>.

Вопрос относительно естественного иммунитета к столбняку, похоже, остается открытым. Клостридии живут в кишечнике человека и постоянно выделяют некоторое количество токсина,

иммунизирующего хозяина. Если «титры «естественных антител» крайне низки и резистентность, связанная с ними, не имеет существенного значения в эпидемиологии столбняка"<sup>16</sup>, то возникает вопрос: на чем же была основана резистентность к столбняку во время всего «допривививочного» периода? Ведь эта болезнь традиционно считалась сравнительно редкой у взрослых, даже среди крестьян, хотя человек с незапамятных времен постоянно был в контакте с экзогенными клостридиями, инфицировавшими раны. Беза-

14 Golden I. Vaccination? A Review of Risks and Alternatives. 5th ed., Australia, 1998, p. 13

- 14.

15 Crosslight G. M., Howard B. Tetanus Immunization Status in Sydney Adults // MJA. 1978;

2:313 — 316. Цит. по: Golden I. Vaccination..., p. 76.

16 Медуницын Н. В. Вакцинология, с. 145; слово в слово повторено в кн.: Учайкин В. Ф.

Вакцинопрофилактика..., с. 135.

пелляционный вывод российского вакцинатора опровергается, впрочем, не только здравым смыслом, но и имеющимися публикациями. Так, в одной из них утверждается, что у 59 выборочно обследованных человек был обнаружен защитный уровень столбнячного антитоксина, несмотря на то 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 позволяет объяснить некоторые особенности болезни — например, почему столбняк чаще встречается у новорожденных, почему люди по-разному реагируют на столбнячные прививки и почему тяжесть болезни значительно разнится в человеческом сообществе<sup>17</sup>. В другом исследовании у 90 из 166 пациентов, в медицинской истории которых не было упоминания о сделанных прививках, были обнаружены антитела в «защитном» титре<sup>18</sup>, а согласно исследованию, проведенному в живущей изолированно группе людей (197 человек), не получавших прививок, «защита» имелась у 30%<sup>19</sup>.

Столбняк остается редкой болезнью даже среди тех, кто не имеет вожденного титра антител, считающегося достаточным для того, чтобы уберечься от этой болезни. Так, в одном из австралийских штатов (Новом Южном Уэльсе) проведенное исследование показало, что половина лиц в возрасте 49 лет и старше не имеют такого уровня<sup>20</sup>; «защищенность» англичан и валлийцев в возрасте 60 лет и старше оказалась равна лишь 53%<sup>21</sup>.

Описаны случаи заражения столбняком (хотя намного чаще — гепатитами) после пирсинга. В некоторых странах третьего мира до сих пор острой остается проблема столбняка новорожденных, случающегося после того, как пуповина перерезается инфицированными ножницами. Так, в конце 1990-х годов вследствие такого заражения в мире все еще погибало свыше 400 тыс. младенцев<sup>22</sup>. «Главным методом профилактики столбняка новорожденных, который позволил практически уничтожить столб-

17 Veronesi R. et al. New concepts on tetanus immunization: naturally acquired immunity ///

Hyg Epidemiol Microbiol Immunol. 1975; 19:126 — 34.

18 Murphy N. M. et al. Objective verification of tetanus immune status in an apparently non-

immune population // Br J Clin Pract. 1994 Jan — Feb; 48(1):8 — 9.

19 Matzkin H., Regev S. Naturally acquired immunity to tetanus toxin in an isolated community// Infect Immun. 1985 Apr; 48(1):267 — 8.

20 Heat T. C Tetanus immunity in a older Australian population // Med J Aust. 1996 May;

164:593 — 6.

21 Maple P. A. et al. Immunity to diphtheria and tetanus in England and Wales // Vaccine.

2000 Sep; 19:167 — 73.

22 Edlich R. E. Management and prevention of tetanus // / Long Term Eff Med Implants. 2003;

13:139 — 54.

няк в индустриально развитых странах и недавно в Китайской Народной Республике, является строгое соблюдение стерильности при родах и особенно при перерезании пуповины и уходе за

пупочной культей после родов"<sup>23</sup> . Показательно, что именно санитарно-гигиенические мероприятия, а вовсе не прививание беременных, являются ключом к решению. «Столбняк новорожденных возникает даже в том случае, если матери считались иммунизированными. Объяснением такой возможности являются: неправильная схема иммунизации матери, слабая эффективность вакцин, недостаточный иммунный ответу матери, ослабленный перенос антител через плаценту, поступление большого количества столбнячного токсина через плаценту"<sup>24</sup>. Каким бы ни было объяснение, ясно, что прививки не могут играть решающей роли там, где проблема по определению должна быть снята с повестки дня соблюдением элементарных правил стерильности.

Развитие возбудителя столбняка происходит в анаэробных условиях, т.е. при отсутствии кислорода. Такие условия создаются на дне глубоких, обычно 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 по нервным волокнам попадает в центральную нервную систему и нарушает ее деятельность. Появляется скованность в мышцах, затруднения при глотании. Это первые симптомы столбняка; до этого никаких клинических проявлений болезни нет. В течение нескольких суток появляются болезненные судороги, а вслед за ними дыхательные нарушения вследствие паралича дыхательной мускулатуры. Таким больным необходимо лечение в реанимационном отделении, где есть возможность подключения аппарата искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Американская академия педиатрии рекомендует также лекарственную терапию, направленную на борьбу с раневой инфекцией; препаратом выбора является метронидазол, хотя можно использовать также пенициллин G. Интересное (но, похоже, не привлекающее к себе никакого внимания) исследование было проведено в Бангладеш: к стандартному лечению столбняка было добавлено ежедневное внутривенное введение витамина C (аскорбиновой кислоты). Среди 31 пациента в возрасте от 1 до 12 лет вообще не было смертей (в такой же по числу пациентов группе, не получавшей аскорбиновой кислоты, сконча-

23 Cook R., Galazka A. Eliminating neonatal tetanus — an attainable goal // Arch Dis Child.

1985; 60:401 — 2.

24 Медуницын Н. В. Вакцинология, с. 145; слово в слово повторено в кн.: Учайкин В.

Вакцинопрофилактика..., с. 134.

лось 23). В группе от 13 до 30 лет из 27 получавших аскорбиновую кислоту выздоровело 17 человек (смертность — 37%), среди 28 не получавших выздоровело лишь 9 (смертность 67,8%)<sup>25</sup>. 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. Вполне вероятно, что получай старшие пациенты дозу, более соответствующую их весу, смертность и в старших возрастных группах была бы ощутимо ниже. А за тридцать лет до этого исследования о высокой эффективности витамина С в лечении столбняка заявил часто упоминаемый мной д-р Фредерик Клен-нер, начавший свой материал с категорического утверждения: «Я пишу эту статью с целью опровергнуть бытующее среди людей мнение, что столбняк является трудной для лечения болезнью»<sup>26</sup>. Могу указать на еще одно интересное, недавно опубликованное исследование относительно возможности лечения столбняка препаратами магния. Сульфат магния вводился 40 пациентам с развившейся клинической картиной столбняка. При достижении концентрации магния в сыворотке 2-4 ммоль/л судороги прекратились у 38 пациентов; для 17 из 24 пациентов младше 60 лет и для 6 из 16 пациентов старше 60 лет не потребовалось 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<sup>27</sup>.

Трудно дать однозначную оценку смертности от столбняка, так как та зависит от возраста (у младенцев превышает 80%, у пожилых выше, чем у молодых). Чаще всего приходилось встречать цифру 20% — для развитых стран, располагающих хорошо оборудованными отделениями интенсивной терапии<sup>28</sup>. Именно наличие специальных

реанимационных отделений снижает, по данным одного авторского коллектива, смертность с 44 до 15%<sup>29</sup>. Вполне достижимым для развитых стран — за счет своевре-

25 Jahan K. et al. Effect of Ascorbic Acid in the Treatment of Tetanus // *Bangl Med Res Counc Bui.* 1984, 10(1):24 — 28. Цит. по: Golden I. *Vaccination?...*, p. 77.

26 Fenner K Recent Discoveries in the Treatment of Lockjaw with Vitamin C and Tolserol // *TriSt Med J.* July 1954. Цит. по: Golden I. *Vaccination?...*, p. 77.

27 Attygalle D, Rodrigo N. Magnesium as first line therapy in the management of tetanus: a prospective study of 40 patients // *Anaesthesia.* 2002 Aug; 57(8):778 — 817.

28 См., например, Crone N. E., Reder A. T. Severe tetanus in immunized patients with high anti-tetanus titers // *Neurology.* 1992; 42:761 — 4, и Al-Kaabi J. M. et al. Tetanus. A Clinical review // *Saudi Med J.* 2001 Jul; 22(7):606 — 9.

29 Trujillo M. H. et al. Impact of intensive care management on the prognosis of tetanus.

Analysis of 641 cases // *Chest.* 1987; 92: 63-5.

менной диагностики и лечения — является снижение смертности до 10%<sup>30</sup>. Важно здесь отметить, что выздоровление при столбняке в подавляющем числе случаев бывает полным — не остается никаких последствий<sup>31</sup>. Чтобы избежать связанных со столбняком неприятностей, первое и самое главное, что необходимо сделать, это промыть рану перекисью водорода, которая непременно должна иметься в домашней аптечке (при этом перекись каждый год необходимо заменять). Следует позволить крови свободно вытекать из раны, пока кровотечение не остановится естественным образом (разумеется, здесь речь не идет о повреждениях магистральных сосудов, когда необходимы скорейшая остановка кровотечения и неотложная хирургическая помощь). При всех инфицированных ранах требуется хирургическая обработка, но при глубоких колотых ранах она совершенно необходима, а потому с визитом к врачу лучше не задерживаться. Из гомеопатических средств может быть рекомендован трехкратный прием *Ledum 30* через каждые четыре-

пять часов после ранения или укуса животного. Некоторыми докторами с целью профилактики предлагается нозод Tetanotoxinum, три приема в течение недели. Вследствие редкости самой болезни и еще большей редкости ее гомеопатического лечения трудно сделать какой-либо однозначный вывод об эффективности гомеопатии при столбняке<sup>32</sup>. Несомненно, что гомеопатичес-

30 Sanford J. P. Tetanus — forgotten but not gone // N Engl J Med. 1995; 332: 812-3.

31 Вот в качестве примера нелепицы, характерной для бездумной и безыскусной прививочной пропаганды, две фразы из главы о столбняке книги В. Н. Тимченко и др. ("Все о детских прививках". СПб., 2003 г.): «Смертельные исходы отмечаются в 40 — 45% случаев» (говоря о столбняке в целом, с. 46) и «При тяжелом течении в половине случаев возникает смерть» (с. 47). Не будем сейчас придираться к искусственно завышенной статистике смертности в России, где в больницах, понятно, есть реанимационные отделения. Эти две фразы в любом случае противоречат друг другу. Единственное возможное здесь допущение, чтобы привести их хоть в какое-

то соответствие, это признать, что все без исключения случаи столбняка протекают тяжело, что абсурдно (и тогда не требовалось бы их выделение в качестве тяжелых,

это было бы типичным течением болезни). Но рядовой читатель это «проглатывает»; в памяти остается лишь: половина или около того умирают, спасенья нет, совершенно необходима прививка...

32 Для иллюстрации процитирую проф. Дж. Т. Кента: «Когда в результате колотой раны кисти, стопы или другой части тела возникает столбняк, думайте о *Hypericum*;

когда же вы видите просто колотую рану, дайте *Ledum palustre*, который предотвратит развитие столбняка» (Кент Дж. Т. Лекции по гомеопатической *Materia Medica*.

Т. И, М., 1999, с. 885). Относительно дифференциального диагноза между препаратами, которые могут быть полезными при травмах, см. также главу «*Hypericum*» вт. I, с. 747 — 752. Другой американский

профессор, С. Лилиенталь, пишет о Hypericum в главе «Столбняк и тризм» следующее: «Повреждения сухожилий (ст. след. стр.)

кие лекарства не приводят к выработке антител против специфического возбудителя, но вопрос о том, играют ли антитела приписываемую им исключительную роль в выработке иммунитета (не в смысле наводнения крови этими самыми антителами, как понимают слово «иммунитет» вакцинаторы, а в истинном его значении, в смысле невосприимчивости к болезни) , остается далеко еще не решенным. В любом случае при серьезных повреждениях или при глубоких колотых ранах, чаще всего дающих начало столбняку, их хирургическая обработка и введение столбнячного анатоксина или противостолбнячного человеческого иммуноглобулина (или вместо него — противостолбнячной лошадиной сыворотки), имеющихся в приемных отделениях любых больниц, могут считаться вполне оправданными мероприятиями. Именно это вкупе с изначально здоровым иммунитетом является лучшей профилактикой столбняка<sup>33</sup>. Таблицу используемых для экстренной профилактики препаратов в зависимости от того, были ранее сделаны прививки или нет, можно найти в специальных руководствах<sup>34</sup>.

Вакцина Как понятно из природы болезни, препарат, призванный защитить от столбняка, в строгом смысле этого слова является не вакциной, а анатоксином, т.е. ослабленным токсином. «Столбнячный анатоксин, используемый в виде моновакцины или в качестве одного из компонентов комплексных вакцин, вызывает образование нейтрализующих антител класса IgG. Гуморальный иммунитет является основой антистолбнячной резистентности, развивающейся после введения столбнячного анатоксина. Антитела нейтрализуют образующийся в инфицированной ране токсин»<sup>35</sup>. Здесь можно попутно обратить внимание родителей на существование доступной моновакцины от столбняка — факт, о котором почему-то забы-

с преобладанием симптомов со стороны нервной системы. Предотвращает тризм как следствие ран подошв, ладоней и пальцев. Тризм в таких случаях возникает на 9-й день, за ним следует столбняк. Hypericum — главное лекарство» (Lilienthal S. Homeopathic

Therapeutics, 1890, republ. Indian Books & Periodicals Publishers, p. 1024). Всего в главе обсуждается 31 препарат.

33 Согласен с д-ром Нойштедтером, написавшим в своей книге: «Столбняк почти полностью уничтожен в США, в первую очередь благодаря хорошей гигиене и правильной обработке ран» (Neustaedter R. The Vaccine Guide. Making an Informed Choice.

Berkeley, California, 1996, p. 100).

34 См., например, Медуницын Н В. Вакцинология, с. 148.

35 Там же, с. 145 — 146.

вают упомянуть некоторые «прививочные» брошюры<sup>36</sup>.

"Выпускаемый в России столбнячный анатоксин... состоит из очищенного анатоксина, адсорбированного на геле гидроксида алюминия. Препарат содержит в 1 мл 20 единиц связывания... анатоксина. Консервант -мертиолят в концентрации 0,01%"<sup>37</sup>.

Не будем сейчас останавливаться на присутствии ртути в составе многократно вводимой, согласно прививочным календарям, комплексной вакцины АКДС (или АДС и ДЦС-М), куда входит и столбнячная вакцина, или даже в моновакцине, что само по себе крайне нежелательно — о ртути рассказано в главах о коклюше и о кори. Кроме того, анатоксин получается инактиви-рованием токсина формалином, а это означает, что в вакцине неизбежно будет присутствовать некоторое количество формалина (почему-то и об этом не сообщается в пособиях по вакцинологии). Как в случае любого анатоксина или убитой вакцины, в столбнячном анатоксине соответственно всегда будет присутствовать опасность «недоубитости» действующего агента, что может стать причиной того самого заболевания, предотвратить которое была призвана прививка. «Инфицирование и интоксикация из-за ошибок в приготовлении вакцины играют важную роль с самого начала ее разработки. Из-за технологических погрешностей частички столбнячного токсина остаются в вакцинной жидкости, вызывая болезни и смерть... Использование определенных сред делает недостаточной концентрацию формалина, а потому остается активный токсин"<sup>38</sup>.

У тех докторов, кто специально не изучал столбняк и прививку против него, вопросов относительно формирования «защитного» столбнячного иммунитета не возникает. Надо прививать, пока не будет необходимой «защиты», и дело с концом. Но все далеко не так просто.

Безопасность Поскольку с профилактическими целями столбнячный анатоксин вводится детям почти исключительно в составе многокомпонентных вакцин (АКДС, ДЦС и АДС-М; DTP DTaP и Td), то трудно выделить реакции,

36 Например, это не отмечено у В. Тимченко (Все о детских..., с. 48), где посленеемственно бодрого и легкомысленного «предотвратить заболевание легко — надововремя прививать и ревакцинировать ребенка» перечисляются только комплексные вакцины, а о моновакцине упоминается лишь как о средстве экстренной профилактики.

37 Медуницын Н. В. Вакцинология, с. 146.

38 Dittmann S. Atypische..., S. 157.

характерные именно для него; приходится больше ориентироваться на статистику, полученную от применения анатоксина в виде моноконпонентной вакцины у взрослых.

Как уже упоминалось, определенная и неизбежная опасность всегда таится в самой технологии производства анатоксина, при которой возможно «выживание» столбнячного нейротоксина и последующее тяжелое заболевание привитого. Уместно будет напомнить, что парентеральное введение токсина намного опаснее для человека, ибо таким образом обходятся созданные природой защитные барьеры, а потому достаточно даже незначительного присутствия активного токсина, чтобы случилось непоправимое. Это объясняет тот факт, что хотя побочные реакции на введение столбнячного токсоида (анатоксина) относительно редки, они дают 4% смертности и 6% долгосрочных повреждений, зачастую ведущих к инвалидности<sup>39</sup>.

Самой опасной реакцией, конечно же, является анафилактический шок. Уже через два года после начала использования токсоида в 1938 г. в научной литературе начали

появляться сведения об анафилаксии после противостолбнячных прививок. «Эти реакции... наблюдались после первого, второго и последующего введений»<sup>40</sup>. Вообще 1940 год оказался урожайным на анафилактический шок после противостолбнячных прививок. Два случая, относящиеся к 1940 г., были позднее отмечены в немецком руководстве по прививкам. В первом случае у пациента, не имевшего никаких немедленных реакций на первую прививку, шок развился спустя четыре недели. После второй прививки шок случился уже через восемь часов, а третья прививка убила пациента в течение двух часов (интересно, кто же настоял на третьей прививке после таких реакций на первые две?). Во втором случае 44-летний доктор умер через 30 минут после прививки<sup>41</sup>. В других публикациях того года встречались как смертельные исходы, так и выздоровления<sup>42</sup>.<sup>0</sup> двух случаях смертельных реакций анафилактического типа было сообщено в 1973 и 1974 гг. Через полчаса после ревак-

39 Dittmann S. Atypische..., S. 163. «В случае недостаточной инактивации анатоксином могут возникать признаки интоксикации, характерные для данного заболевания», -

пытается смягчить Н. Медуницын ("Вакцинология», с. 106; выделено мной. -А. К.).

40 Bundle M. }, Twyman D. G. Allergic reactions to tetanus toxoid // BMJ. 1962; 1:1116.

41 Regamey In: Herrlich. Handbuch der Schutzimpfungen 1965, S. 425.

42 Cooke R. A. et al. Allergy induced by immunization with tetanus toxoid // JAMA. 1940;

114:1854; Cunningham A. A. Anaphylaxis after injection of tetanus toxoid // BMJ. 1940;

522-3; Whittingham H. E. Anaphylaxis following administration of tetanus toxoid // BMJ.

1940; 1:292; Parish H. J., Oakley C. L. Anaphylaxis after injection of tetanus toxoid. Report of a case // BMJ. 1940; 1/294.

цинации скончалась 24-летняя женщина. У нее не было реакции на предшествующие прививки против столбняка, но она страдала от

астмы, а ее сестра имела аллергические реакции на прививку против столбняка. Эти несомненные противопоказания были отвергнуты ее свекром, который настоял на прививке<sup>43</sup>. В другом случае после прививки у 34-летнего мужчины начался сильный отек руки, в которую был сделан укол. Затем отек распространился на половину (со стороны поражения) тела, шеи и головы. На четвертый день после второй ревакцинации развились шок и синдром Лайелла (пузыри на ладонях с отслоением кожи и выделением черноватой жидкости), за которыми последовали ишемические контрактуры скелетной мускулатуры. Смерть наступила от остановки сердца<sup>44</sup>. В 1986 г. был описан случай 14-летнего мальчика, у которого не было ничего, кроме царапины, полученной во время игры с собакой. Хозяин собаки настоял на профилактике столбняка. Через пять минут после прививки ребенок умер<sup>45</sup>.

Возможность анафилактического шока после прививки от столбняка (как, впрочем, и после других прививок) признана сегодня официально: «Помещение, где проводят прививки и экстренную специфическую профилактику столбняка, должно быть обеспечено средствами противошоковой терапии»<sup>46</sup>. Попутно следует отметить, что неоднократные случаи анафилактического шока отмечались также на введение противостолбнячных сывороток, применение которых началось в 1900 г.

Из других потенциально смертельных осложнений противостолбнячной прививки рядом авторов описан инфаркт миокарда<sup>47</sup>.

Было показано, что введение столбнячного анатоксина приводит к тя-

43 Staak M., Wirth E. Zur Problematik anaphylaktischer Reaktionen nach aktiver Tetanus-

Immunisierung // Dtsch Med Wschr. 1973; 98:110 — 111. Кстати, в современных прививочных руководствах ни астма, ни аллергические заболевания в семье больше не считаются противопоказаниями. Вот пример: «Если в анамнезе есть данные... обаллергических заболеваниях в семье или случаях тяжелой реакции и поствакцинальных осложнений в семье, это... не является противопоказанием к вакцинации» {Ани-

симова Т. Б. «Прививки: полный календарь, сроки, показания и противопоказания».

РнД, 2003, с. 43). Делайте выводы, читатели...

44 Frank K. H. et ей. Todliche Impfkomplicationen (Lyell-Syndrom) nach Tetanustoxoid //

Dtsch Gesundheitswesen. 1974; 29:1430 — 1434.

45 Spann Wll Medical Tribune. 1986; 19:10.

46 Медуницын Н. В. Вакцинология, с. 147.

47 Buchwald G. Uber Todesfalle nach der Wundstarrkrampf-Impfung // Erfahrungsheilkunde.

1/88, Hochrein M. Herzinfarkt und Beruf // Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Arbeitshygiene. 1970; 5:165, Eisenreich A., Walter. H. Herzinfarkt als Unfallfolge // ZschrArztl Fortb. 1972; 66:518.

желому подавлению иммунитета. У11 здоровых добровольцев, получивших ревакцинацию против столбняка, резко снизилось соотношение Т-хелперов к Т-супрессорам, причем у четырех испытуемых — до уровня, характерного для больных СПИДом<sup>48</sup>. Хотя через какое-то время все вернулось в норму, понятно, что в течение периода возвращения иммунитета к его нормальной функции человек становится подверженным немалому количеству болезней. Кроме того, если вспомнить, что только на первом году жизни ребенок помимо кучи других вакцин получает три порции столбнячного токсоида, а четвертую — в середине второго года, то стоит ли удивляться тому, что дети первые несколько лет жизни вполне «планово» хронически больны вследствие получаемых регулярно прививок? А ведь именно в это время на всю жизнь формируется иммунная система!

Имеется немалое количество сообщений о поражении нервной системы после прививок столбнячным анатоксином — примерно в 1,4 случая на миллион прививок<sup>49</sup>. Чаще всего это разнообразные периферические нейропатии, невриты и пр. Например, «нейропатия плечевого сплетения случается практически исключительно у взрослых, получавших многочисленные прививки столбнячного токсоида»<sup>50</sup>. Описана мультифокаль- -ная демиелинизирующая нейропатия, развившаяся после прививки<sup>51</sup>. В литературе имеются

указания и на случаи поражения центральной нервной системы, в том числе и энцефалиты со смертельным исходом<sup>52</sup>. В ГДР до 1981 г. были выплачены компенсации за три случая энцефалита после противостолбнячных прививок<sup>53</sup>. Описаны случаи поражения черепно-мозговых нервов — слухового, зрительного, глазодвигательного, лицевого и возвратного<sup>54</sup>. Синдром Гийена — Барре встречается с частотой 0,4 случая на 100 тыс. доз<sup>55</sup>.

Описаны ревматоидные реакции и реакции со стороны желудочно-ки-

48 Eibi et al. Abnormal T-lymphocyte subpopulations in healthy subjects after tetanus boosterimmunization // N Engl J Med. 1984 Jan 19; 310(3):198 — 9.

49 Dittmann S. Atypische..., S. 161.

50 См. прим. 39.

51 Paradise G. et al. Multifocal demyelinating neuropathy after tetanus vaccine // Medicine.

(B Aires) 1990; 50(1):52 — 4.

52 Buchwald G. Uber Todesfalle... См. также прим. 44.

53 Dittmann S. Atypische..., S. 163.

54 Eicher W., Neundorfer B. Rekurrenslahmung nach Tetanustoxoid-Auftrischimpfung (mit allergischer Lokalreaktion) // MMW. 1969; 111:1692 — 96; Stalikamp B. u. a. // Dtsch med Wschr. 1974; 99:2579.

55 Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика..., с. 135.

шечной системы. В одном случае после прививки столбнячного анатоксина на фоне шока развилась острая анурия, приведшая больного к смерти<sup>56</sup>.

Кроме того, возможно немалое количество кожных аллергических реакций в ответ на инактивированный токсин или отдельные компоненты вакцины (например, формальдегид или алюминий).

Необходимо отметить, что число побочных реакций разной степени тяжести нарастает пропорционально количеству ревакцинаций — факт, отмечаемый многими авторами<sup>57</sup>. Это связано с гипериммунным состоянием и нарастающей сенсibilизацией к компонентам вакцины. Особенно хорошо это

видно на примерах военнослужащих, получающих частые (и малооправданные с точки зрения особенностей иммунного ответа при столбняке) прививки. В 1961 г. двое исследователей сообщали: «В Национальной гвардии, например, нынешние правила требуют ревакцинацию каждые три года, и, как следствие, некоторые из старослужащих часто тяжело страдают и даже теряют трудоспособность из-за реакций, вызываемых самой обычной дозой столбнячного токсоида»<sup>58</sup>.

Как и другие вакцины, столбнячный анатоксин никогда не исследовался на канцерогенный эффект. Не изучались и отсроченные последствия его применения.

Эффективность ясно, что «защита», если даже таковой суждено будет возникнуть благодаря прививкам, окажется сравнительно недолгой и непрочной, ведь сама перенесенная болезнь не приводит к выработке стойкого иммунитета. Значит, потребуется немалое количество прививок.

Здесь мы в очередной раз подходим к вопросу о том, что же такое эффективность и на основании чего она должна определяться. Если мы говорим о «защитном уровне» антител, то четкого его определения нет — тот уровень, который для одних людей является защитным для обороны от некоторого количества столбнячного токсина, не будет таковым для других людей при той же самой или более высокой концентрации токсина. Антитела не препятствуют образованию нейротоксина, они могут лишь нейтрализо-

56 Frank K.-H. Todliche...

57 См., например, Relihan M. Reactions to tetanus toxoid // / Ir MedAss. 1969; 62:430 — 489;

BaratfL. J. et al. DPT associated reactions: An analysis by injection site, manufacturer, prior reactions, and dose // Pediatrics. 1984; 73/1:31 — 8.

58 McComb J., Levine L. Adult immunization: II. Dosage reduction as a solution to increasing reactions to tetanus toxoid // NEJM. 1961 265:1152 — 3.

вать уже образовавшийся. И если не будет произведена надлежащая хирургическая обработка обильно инфицированной клостридиями раны, в которой создались условия для их развития и

выработки токсина и, возможно, не введен столбнячный иммуноглобулин, то никакие антитела, хоть в «защитном», хоть в «незащитном» титре, не помогут. Это подтверждает тот факт, что среди заболевших и скончавшихся от столбняка числится немало привитых. Так, в США в 1995 -1997 гг. столбняком заболели 124 человека (примерно 0,15 заболевших на 1 млн. населения в год), 14 из которых скончались. Из числа заболевших 12 (!) получили в прошлом четыре и более доз вакцины, по четыре человека — три и две дозы, 11 — одну дозу, 27 — ни одной и у 66 история прививок была неизвестна. Последнее должно означать, что большинство из них, если не все, уж одну-^го дозу как минимум в прошлом получили (иначе попали бы в графу «ни одной»), а скорее всего и больше; просто не были найдены необходимые документы, а сами пациенты уже точно не помнили (или в силу тяжести состояния не могли сообщить), прививки от чего именно и когда они получали. Из числа этих 66 скончались девять, среди не получивших ни одной дозы — четыре, и один умер, имея в прошлом две прививки от столбняка. Было отмечено, что большинство скончавшихся относились к группам риска (наркоманы, пострадавшие от тяжелых ожогов, пожилые люди) или имели инфицированные раны, не обработанные должным образом<sup>59</sup>.

Имеются свидетельства о том, что после тяжелых осложнений, последовавших вслед за первыми прививками против столбняка, концентрацию токсоида в вакцине постоянно снижали — а вслед за ней снижалась и способность анатоксина вызывать иммунный ответ, достаточный для появления «защитного» титра антител. По ироническому замечанию проф. Р. Мендельсона, «скорее всего, нынешняя вакцина против столбняка так же эффективна, как и чистая вода. До самого последнего времени правительственная статистика признавала, что около 40% детского населения США не привиты от столбняка. А куда же тогда на протяжении десятков лет деваются случаи столбняка от ржавых гвоздей?»<sup>60</sup>. То, что заболеваемость столбняком снижается и безо всяких прививок, — факт, на который указывают многие.

"Одна доза столбнячного анатоксина, вводимая первично, обеспечивает лишь слабую защиту. Спустя 2-4 недели после второй

инъекции антигена уровень антител превышает минимальный «защитный титр». Трех-

59 Tetanus Surveillance — United States, 1995 — 1997 // MMWR. July 3, 1998/47; (SS-2):1-13.

60 The People's Doctor. Vol. 8, Q 12.

кратное введение вакцины обеспечивает напряженный иммунитет на протяжении по крайней мере 1-5 лет. Ревакцинация, проводимая через год, сохраняет иммунитет в течение 7-10 лет"<sup>61</sup>. Не очень понятно, сколько же длится «защита» после трех прививок — один год или пять лет? Читатели согласятся, что разница имеется, однако, похоже, вакцинированных этот вопрос не очень волнует — главное, хоть как-то дотянуть до четвертой прививки, которая должна завершить первую серию столбнячно-прививочного сериала длиной в жизнь. Согласно последнему российскому прививочному календарю (2001 г.), после трех прививок в 3,4,5 и 6 месяцев, ребенка следует ревакцинировать сначала в возрасте 18 месяцев, потом в 6 лет, а затем в 14 лет. После этого прививки от столбняка и дифтерии рекомендуется повторять каждые 10 лет. Эта рекомендация, впрочем, разделяется далеко не всеми специалистами: «Эпидемиологические данные указывают на то, что плановые прививки раз в десять лет практически не имеют ценности и не стоят затрат..."<sup>62</sup>.

"Минимальным защитным уровнем противостолбнячных антител считается 0,01 МЕ/мл сыворотки крови"<sup>63</sup>. Этот уровень был произвольно установлен на морских свинках группой исследователей в 1937 г.<sup>64</sup>, и хотя он и сегодня продолжает считаться защитным, практика не раз это опровергала. К тому же он был определен как уровень, предотвращающий смерть от столбняка, а вовсе не заражение!<sup>65</sup> Некоторые исследователи ставят под сомнение как эту цифру, так и вообще возможность подхода с одной «антительной» меркой ко всем людям: «Нет абсолютного или универсального защитного уровня антител... Уровень нейтрализующих антител у людей, считающийся ныне защитным, 0,01 МЕ/мл, основан на исследованиях на животных и сравним с таковым у человека уже при симптомах наступающей смерти"<sup>66</sup>. Случаи

столбняка, в том числе и в его тяжелейших формах, у имеющих не только «защитный», но и значительно превышающий его уровень антител, многократно описаны в специальной литературе. Эти же исследователи сообщили о случае столбня-

61 Медуницын Н. В. Вакцинология, с. 146.

ы Gardner P., LaForce F. M. Protection against tetanus // NEJM. 1995; 333/9:599.

63 См. прим. 58.

64 Sneath P. A. T. et al. Tetanus immunity: the resistance of guinea pigs to lethal spore doses induced by active and passive immunization // Am J Hygiene. 1937; 25: 464 — 476.

65 К тому же 6 из 45 морских свинок все же не спаслись «защитными» 0,01. В очередной раз путаница этих понятий обсуждалась у: Vinson D. R. Immunisation does not rule out tetanus // BMJ. 2000; 320:383.

6(1 Passen E. L, Andersen B. Clinical tetanus despite a protective level of toxin-neutralising antibody // JAMA. 1988; 255:19:1171 — 3.

ка у 35-летнего мужчины, у которого болезнь развилась несмотря на то, что уровень антител был в 16 раз выше считающегося «защитным»<sup>67</sup>. Также в 16 раз был выше «защитного» уровень антител у скончавшегося от столбняка наркомана<sup>68</sup>. Но это не предел. У 29-летнего пациента, получившего три прививки в детстве и две ревакцинации позднее и благополучно при этом заболевшего столбняком, титр антител превышал защитный в 100 (!) раз<sup>69</sup>. Два других автора описали трех пациентов с тяжелым столбняком, заболевших несмотря на высокий уровень антител (один скончался). Двое получили последнюю прививку за год до болезни, а один из пострадавших... даже был «столбнячным» донором — был гипериммунизирован для получения коммерческого столбнячного иммуноглобулина!<sup>70</sup> Зачастую уровень антител у пациентов не определяли (хлопотная и дорогостоящая процедура), но история ранее сделанных прививок не оставляла сомнений, что они делались многократно и согласно всем существующим правилам. Еще одна публикация в 1986 г. упоминает о столбняке с тризмом жевательной мускулатуры у 18-летнего юноши, ранее полностью привитого, с

ревакцинацией, сделанной за шесть лет до того; в той же публикации отмечалось, что двое из трех других пациентов, лечение которых от столбняка проводилось в госпитале, были частично привитыми<sup>71</sup>. Среди госпитализированных по поводу столбняка в Дании в 1978-1982 гг. 10% были ранее полностью привиты от столбняка; подавляющее большинство остальных пострадавших были привиты частично<sup>72</sup>. Несмотря на все сделанные прививки, у десятилетней английской девочки после ранения ноги развился столбняк (от которого она, впрочем, полностью выздоровела)<sup>73</sup>. Желаящие могут найти иные описанные в литературе случаи, свидетельствующие о возможности заболевания столбняком и после сделанных по полной программе прививок, и у лиц с «защитным»

67 Там же. Сравните эту информацию с безапелляционным: «Случаи возникновения столбняка у правильно вакцинированных неизвестны» (Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика..., с. 131). Кому неизвестны?

68 Abrahamian F. M. et al. Fatal tetanus in a drug abuser with «protective» antitetanus antibodies // Emerg Med. 2000 Feb; 18:189 — 93.

69 pryOr T. et al. Elevated antitoxin titers in a man with generalized tetanus // JFam Pract. 1997

Mar; 44(3):299 — 303. Интересно, что этот пациент также был наркоманом.

70 Crone N. E., Reder A. T. Severe tetanus in immunized patients with high anti-tetanus titers // Neurology. 1992; 42:761 — 4.

71 Vieira B.L et al. Cephalic tetanus in an immunized patient // MedJAustr. 1986; 145:156 — 7.

72 Simonsen O. et al. Epidemiology of tetanus in Denmark 1920 — 1982 // Scand] Infect Dis.

1987; 19:437 — 44.

73 Towlson S. Girl aged 10 catches tetanus despite vaccination // The Times. August 14, 2000.

уровнем антител. Именно поэтому все последние серьезные публикации по столбняку завершаются призывом к докторам

относиться к этой болезни максимально серьезно и меньше обращать внимания на наличие прививок в прошлом.

Несмотря на приведенные примеры, исследования показывают, что ранее привитые имеют меньшую вероятность заболеть столбняком и погибнуть от него. Но достаточно ли данных исследований, взятых в отрыве от всего остального, чтобы легко убедить себя: да, прививка нужна? Поставим вопрос по-другому: когда делать эту прививку и стоит ли ее делать вообще, учитывая крайнюю редкость самого заболевания и эффективность доступных экстренных профилактических мероприятий, а также принимая во внимание вероятность осложнений, связанных с введением вакцины? Для недавней статьи в престижном журнале американские авторы наскребли по сусекам Национальной системы регистрации и наблюдения за заболеваниями (National Notifiable Diseases Surveillance System)... аж 15 заболевших в США детей в возрасте младше 15 лет в период 1992 — 2000 гг. В среднем пострадавшие провели в больнице 28 дней; восьмерым потребовалось подключение к аппарату ИВЛ. Все без исключения заболевшие выздоровели. Среди них было 12 непривитых (включая двух младенцев в возрасте до 10 дней, которые не могли быть привиты по определению), десять детей в возрасте от 3 до 14 лет не были привиты из-за отводов по религиозным убеждениям родителей. Вывод: 80% заболевших среди непривитых — делайте детям прививки!<sup>74</sup> Читателей такие сведения очень убеждают в необходимости прививок?!

Завершая эту главу, я хотел бы кратко изложить одну историю, хорошо иллюстрирующую этические стандарты вакцинаторов<sup>75</sup>. В 1991 г. ВОЗ объявила программу ликвидации столбняка новорожденных к 1995 г. (разумеется, будучи основанной на одном лишь стремлении реализовать побольше вакцин, продиктованном нажимом фармацевтических компаний, эта программа провалилась также благополучно, как и аналогичные программы ликвидации кори и полиомиелита). Для ликвидации столбняка ВОЗ предложила план активной вакцинации женщин детородного возраста в тех странах, где остра проблема столбняка новорожденных, включавший пять

последовательных прививок в течение 2,5 лет (интервал между первой и второй прививками — как минимум четыре недели, меж-

74 Fair E. et al. Philosophic Objection to Vaccination as a Risk for Tetanus Among Children Younger Than 15 Years // Pediatrics. Vol. 109 No. 1 January 2002, p. e2.

75 Цит. по: Diodati C Immunization..., p. 218 — 221.

ду второй и третьей — как минимум полгода, между третьей и четвертой, а также четвертой и пятой — как минимум год). Однако вакцинаторы «на местах» — а именно в Никарагуа, Мексике и на Филиппинах эту схему творчески переработали, вводя три дозы столбнячного анатоксина уже в первые три месяца и очень скоро после этого — еще две. Но мало того. В качестве высокомолекулярного носителя для столбнячного токсоида в ряде серий вакцины использовался человеческий хорионический гонадотропин — гормон, выработка которого начинается при зачатии и вскоре прекращается, так как мешает нормальному развитию плода. Ни слова об этом прививаемым (а точнее, жертвам прививок) сказано не было. На Филиппинах кроме огромного количества осложнений, связанных с сенсibilизацией к столбнячному токсоиду из-за частых прививок с малым интервалом между ними (обычно речь шла о крайне болезненной опухоли в месте инъекции), было зарегистрировано и необычайно большое количество выкидышей. Филиппинская медицинская ассоциация провела выборочные проверки вакцин и обнаружила, что в 20% из них имеется человеческий хорионический гонадотропин. И ВОЗ, и местные чиновники от медицины яростно отрицали использование гонадотропина, после чего филиппинские власти пригласили независимых экспертов, которые, разумеется, обнаружили как гонадотропин в вакцинах, так и антитела к нему в высоком титре у 27 из 30 выборочно проверенных женщин, которые ранее были привиты от столбняка. Поскольку ничему иному, кроме использования вакцин, это приписано быть не могло, ВОЗ пришлось признать использование — втайне от прививаемых и от врачей! — человеческого гонадотропина в вакцине. ВОЗ заявила, что гонадотропин-де являлся лишь экспериментальной частью

производственного процесса и не должен был попасть в вакцины, а попал лишь потому, что тесты на его определение давали ложноотрицательные результаты. Мало кто поверил этой выдумке. Вся эта отвратительная история, разумеется, была грубейшим нарушением Нюрнбергского этического кодекса 1947 г., декларирующего обязательное информированное согласие принимающего участие в эксперименте, и Хельсинкской декларации 1964 г., устанавливающей приоритет интересов индивидуума над интересами общества. Прививаемые экспериментальными вакцинами ничего не знали ни об их составе, ни о тех последствиях, к которым могло привести использование гонадотропина, и, разумеется, не могли дать информированного согласия. Никто не объяснял им, каким образом можно предотвратить столбняк новорожденных — речь шла исключительно о прививках как о единственной спасительной мере. Помимо всего прочего эта история дана великолепный

аргумент в руки тех, кто утверждает, что своими вакцинами ВОЗ стремится контролировать рождаемость в «неудобных» странах, обычно относящихся к третьему миру.

Этот «экспериментальный» аспект прививания также неплохо бы иметь в виду всем, кто решается подвергнуться этой процедуре.

Завершить главу я хотел бы словами бельгийского гомеопата д-ра Криса Гоблома, написавшего по столбняку большой аналитический обзор, некоторыми материалами которого я воспользовался в работе над настоящей главой: «Огромное количество публикаций о побочных реакциях на вакцину столбнячного токсоида не позволяет отмахнуться от них как от редких и безобидных. Тот, кто это делает, лишь демонстрирует, что он не знаком с литературой по обсуждаемому вопросу... Не может считаться разумной такая медицинская практика, при которой жизнь пациента подвергается опасности при проведении процедуры, которая, вероятно, неэффективна, для того чтобы предотвратить болезнь, которая, вероятно, никогда не случится. В масштабах всего мира все, что требуется -дезинфицировать ножницы, которыми перерезают пуповину. Информация, мыло и перекись водорода могут оказаться куда более полезными, чем прививка против столбняка»<sup>76</sup>.

76 Goblomme K. Tetanus toxoid vaccination: an overview // International Vaccination Newsletter. Sept. 1996.

Выводы:

Столбняк-заболевание, вызываемое нейротоксином, который вырабатывается в анаэробных условиях клостридиями (обычно в глубоких колотых ранах).

Заболеваемость столбняком в развитых странах составляет несколько десятков человек в год. Снижение заболеваемости столбняком достигнуто в первую очередь благодаря правильной хирургической обработке ран и применению мер экстренной профилактики столбняка, а также снижению объема ручного труда в сельском хозяйстве.

Группами высокого риска являются новорожденные в странах третьего мира, наркоманы, использующие наркотики для внутривенного введения, пострадавшие от тяжелых ожогов и пожилые люди.

Прививка от столбняка связана 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, желающие тем не менее сделать своим детям прививку только от столбняка, должны помнить о существовании монокомпонентной вакцины.

ТуберкулезБолезньТуберкулез — одно из старейших известных человечеству заболеваний, при этом оно, как никакое другое, примечательно своей тесной связью с социально-экономическим состоянием общества. Если связь иных инфекционных заболеваний с уровнем благосостояния может еще в какой-то мере являться предметом дискуссий, то для туберкулеза этот вопрос решен давно и не оспаривается даже самыми рьяными приверженцами прививок. 95% всех случаев туберкулеза и 98% смертей от него в мире приходится на развивающиеся страны. При этом 80% случаев

заболевания выпадает лишь на 22 страны, а среди них половина случаев туберкулеза принадлежит всего-навсего пяти странам Южной Азии. Хотя туберкулез никогда не сходил с повестки дня развивающихся стран, в последние годы эта проблема встала особенно остро в связи со СПИДом, поскольку последний способен вызывать реактивацию дремлющей туберкулезной инфекции. Участие СПИДа в мировой статистике туберкулеза оценивается примерно в 8%, однако в некоторых африканских странах эта цифра в пять раз выше. Согласно недавнему заявлению Отдела исследования тропических болезней при ВОЗ, заболеваемость туберкулезом на подъеме в СНГ и странах области Сахары в Африке; во всем остальном мире она в целом снижается<sup>1</sup>. По существующим сегодня оценкам, до 32% всего населения мира заражено туберкулезом, однако в болезнь он может развиваться лишь у 10%.

Заболеваемость туберкулезом может широко варьироваться в разных районах даже одной страны в зависимости от социально-экономических условий. Так, в 1999 г. в Омахе было зарегистрировано 1,3 заболевших на 100 тыс. населения, в то время как в Нью-Йорке это число равнялось 17,7, а в Сан-Франциско -18,2. При этом более 40% заболевших туберкулезом в США были выходцами из других стран, главным образом из Вьетнама, Филиппин и Мексики<sup>2</sup>. В России заболеваемость туберкулезом составила в 2001 г. — 68,37, а в 2002 г. — 69,52 на 100 тыс. населения<sup>3</sup>.

1 TDR Strategic Direction for Research: Tuberculosis. February 2002.

2 Tuberculosis in the workplace. IOM Report, 1981, p. 6.

3 Данные с сайта Федерального центра Госсанэпиднадзора РФ. При этом в Мурманской области заболеваемость равнялась 96,5, в Калмыкии — 366,8, а в Туве — 472,9. Вероятнее всего, эта география указывает как на высокую концентрацию пенитенциарных учреждений, так и на развал системы здравоохранения в этих регионах.

Болезнь вызывается микобактерией, обнаруженной в 1882 г. Робертом Кохом. Из всех видов существующих микобактерий, туберкулез у человека могут вызвать представители человеческого (*Mycobacteria tuberculosis*) и бычьего (*Mycobacteria bovis*) видов.

Некоторые авторы в качестве исключительно редкой причины упоминают также птичий вид (*Mycobacteria aves*), другие такую возможность отрицают.

Обычным путем заражения является воздушно-капельный (при кашле, чиханье, разговоре), а источниками становятся больные туберкулезом легких или гортани. С вдыхаемым воздухом микобактерий попадают в легкие, где поглощаются клетками, называемыми альвеолярными макрофагами. После этого начинается период медленного роста, результатом которого становится образование туберкулезной гранулемы. Микобактерий могут сохраняться в организме десятки лет, ожидая подходящих условий для реактивации. Таковыми могут стать химиотерапевтическое лечение по поводу онкологических болезней, СПИД, сильный стресс, истощение. Наилучшие условия для размножения микобактерий существуют в органах с высоким уровнем снабжения кислородом, к которым в первую очередь относятся легкие (особенно их верхние доли), почки, костный мозг и оболочки спинного и головного мозга. Внелегочное развитие туберкулеза (около 15% в структуре заболеваемости) характерно для лиц с ослабленной иммунной системой; среди них четверть имеет историю неудачного или незавершенного лечения туберкулеза в прошлом. Факторами риска для туберкулеза признаются СПИД, алкоголизм, низкий социально-экономический статус, отсутствие жилья или проживание в условиях скученности, либо в стране с высоким уровнем заболеваемости туберкулезом, наличие болезни, ослабляющей иммунную систему, работа в системе здравоохранения. Отсюда понятно, что туберкулез будет типичен главным образом для небогатых стран, неспособных обеспечить своим гражданам достойные условия существования, а также своевременные диагностику и лечение. Если к этому прибавить огромное количество людей, находящихся в отвратительных условиях в местах лишения свободы и в армии, то мы получим нынешнюю картину, как нельзя более способствующую высокой заболеваемости туберкулезом<sup>4</sup>,

<sup>4</sup> В статье: Farmer P. TB superbugs: the coming plague on all your house // *Natural History*. April 1999, p. 46 — 53, указывается, что главным фактором распространения самого опасного, устойчивого к

лекарственной терапии туберкулеза (MDR-TB — multidrug-resistant tuberculosis) в России являются тюрьмы, где он принял настоящие эпидемические масштабы вследствие скученности и плохого питания заключенных, а также неудовлетворительного уровня медицинских услуг и нехватки (см. след. стр.)

на которую вряд ли могла бы повлиять и самая эффективная вакцина, если бы таковая существовала.

Первичное инфицирование микобактериями обычно бессимптомно, и подавляющее большинство так никогда и не узнают, что заразились туберкулезом. Еще старая советская «Большая медицинская энциклопедия» довольно точно и подробно описывала последовательность событий при инфицировании: «У человека имеется относительный естественный иммунитет, о чем свидетельствует течение первичной инфекции у большинства детей. В одних случаях микобактерии, внедряясь в организм, не вызывают никаких микро- и макроскопических изменений в органах и тканях и как бы находятся в состоянии симбиоза с макроорганизмом; туберкулиновые реакции при этом остаются отрицательными... Это происходит тогда, когда для размножения микобактерии нет подходящих условий в организме... По такому пути инфекция может протекать только в организме, обладающем очень высокой степенью естественного иммунитета. В большинстве же случаев микобактерии при внедрении в организм на первых порах медленно размножаются и, оседая в различных органах и тканях, вызывают только незначительные изменения в наиболее чувствительном органе — легких и в соответствующих регионарных лимфатических узлах. Таким путем образуется первичный туберкулезный комплекс. Благодаря малой чувствительности организма к туберкулезному возбудителю и естественным защитным механизмам — фагоцитозу и инкапсуляции эти изменения обычно далеко не заходят, и образующийся в результате инфекции первичный комплекс начинает заживать. . .5. Конечно, любого родителя в первую очередь интересуют не эти теоретические сведения, а то, насколько легко заразиться туберкулезом медикаментов, а иногда и целенаправленного самозаражения — просто чтобы жить, получая

лечение, в более приемлемых условиях. Заболевшие получают неадекватное лечение неполными курсами лекарств — фактически лечение ведется лишь до тех пор, пока есть, чем лечить. Это приводит к появлению устойчивых к лекарствам штаммов возбудителя. Больных устойчивыми к лекарствам формами туберкулеза помещают в отдельные камеры, обрекая на смерть. Освобождающиеся заключенные, а также работающий в тюрьмах персонал приносят инфекцию в свои дома и т. д. 5 «Большая медицинская энциклопедия». М., 1963, т. 32, с. 965 — 966. Но если и в самом деле «естественная резистентность при туберкулезе играет большую роль» (Учайкин В. Ф., Шамшева О. В. Вакцинопрофилактика. Настоящее и будущее. М, 2001, с. 88), то с какой стати требуется срочно, в первые же дни жизни, фактически уничтожать ее, инфицируя новорожденного микобактериями бычьего туберкулеза в вакцине БЦЖ, вместо того чтобы укреплять эту самую естественную резистентность, которая сможет защитить при реальном заражении микобактериями человеческого туберкулеза?

- в частности, правда ли, как сказала медсестра в поликлинике (почему-то медсестры, словно сговорившись, повторяют одну и ту же байку), что достаточно чихнувшего в метро бродяги (вариант: вчерашнего заключенного), чтобы любимый малыш тут же, не сходя с места, заболел туберкулезом? Ответ и на это получен давно: «Хорошо известно на основании изучения данных аутопсий и туберкулиновых реакций, что практически каждый городской житель рано или поздно инфицируется микобактериями туберкулеза; однако только малое число людей заболевает прогрессирующим туберкулезом. Исход инфекции может зависеть от степени естественного иммунитета, от вирулентности, массивности инфекции, от частоты суперинфекций, от функционального состояния организма. Степень индивидуальной резистентности имеет большое значение для судьбы первичной инфекции. Оупи и Мак Фредрен описывают случаи, когда среди детей из одной семьи, находящихся в условиях тесного контакта с бацилловыделителем, некоторые заболели прогрессивным туберкулезом, другие — латентным, а третьи остались туберкулиноотрицательными.

Значение массивности и повторности в исходе инфекции доказано исследованиями Бернара, Дебре, Лелонга... которые в течение четырех лет вели наблюдения над детьми с положительной реакцией на туберкулин, инфицировавшимися в течение первого месяца жизни и затем изолированными от источника заражения. Из 171 отделенного ребенка 158 остались туберкулиноположительными, но не обнаружили клинических проявлений. Дети, оставшиеся в контакте, умерли от туберкулеза<sup>6</sup>. Авторы несколько раз подчеркивают важность индивидуальной резистентности, которая зависит от общего состояния иммунитета. А если прививаемый по календарю прививок ребенок на первом году жизни, когда как раз и закладывается иммунитет на всю дальнейшую жизнь, по всем правилам вакцинной науки находится в непрерывном «поствакцинальном периоде», характеризующимся выраженным угнетением функций иммунитета, то нетрудно предположить, что в будущем именно он может оказаться наиболее вероятной жертвой туберкулеза.

Лишь в исключительных случаях первичное инфицирование дает начало острому процессу. Как правило, туберкулез развивается на фоне сниженных функций иммунитета и вследствие постоянного контакта с бацилловыделителем, т.е. больным открытой формой туберкулеза. Обратить на себя внимание должны длительное повышение температуры и непрекращающийся кашель с увеличивающимся выделением мокроты<sup>б</sup> «Большая...», с. 96б.

(при легочном туберкулезе), ночной пот, слабость, отсутствие аппетита, потеря веса, увеличение лимфоузлов. Диагноз ставится на основании рентгенологического исследования легких и посева мокроты (рост микроорганизма обнаруживается примерно у 30% пациентов с активной формой болезни). В диагностике врачи до сих пор полагаются на кожный туберкулиновый тест, он же тест Манту, традиционно вызывающий много вопросов и заслуживающий особого разговора (см. ниже).

Заболеваемость туберкулезом, традиционно считавшимся болезнью проживающих в темных и сырых помещениях, и смертность от него начали резко снижаться со второй половины ХГХ

в., когда улучшилось общее санитарно-гигиеническое состояние мест проживания людей, а также появились законы об охране труда и обязательном медицинском страховании, обеспечившем доступ к медицине для широких слоев общества. Так смертность от легочного туберкулеза в Англии снизилась на 87% с 1855 г. до 1947 г., когда в широкое использование вошел стрептомицин, первое эффективное лекарство против туберкулеза. К 1953 г., когда началось использование вакцины БЦЖ, это снижение составило уже 93%. Похожая статистика имеется и для других стран. В Нью-Йорке в 1812 г. смертность от туберкулеза составляла свыше 700 на 10 тыс. заболевших. К моменту, когда Роберт Кох изолировал микобактерию (т.е. к 1882 г.), она снизилась до 370. Когда открылись первые санатории для лечения больных туберкулезом, смертность составляла уже 180 человек на 10 тыс. заболевших, хотя туберкулез все еще оставался второй по частоте причиной смерти. После второй мировой войны, но еще до того, как лечение антибиотиками стало рутинным, туберкулез опустился уже на 11-е место (смертность - 48 на 10 тыс.)<sup>8</sup>. Микобактерии быстро гибнут под влиянием ультрафиолетового излучения, т.е. на солнце. А потому понятно, что улучшение жилищных условий, доступ солнечного света и свежего воздуха в совокупности со здоровым иммунитетом являются решающими факторами в борьбе с туберкулезом.

***Кроме стрептомицина, во многом не потерявшего своего значения и до настоящего времени, в 1952 г. стал доступным новый препарат — изониазид. Для лечения сегодня также используются такие препараты, как рифампин и этамбутол. Лечение длительное — не менее шести месяцев, обычно шесть-девять месяцев. Примерно в 1 — 2% случаев врачам приходится сталкиваться с устойчивым к лекарственным препаратам туберкулезом, что чаще всего связано с появлением резистентных штаммов возбудителя вследствие неправильного или незавершенного лечения. Сочетание болезни иммунной системы и устойчивых форм туберкулеза часто оказывается смертельным.***

7 Taylor R. Medicine Out of Control. Melbourne, 1979, fig. 1.1, p. 8 — 9. Источники: Crofton /., Douglas A. Epidemiology and Prevention of Pulmonary Tuberculosis // Respiratory Diseases. Blackwell Scientific Publications. Oxford, UK,

1969, и McKeown T. *The Role of Medicine — Dream, Mirage, or Nemesis?* Basil Blackwell,

Oxford, UK, 1979, p. 92.

8 Renu Debos, Jean Debos. *The White Plague: Tuberculosis, Man and Society.* Boston, 1953.

Цит. по: Illich I. *Medical Nemesis: The Expropriation of Health.* New York, 1976, p. 15 — 16.

Гомеопатия занимается лечением туберкулеза с момента своего возникновения, и у гомеопатов есть все основания быть довольными своими успехами в этой области. Практически во всех книгах старых мастеров обсуждаются вопросы гомеопатического лечения туберкулеза и даются практические советы. Настоящая книга не предназначена для углубленного обсуждения столь сложной темы; кроме того, законодательства ряда стран запрещают лечить некоторые инфекционные болезни, среди которых обычно фигурирует и туберкулез, иными, отличными от конвенциональных методами. Однако самой большой проблемой является отсутствие практически у всех гомеопатов, живущих в развитых странах, квалификации, необходимой для лечения этой болезни. Сегодня лишь те доктора, которые имеют хорошую фундаментальную подготовку (например, выпускники гомеопатических колледжей Индии) и опыт лечения инфекционных болезней гомеопатическими средствами, могут чувствовать себя достаточно уверенно с такими пациентами. Поэтому здесь я процитирую лишь известные слова проф. Дж. Т. Кента, сказавшего о *Tuberculinum bovinum* — препарате, введенном в практику прославленным британским гомеопатом Дж. К. Бернеттом (1840 — 1901) под первоначальным названием *Bacillinum* — в посвященной этому лекарству главе своей знаменитой книги: «Если назначить *Tuberculinum bovinum* в разведении ЮМ, 50М и СМ, по две дозы каждой потенции с большими интервалами всем детям и молодым людям с наследственным туберкулезом, это . может избавить их от этого и восстановить равновесие в организме. Лекарство часто излечивает аденоидные разрастания и туберкулезное увеличение шейных лимфоузлов"9. Здесь следует непременно оговориться, что Кент, как это следует из текста главы, под наследственным туберкулезом имел в виду не развившееся

заболевание, а наследственную конституциональную предрасположенность к болезни. Лечение же самой болезни, разумеется, требует строжайшей индивидуализации — *conditio sine qua* поп успешной гомеопатической практики.

9 Кент Дж. Т. Лекции по гомеопатической *Materia Medica*. Т. II, М., 1999, с. 1281-1282. Известный английский гомеопат Д. Боленд, основываясь на своем богатом педиатрическом опыте, пишет: «В случае, если имеется несомненная история семейного туберкулеза, то помощь ребенку будет оказана дозой *Tuberculinum*, даваемой время от времени, вне зависимости от того, какое лекарство показано. В своей практике я даю примерно одну дозу в двенадцать месяцев» {Borland D. M. *Children's Types*. New Delhi, Reprint Ed., 2002, p. 11).

**Кожный туберкулиновый тест** Об этом тесте американский педиатр проф. Роберт Мендельсон в свое время писал следующее: «У родителей должно быть право предполагать (и большинство так и делает), что исследования, проводимые их врачом, обеспечивают точные результаты. Кожный туберкулиновый тест отнюдь не является медицинской процедурой такого рода. Даже Американская академия педиатрии, редко дающая негативную оценку процедурам, принятым в каждодневной практике ее членов, опубликовала критическое заявление относительно этого теста. Согласно этому заявлению, «несколько недавних исследований заставляют усомниться в чувствительности некоторых скрининг-тестов туберкулеза. Конференция, собранная Бюро по биопрепаратам (*Bureau of Biologies*), рекомендовала производителям, чтобы каждая серия тестировалась на пятидесяти заведомо позитивных пациентах для гарантии того, что производимая продукция обладает достаточными возможностями определения активного туберкулеза у любого тестируемого. Тем не менее поскольку многие тесты не проводятся двойным слепым рандомизированным методом и включают многие одновременно проводимые кожные пробы (т.е. имеется возможность подавления реакций), то интерпретация их затруднена». Заявление завершается следующим образом: «Скрининг-тесты туберкулеза несовершенны, и врачи должны знать, что возможны как ложноположительные, так и ложноотрицательные результаты». Короче, у вашего ребенка может быть туберкулез и при негативной

туберкулиновой пробе. Или туберкулеза у него может не быть, несмотря на положительный тест. Многих врачей это может ввести в заблуждение, грозящее тяжелыми последствиями. Почти несомненно, что если это случится с вашим ребенком, то он будет подвергнут ненужному и опасному одно- или многократному рентгеновскому исследованию грудной клетки. Кроме того, доктор может назначить ему опасные лекарства — например, изониазид на долгие месяцы «для предотвращения развития туберкулеза». Даже Американская Медицинская ассоциация признает, что доктора неразборчиво и слишком часто назначают изониазид. Это позор, потому что данное лекарство имеет длинный список побочных реакций со стороны нервной, желудочно-кишечной, кроветворной и эндокринной систем, а также оказывает влияние на костный мозг и кожу. Не следует упускать из виду и то, что ваш ребенок может стать парией среди соседей из-за глубоко укоренившегося страха перед этим инфекционным заболеванием. Я убежден, что возможные последствия положительного кожного туберкулинового теста намного опаснее самой болезни. Я считаю, что родители должны отвергнуть этот тест до той поры, пока они не будут точно знать, что их ребенок контактировал с больным туберкулезом"<sup>10</sup>.

Заведомая приблизительность и неточность этого теста, как мы видим, известна даже в тех странах, в которых детей не инфицируют микобактериями с самого рождения, т.е. не делают прививку БЦЖ. Наличие такой прививки в анамнезе еще сильнее запутывает дело, о чем речь пойдет ниже. Пока что посмотрим, насколько прав в своих рассуждениях проф. Мендельсон.

Согласно аннотации производителя ("Авентис Пастер") к биопрепарату «Туберосол», которым проводится такая проба<sup>11</sup>, основным его компонентом является очищенная белковая фракция, полученная из штамма человеческого *M. tuberculosis*, выращенная на безбелковой синтетической среде и затем инактивированная. Готовый препарат представляет собой изотонический буферированный раствор, в который кроме главного действующего компонента добавлены «Твин-80» (0,0005%) в качестве стабилизатора и фенол (0,28%) в качестве консерванта. Чтобы у читателей не оставалось сомнений относительно этой смеси, сообщу, что фенол,

он же карболовая кислота, считается одним из сильнейших клеточных (протоплазматических) ядов, а все разговоры о его якобы безвредности в такой невысокой-де концентрации — не более чем гадание на кофейной гуще, ибо никто и никогда не проводил исследований, призванных оценить долговременные последствия даже одно-, не говоря уже многократного введения фенола детям (проба Манту в некоторых странах, в том числе в России, повторяется ежегодно). Известна способность фенола подавлять иммунные реакции за счет блокирования фагоцитарного ответа. В токсических дозах он способен вызвать конвульсии, сердечную и почечную недостаточность. О «Твине-80», он же моноолеат полиоксиэтиленсорбита, он же полисорбат-80, в одном исследовании сообщается, что<sup>10</sup> Mendelson R. The Medical Time Bomb of Immunization Against Disease // East West Journal. November 1984.

11 Tuberculin Purified Protein Derivative (Mantoux) Tubersol (r). Diagnostic Antigen. Aventis Pasteur Ltd., Toronto — Ontario, Canada, Sept. 2001.

он обладает эстрогенной активностью — при введении внутрибрюшинными инъекциями новорожденным самкам крыс на четвертый-седьмой день после рождения он вызывал эстрогенные эффекты, включая раннее открытие влагалища, удлинение эструса и постоянный эструс. Некоторые из этих эффектов наблюдались много недель спустя после того, как использование препарата было прекращено<sup>12</sup>.

Как уже догадываются читатели, ни на канцерогенный, ни на мутагенный потенциал «Туберосол», как практически и все вакцины, не испытывался. Также не проводились испытания и на беременных животных.

Использование препарата призвано оценить отсроченную гиперчувствительность к туберкулину, что должно являться свидетельством наличия или отсутствия инфицирования микобактериями туберкулеза. Препарат в дозе 0,1 мл вводится внутрикожно<sup>13</sup>. Реакция на введение туберкулина, проявляющаяся уплотнением вследствие инфильтрации лимфоцитами и отека тканей, начинается через пять-шесть часов и достигает своего пика спустя 48

— 72 часа. Именно в этом промежутке времени она и должна оцениваться и регистрироваться в документах. Производитель замечает, что могут возникать реакции гиперчувствительности немедленного типа (т.е. аллергические) — на туберкулин или на компоненты смеси, но «диагностического значения эти аллергические реакции не имеют»<sup>14</sup>. В аннотации указывается, что существует немало факторов, которые могут снизить выраженность реакции и при наличии туберкулеза, диагностировать который призвана проба Манту, как-то: вирусные инфекции (корь, свинка, ветрянка, СПИД «и, вероятно, другие») и прививки живыми вакцинами (от кори, свинки, краснухи, полиомиелита оральной полиовакциной, желтой лихорадки) в течение пяти-шести недель после болезни или процедуры; диссеминированный туберкулез, другие бактериальные инфекции, лекарства (кортикостероиды и большинство им-мунодепрессантов), онкологические заболевания — короче, все, что может каким-либо образом негативно влиять на клеточный иммунитет. Препарат должен применяться с осторожностью или не применяться вообще у лиц, страдающих туберкулезом (непонятно: с какой целью? -А.

12 Gajdova et al. Delayed effects of neonatal exposure to Tween 80 on female reproductiveorgans in rats // Food Chem Toxicol. 1993; 31(3). 183 — 90.

13 В «Туберосоле» содержится 5 туберкулиновых единиц (ТЕ), в российской пробе — 2

ТЕ. Большого значения это, впрочем, не имеет, так как минздравовские инструкции бестрепетно предлагают в сомнительных случаях проводить пробу со 100 ТЕ.

14 Зато могут иметь очень большое, безотносительно к туберкулезу значение длясамого испытуемого!

К.) или с историей лечения туберкулеза в анамнезе, так как возможны тяжелые реакции в месте инъекции, вплоть до некроза тканей. Производитель предупреждает о необходимости соблюдения строжайшей стерильности и использовании одноразового инструмента, поскольку «зарегистрированы случаи передачи гепатита и ВИЧ при несоблюдении стерильности».

«Туберосол» может вызвать анафилактический шок, почему и необходимо иметь под рукой наготове раствор (1:1000) гидрохлорида эпинефрина. Нарушение правил хранения препарата может привести к ошибке в интерпретации теста.

Таким образом, на результаты введения туберкулина может влиять множество факторов — от индивидуальной повышенной чувствительности (что скорее норма, а не исключение в наш век тотальной сенсibilизации) до несоблюдения правил хранения препарата<sup>15</sup>. Одно это заставляет усомниться в целесообразности этой процедуры, так как подозрение в наличии туберкулеза может привести к вредному и при этом совершенно бессмысленному облучению в рентгеновском кабинете и далеко не безобидному «профилактическому лечению»<sup>16</sup>, не говоря уже о составе инъекционного<sup>15</sup> "При интерпретации динамики чувствительности к туберкулину следует также учитывать, что на интенсивность положительных реакций Манту может влиять ряд факторов, определяющих общую реактивность организма: наличие соматической патологии, общая аллергическая настроенность организма, фаза овариального цикла у девушек; индивидуальные характеристики чувствительности кожных покровов;

сбалансированность питания ребенка и пр. Выраженное воздействие на результаты массовой туберкулинодиагностики оказывают неблагоприятные экологические факторы: повышенный радиационный фон, наличие вредных выбросов химических производств и т.д. На результаты туберкулинодиагностики могут влиять различные нарушения в методике ее проведения: в транспортировке и хранении туберкулина, при применении нестандартного и некачественного инструментария, при погрешностях в технике постановки и чтения реакций Манту» (Министерство здравоохранения и медицинской промышленности РФ. Приказ № 324. 22.11.1995). О совершенствовании противотуберкулезной помощи населению Российской Федерации.

Инструкция по применению туберкулиновых проб. Смешна даже мысль, что кто-

либо будет принимать все это во внимание (особенно «вредные выбросы химических производств и т.д.») при «массовой туберкулинодиагностике»!

16 И даже в том случае, когда тест действительно указывает на инфицирование мико-

бактериями, это вовсе не означает того, что речь идет об активном процессе, требующем лечения, ведь, как уже говорилось, до 32% населения в течение жизни инфицируются ими. Производитель так и пишет: «Реакция на туберкулин может указывать на ранее перенесенное заболевание или инфицирование, связанное с М.

tuberculosis, а не свидетельствовать об активной болезни. Поэтому индивидуумы, у которых с точки зрения медиков тест оказался положительным, должны быть подвергнуты таким дополнительным диагностическим процедурам, как рентгеновское исследование грудной клетки и анализ мокроты», (см. след. стр.)

раствора, использующегося для пробы Манту, который даже самый отчаянный прививочный активист до тех пор, пока он находится в здравом уме и твердой памяти, вряд ли наберется смелости охарактеризовать как совершенно безобидный для ребенка. Но этим далеко еще не исчерпываются все проблемы с пробой Манту. Проводимая в ряде стран (насколько мне известно, практически во всех странах СНГ и Восточной Европы) прививка БЦЖ еще более запутывает и без того нелегкую интерпретацию результатов теста<sup>17</sup>. Производитель «Туберосола» сообщает: «Прививка БЦЖ может вызывать реакцию на туберкулин, которую нельзя с уверенностью отличить от инфицирования *M. tuberculosis*. Для тех, кто был ранее привит вакциной БЦЖ, вероятность реакции на туберкулин как следствие инфи-

Проф. Е. Овсянкина, главный специалист по туберкулезу Департамента здравоохранения г. Москвы, заявляет в интервью популярной газете следующее: «На результат пробы могут оказать воздействие и другие обстоятельства — ребенок может натереть область инъекции, намочить ее. Наконец, поскольку туберкулин является по своей сути аллергеном для организма, у ребенка-

аллергика реакция может быть более бурной. Все эти факторы должен оценить специалист-фтизиатр — вот почему не надо пугаться, если по результатам пробы ребенка направят для консультации в противотуберкулезный диспансер». И дальше: «Момент, когда инфекция впервые попадает в организм ребенка, а тем более активизируется в нем, достаточно ответственный. Многое зависит от состояния иммунитета — если он в порядке, то туберкулезная палочка «мирно сосуществует» с организмом. Если же ребенок ослаблен -а мы знаем, что в начальный школьный период, равно как и в подростковом возрасте, достаточно стрессов: это и учебные нагрузки, и эмоциональные, и физические, это, наконец, процесс бурного роста и изменений в организме, — то болезнь может пустить корни. Чтобы предотвратить возможность такого развития ситуации, ребенок должен не менее года наблюдаться в ПТД и при необходимости получить превентивное, или предупредительное, лечение». Волнующихся относительно результатов вздорных туберкулиновых опытов родителей можно, впрочем, успокоить: «К 25 годам значительная часть населения — до 85% — инфицируется микобактерия-ми туберкулеза, то есть у большинства туберкулезная палочка рано или поздно в организм попадает... «Взять верх» в борьбе с иммунитетом она может только в подходящих для этого условиях: при резком ухудшении жизненных условий — голоде, холоде, отсутствии нормальной гигиены и т. п.» (АиФ-Здоровье, № 21 (458) от 22 мая 2003 г.). Это именно то, о чем писал д-р Мендельсон, лишь сказанное немного другими словами и применительно к другой ситуации. Фтизиатр не снимет никаких стрессов, не улучшит питание ребенка, не снизит школьную нагрузку — т.е. не сделает самого главного, что могло бы кардинально исправить ситуацию и улучшить здоровье. Наоборот, ко всему этому он еще добавит «предупредительное» химиотерапевтическое лечение — новый тяжелейший стресс.

17 «Атака туберкулеза, какой бы умеренной и временной она ни была, делает человека туберкулиноположительным на всю жизнь» (Носсел Г. Антитела и иммунитет. М., 1973, с. 90. Цит. по: Червонская Г. П. Прививки: мифы и реальность. М., 2002, с. 245). А что иное прививка БЦЖ, как не фактическая атака туберкулеза?

цирования *M. tuberculosis* увеличивается: 1) с увеличением места реакции, 2) контактом с больным туберкулезом в анамнезе, 3) если пациент является выходцем из страны с высокой заболеваемостью туберкулезом, 4) с увеличением времени, прошедшим между вакцинацией и тестом. Например, если размер реактивного инфильтрата  $> 10$  мм у взрослого, привитого в детстве БЦЖ и прибывшего из страны с высокой заболеваемостью туберкулезом, то он, вероятно, инфицирован *M. tuberculosis*"<sup>18</sup>. Это вполне соответствует заявлению ВОЗ: «Несмотря на огромное число исследований, выполненных со времен Роберта Коха, мы все еще не располагаем простым чувствительным тестом, который позволил бы отличать большинство или всех больных активной формой туберкулеза от больных неактивным туберкулезом, или от лиц, ранее вакцинированных БЦЖ.."<sup>19</sup>.

Все эти «вероятно инфицирован» и иные высоконаучные гадания вокруг возможных причин правильных и неправильных реакций вряд ли могли бы что-либо вызвать кроме смеха и скорее годились бы для трудов середины, в лучшем случае конца XIX в., но вся беда в том и состоит, что это и есть современная «диагностика» туберкулеза!<sup>20</sup> Анализ «научных» результатов «папула больше — папула меньше и как это следует понимать» в аннотации уделена целая страница, причем, разумеется, на размер влиять может столько факторов, что разгадывание увлекательной головоломки под названием «проба Манту» только в одной школе могло бы обеспечить работой на полную ставку коллектив опытных фтизиатров, если бы учитывалось все, что только должно учитываться. Нельзя не согласиться с Г. П. Червонской, написавшей в своей книге: «Некорректность проведения этой «диагностической» пробы в принятой последовательности — предвари-

<sup>18</sup> Сравните с российским «...инфильтрат-5 — 11 мм характерен для поствакцинальной аллергии, инфильтрат 12 мм и более — будет скорее свидетельствовать о заражении туберкулезом» (выделено мной. — А. К.) (Справочник по применению бактериальных и вирусных препаратов. М., 1975, с. 204. Цит. по: Червонская Г. П. Прививки..., с.

250). Дорога длиной в целый миллиметр проложена от аллергии до «скорее туберкулеза» со всеми вытекающими отсюда последствиями. Помнится, в сказке С. Маршака «Двенадцать месяцев» юная взбалмошная королева высчитывала, что короче написать на тексте прошения о помиловании: «казнить» или «помиловать». Не передтаким ли примерно выбором стоят интерпретаторы теста Манту, вооруженные передовым научным прибором XXI в. — ученической линейкой? Казнить, миловать или продолжать бесконечные эксперименты с феноло-полисорбатно-туберкулино-

вым раствором в надежде получить более ясный ответ?

19 Бюллетень ВОЗ. 1990, т. 68, № 5, с. 16. Цит. по: Червонская Г. П. Прививки..., с. 70 — 71.

20 Справедливости ради отмечу, что в июне 2004 г. европейские страны утвердили новый, несравнимо более точный тест на наличие туберкулеза, основанный на изучении Т-клеточного ответа в сыворотке крови.

только БЦЖ — живые микобактерии, а после нее — реакция Манту — уже давно не вызывает сомнений ни в одной стране, ни у одного думающего специалиста. Это яркий пример абсурдного действия отечественного Минздрава, отсутствия знаний, активной имитации «безальтернативности» метода и нежелания вникнуть в проблему при монопольном праве вакцинологов безответственно рисковать здоровьем нации, поскольку туберкулин, вводимый чрезкожно, является дополнительным аллергеном<sup>21</sup>.

Относительно осложнений на «Туберосол» производитель сообщает о везикуляции, изъязвлении и некрозе в месте введения препарата у повышенно чувствительных лиц как о редких; зуд, боль и ощущение дискомфорта могут быть облегчены холодными примочками и местным использованием корти-костероидов (что, насколько я понимаю, делает последующую интерпретацию теста невозможной по определению). Редко могут случаться и немедленные местные эритемные реакции, а также генерализованная сыпь.

Вакцина Единственная имеющаяся сегодня вакцина против туберкулеза, БЦЖ, производимая сорока фирмами и названная по именам разработавших ее в первой четверти прошлого века французов Альбера Кальметта и Камилла Герена (*Bacillus Calmette — Guerin*), основана на *M. bovis*, как указывалось выше — родственной микобактерии туберкулеза человека. Эта вакцина является фактической прародительницей всех современных вакцин, истинным анахронизмом медицинской практики. Подобным же анахронизмом выглядело бы, наличествуй оно в сегодняшней медицине, лечение больных туберкулезом исключительно кумысом, сосуществовавшее некогда вместе с БЦЖ и признававшееся вполне успешным (строились даже специальные кумысолечебницы). Вакцине БЦЖ в 2008 г. будет уже сто лет, и сто миллионов детей (разумеется, в основном в развивающихся странах) получают ее ежегодно. Не стихающие вот уже 80 лет (прививка была рекомендована Гигиеническим комитетом Лиги Наций в 1923 г.) дебаты о месте этой вакцины, оставляющей у детей на месте своего введения сначала гноящуюся язву, а потом рубец<sup>22</sup>, в ряду иных противотуберкулезных<sup>21</sup> Червонская Г.П. Прививки..., с. 281.

<sup>22</sup> В отчете экспертной группы ВОЗ указывается, что «хотя БЦЖ-вакцины считаются безопасными, они относятся к числу наиболее реактогенных из числа используемых ныне. Сегодня вакцина БЦЖ — единственная, вызывающая образование местной язвы» (Fine P. E. M. et al. Issues related to the use of BCG in immunization programs. A discussion document. WHO, Geneva, 1999, p. 21).

мероприятий сами по себе являются лучшим свидетельством крайне сомнительной ее эффективности. Данные исследований этой вакцины в высшей степени противоречивы и не поддаются решительно никакой интерпретации в рамках здравого смысла. Так, в самых крупных исследованиях, проводимых с 1946 г., вакцина показала следующую эффективность: от 80% (США, 1946 -1949) до 14% (США, 1950 -1960) и даже... 0%! (Индия, 1968 -1970). Объяснить такую фантастическую разницу, по мнению представителя лаборатории БЦЖ при Институте Пастера в Париже, должны: различная степень загрязнения микобактериями окружающей

среды, генетическое разнообразие прививаемого населения, условия жизни, качество штаммов вакцины и проблемы с наблюдением за туберкулезом у детей<sup>23</sup>. Когда объяснить очевидный провал вакцины призвано столько факторов, то невольно возникает мысль, что прививку можно спокойно вынести за скобки туберкулезного уравнения со многими неизвестными, чтобы она не усложняла дело, а само уравнение решать так же, как это делается со всеми «беспрививочными» инфекционными болезнями, тем паче для обычного туберкулеза не характерно стремительное течение и для лечения его существуют эффективные лекарства.

Здесь очень важно подчеркнуть, что наличие прививки БЦЖ в анамнезе, по данным завкафедрой фтизиатрии и пульмонологии Донецкого государственного медицинского университета проф. Б. В. Нореико, не улучшает, а ухудшает прогноз течения «нормального» туберкулеза. Если ранее в структуре заболеваемости туберкулезом преобладал доброкачественно протекающий первичный туберкулез, обычно заканчивающийся спонтанным выздоровлением, то сегодня на смену ему приходит вторичный туберкулез, характеризующийся тяжелым течением и высокой смертностью: «У невакцинированных детей деструктивные формы первичного туберкулеза практически не развиваются... Ребенок, вакцинированный хотя бы однажды, приобретает стойкую гиперчувствительность к туберкулезной инфекции, поскольку вакцина БЦЖ получена из бычьего штамма МБТ (микобактериями туберкулеза. -А. К) .Диагноз первичного туберкулеза у вакцинированного ребенка является абсурдом. Ведь вакцинацию делают для того, чтобы изменить характер иммунного ответа, чтобы первичную встречу с вирулентной ТБ-инфекцией заменить первичной вакцинацией. И позже закрепить достигнутый иммунитет еще<sup>23</sup> Georghiu M. Antituberculosis BCG vaccine: lessons from the past // Vaccinia, Vaccination, Vaccinology. Jenner, Pasteur and their successors. International Meeting on the History of Vaccinology, 6-8 December 1995, Marnes-La-Coquette, Paris, France. Paris, 1996, p. 93.

двумя, тремя ревакцинациями в 7-, 14- и 18-летнем возрасте. О каком первичном туберкулезе можно говорить, если ребенок владеет поствакцинальным иммунитетом?.. Первичный туберкулез в

настоящее время может быть только у тех детей и подростков, которые по каким-то причинам были отведены от вакцинации, не были инфицированы и в течение всей жизни отрицательно реагировали на внутрикожное введение туберкулина. Мы на многие явления закрываем глаза, или мы устали, или так легче жить, повторяя старые истины и не видя отрицательной действительности. Загляните в детское и единственное в Украине специализированное подростковое отделение нашей клиники. Когда еще наблюдалось такое количество деструктивных форм туберкулеза у детей и особенно у подростков? Никогда. Я за 40 лет работы фтизиатром не видел такого количества кавернозного туберкулеза с бактериовыделением, какое вижу сейчас. Почему это так? Да потому, что вакцинация БЦЖ, которая проводится в настоящее время внутрикожным методом, насчитывает немного времени. Я еще застал время, когда вакцину БЦЖ вводили энтеро-рально по методу Деасиса. Эта вакцина поступала в кишечник и в большинстве случаев не обеспечивала развития поствакцинального иммунитета. Поэтому туберкулез у детей и подростков протекал чаще с чертами истинного первичного туберкулеза. Внутрикожное введение вакцины гарантирует изменение иммунного ответа у всех привитых детей. Развитие поствакцинального иммунитета приводит к тому, что все случаи туберкулеза у детей и подростков стали протекать по сценарию вторичного иммунного ответа клеточного типа, в арсенале которого заложена программа отторжения очага казеозного некроза. Если в прошлом за 20 лет я видел 1 первичную каверну в Донецкой области, то сейчас просто страшно смотреть на детей и подростков, у которых нет будущего, поскольку деструктивный туберкулез стал основной формой туберкулеза для этого возраста"<sup>24</sup>.

Справедливости ради следует также сказать, что вообще с идеей создания противотуберкулезной вакцины связано много проблем даже в самой теории. В отличие от иных инфекционных болезней, контакт людей с которыми случаен и недолговременен, микобактерии туберкулеза и род-

24 Норейко Б В Иммунологические аспекты фтизиатрии // Новости медицины и фармации (Донецк), 2003; 12(140). Сравните эти

данные проф. Норейко с таким высказыванием: «Большинство детей, привитых вакциной БЦЖ, совсем не заболевает туберкулезом, а в случае, если ребенок все-таки заболел, болезнь протекает нетяжело и может быть полностью излечена» (Либов А. Л. Воспитание здорового ребенка. Л., 1971, с. 26).

ственные им бактерии сопутствуют человечеству уже тысячи лет, находятся в нашем постоянном окружении и даже, вероятно, передаются от родителей детям. Все это обеспечивает в большей или меньшей степени (последняя зависит от генетической предрасположенности, интенсивности контакта с возбудителями и их вирулентности) иммунитет к болезни. Но что лучшее может предложить в таком случае вакцина?

Технологический процесс сублимации вакцины различается от производителя к производителю, в результате чего значительно варьируется и количество жизнеспособных и мертвых микобактерий в вакцинах разных компаний. Это может также быть частичным объяснением однозначно установленной неэффективности многих вакцин.

Прививка БЦЖ считается технически трудной для выполнения, особенно у младенцев. Наиболее распространенная ошибка — слишком глубокое введение иглы, когда вакцина попадает в подкожный слой и вызывает образование абсцесса.

Лучшие результаты вакцина БЦЖ показала в профилактике проказы, также вызываемой микобактериями. Впрочем, для читателей эта проблема вряд ли актуальна, а потому касаться ее здесь я не буду; отмечу лишь, что именно проказа является, согласно ВОЗ, одним из стимулов для продолжения БЦЖ-кампании в африканских и азиатских странах.

Прежде чем мы обсудим эффективность и безопасность вакцины, для тех читателей, которые любят заниматься подсчетами, предложу следующие цифры ВОЗ, повторяющиеся во многих публикациях. Стоимость одной прививки БЦЖ — ОД — 0,2 долл., что включает в себя стоимость вакцины (0,05 — 0,09 долл.) и стоимость одноразового шприца и иглы. Для того чтобы, даже по самой благоприятной для БЦЖ статистике, предотвратить один случай

заболевания туберкулезом в детском возрасте, необходимо привить от одной до двух тысяч детей, в то время как стоимость медикаментов для полугодового лечения туберкулезного больного по протоколу БОТБсоставляет 11 долл., которых в бюджете здравоохранения нет, особенно для находящихся в местах заключения. Учитывая сохраняющуюся российскую заболеваемость туберкулезом на уровне стран третьего мира, в том числе и среди детей, практически стопроцентно привитых БЦЖ в роддомах<sup>25</sup>, выводы относительно рациональности ны-

25 Вакцинаторы В. К. Таточенко и Н. А. Озерецковский пишут в своей примитивной и малограмотной агитброшюре «Родителям о прививках» (Москва, 2001 г., нумерация страниц отсутствует), выпущенной Центром гигиенического образования населения в Москве по заказу Министерства здравоохранения РФ: «Вакцинация БЦЖ надежно защищает ребенка от заболевания наиболее тяжелыми (см. след. стр.)

нешних расходов на эту прививку напрашиваются сами собой.

БезопасностьУ БЦЖ дурная слава вакцины, ответственной за несколько совершенно чудовищных случаев массовой гибели детей. В период с 10 декабря 1929 г. по 30 апреля 1930 г. 251 ребенок из 412, рожденных в Любеке (Германия), получил три дозы вакцины БЦЖ (через рот<sup>26</sup>) в течение первых десяти дней жизни. Из этого числа 72 ребенка умерли от туберкулеза, большинство в возрасте от двух до пяти месяцев жизни и все, кроме одного, — до истечения первого года жизни. 135 страдали от туберкулеза, но, вероятно, выздоровели. У 44 туберкулиновая проба стала положительной, но они не заболели. Никто из оставшихся непривитыми детей (161 ребенок) не заболел туберкулезом — ни в тот момент, ни в течение трех формами туберкулеза; в России заболеваемость туберкулезом привитых детей в 15 раз меньше, чем непривитых». Не будем останавливаться на очевидно напрашивающемся вопросе, так заболевание чем же именно, по мнению авторов, столь эффективно предотвращает прививка БЦЖ (наиболее тяжелыми или любыми формами туберкулеза?), спросим другое: откуда вообще берется для сравнения контингент не прививаемых БЦЖ, если она делается

наильно и массово во всех российских роддомах в течение первых дней жизни ребенка? Или этот контингент представлен недоношенными и столь тяжело больными детьми, которых при всем желании привить было невозможно? И его сравнивают со здоровыми привитыми и делают вывод в пользу прививок? Этот статистический фокус-покус ("сравнение заболеваемости и смертности привитых и непривитых неизменно говорит в пользу прививок") известен и разоблачен уже давно. Свыше 130 лет назад д-р В. Рейтц указывал в своей книге: «Известно, что прививают оспу лишь здоровым, все же хилые и слабые исключаются. Неудивительно будет, что при заболевании тех и других оспой последние должны дать больший процент смертности, который, следовательно, не будет зависеть от непривития, а будет обуславливаться общим состоянием здоровья. К тому же никто не может оспаривать, что большое число непривитых принадлежит к самым бедным классам народонаселения, а коль скоро захварывает бедный... живущий в дурной гигиенической обстановке, то понятно, что у него какая бы острая болезнь ни развилась, всегда она будет вести к более трудным формам, дающим и больший процент смертности... Следовательно, сравнивать смертность слабых и болезненных субъектов, находящихся в дурных гигиенических условиях, со смертностью тех, которые находятся в благоприятных гигиенических условиях, невозможно...» (Рейтц В. Критический взгляд на оспопрививание. СПб., 1873, с. 37 — 38).

26 Первоначально вакцина разрабатывалась как средство для оральной вакцинации, но из-за необходимости использования большого количества микобактерий и связанных с этим трудностей с определением и контролем нужной дозы, а также из-за сообщений о шейной лимфоаденопатии как осложнении при таком пути введения вакцины постепенно перешли на внутрикожные инъекции. Последней от оральной формы введения вакцины отказалась Бразилия в 1973 г.

ближайших лет, когда проводилось наблюдение. Исследование вакцины, полученной из Института Пастера, показало, что она была каким-то непонятным образом инфицирована, но при этом было заявлено, что сама она все же была безопасной и эффективной,

поскольку использование той же серии в других странах обошлось без инцидентов. Аналогичная история ранее произошла в Пернике (Болгария), о чем было сообщено на суде, разбиравшем любекское дело. Из 280 детей, привитых после рождения БЦЖ, 111 умерли, а 75 тяжело заболели<sup>27</sup>.

Из последних достижений БЦЖ в деле увеличения заболеваемости туберкулезом можно отметить сообщение из казахстанского города Жана-таса о заражении в конце 1997 г. 153 (по некоторым источникам — 173) детей после прививки БЦЖ, двое из которых скончались, а остальные получили тяжелые хронические болезни. Расследование выяснило, что врачи и медсестры... не смогли правильно прочесть название препарата и вводили детям десятикратную дозу БЦЖ вместо вакцины от паротита. Более того. Уже зная, что они совершили ошибку, медики пытались всячески скрыть ее. Детей, страдавших от обширных гнойных абсцессов на спине, куда делались уколы, лечили ударными дозами мощных антибиотиков, что у многих вызвало ухудшение состояния. Как обычно это бывает в таких случаях, медики ни в чем себя виновными не признали, а власти не выказали никакого интереса к судьбе пострадавших детей. И лишь когда родители стали блокировать железнодорожные пути и к делу подключились правозащитные организации и пресса, началось разбирательство. В итоге никто из виновных не только не был осужден за преступную халатность, но даже не лишен права на медицинскую практику; некоторые вскоре получили повышение. Максимальная сумма, которая была уплачена по решению суда (после двухлетнего процесса!) в виде компенсации матери одного искалеченного мальчика (на фоне массивной БЦЖ-инфекции у него развился тяжелый порок сердца и гепатит), составила... 1260 долларов. Основная часть истцов получила суммы в 2,5 раза меньше<sup>28</sup>.

Конечно, такие истории достаточно редки, хотя при этом вряд ли кто-то<sup>27</sup> Wilson G. S. The Hazards of Immunization. London, 1967, p. 66, 73.

<sup>28</sup> Доживем до понедельника (Казахстан) от 26.12.2002 и 03.01.2003, Мегполис (Казахстан) 5(167) от 05.02.2004. В январе 2000 г. организация «Human Rights» сообщила в своем отчете за 1999 г., что

«случайно зараженные туберкулезом в Жанатасе дети умирают. 80 отчаявшихся матерей обратились к президенту Казахстана, своей последней надежде». Характерная картина! Государство не спрашивает родителей, хотят ли они делать прививки своим детям. Но когда прививки сделаны и дети искалечены, преспокойно умывает руки, предоставляя родителям самим выходить из положения... В марте — апреле 2004 г. история повторилась. Из (ст. след. стр.)

может усомниться, что нам становится известно лишь о таких, масштабы которых уже не позволяют скрывать факты. Если же речь идет об отдельных случаях, то под рукой всегда окажется такой диагноз, как СВДС, менингит и пр. Д-р Жан Эльмигар писал в своей книге «Повторное открытие настоящей медицины: горизонты гомеопатии»: «Каждый раз, когда вы слышите о трагической смерти младенца в первые недели жизни от «вирусного менингита», у вас есть право подозревать, что дело здесь не обошлось без БЦЖ. Моя жена пережила эту трагедию, когда работала в крупном шведском госпитале. Вскрытие ребенка обнаружило туберкулезную природу этого «вирусного» менингита, развившегося после прививки БЦЖ, но все санитары и медсестры получили совершенно четкие инструкции ничего об этом не говорить, или же им не поздоровится. Как и во всех тайных сообществах, закон молчания имеет абсолютную власть среди врачей!»<sup>29</sup>.

Минздрав РФ в своей инструкции от 1995 г. об осложнениях прививки БЦЖ сообщает следующее: «В настоящее время действует классификация постпрививочных осложнений, предложенная в 1984 г. Международным союзом по борьбе с туберкулезом ВОЗ. Осложнения делятся на 4 категории: 1-я категория — локальные кожные поражения (холодные абсцессы, язвы) и регионарные лимфадениты; 2-я категория — персистирующая и диссеминированная БЦЖ-инфекция без летального исхода (волчанка, оститы и др.); 3-я категория — диссеминированная БЦЖ-инфекция, генерализованное поражение с летальным исходом, которое отмечается при врожденном иммунодефиците; 4-я категория — пост-БЦЖсиндром (проявления заболевания, возникшие вскоре после

вакцинации БЦЖ, главным образом аллергического характера, узловатая эритема, сыпи и т. д.). В нашей стране осложнения после вакцинации, ревакцинации БЦЖ, БЦЖ-М30 обычно носят местный характер и отмечаются сравнительно редко (у 0,2%, 0,0004% к числу привитых новорожденных и у 0,001%, 0,0001% у ревакцинированных детей и подростков) «31.

Таким образом, прививка, эффективность которой в самом лучшем слу-

сображений дешевизны Казахстан закупил вакцину БЦЖ в Сербии, и около десяти тысяч (!) новорожденных были заражены туберкулезом этой вакциной. Многим из пострадавших требуется хирургическая помощь (развились абсцессы, туберкулезные лимфадениты и пр.), которую власти не спешат оказывать. На это у них нет денег. Зато на вакцину они нашлись!

29 Elmigar J. Rediscovering Real Medicine: New Horizons of Номоеорathy. Harper Collins, UK, 1998.

30 Там же сообщается: «Вакцина БЦЖ-М — препарат сниженной антигенной нагрузки -

используется также для щадящей иммунизации».

31 Министерство здравоохранения...

чае весьма сомнительна, может стать причиной и тяжелой болезни, и смерти прививаемого. Оговорка относительно врожденного иммунодефицита лишена какого-либо практического значения, поскольку определить наличие такого иммунодефицита не то что в первую неделю жизни, когда делается прививка — а и в течение первого года, как правило, не удастся. А ребенок к тому времени получит уже немало прививок, в том числе и живыми вакцинами, которые ему категорически противопоказаны!

Согласно японским авторам, чаще всего встречаются следующие осложнения после прививки БЦЖ: лимфаденит наблюдался в 1,06% случаев; лимфаденопатия — 0,73% и гнойный аденит — 0,02% случаев; в 0,006% случаев аденит потребовал хирургического лечения. «Крайне редко» встречались остеомиелит и диссеминированная БЦЖ-инфекция<sup>32</sup>. Вероятно, в России выше

качество вакцин и отношение к прививаемым более внимательное, нежели в Японии, поскольку в одном из сравнительно недавних российских прививочных пособий статистика выглядит даже лучше, чем в упоминавшейся несколькими строчками выше инструкции Минздрава: лимфадениты возникали в 0,02 — 0,06%, а гнойные процессы в 0,001 -0,005% случаев. Кроме этого, в России указывается такое осложнение, как «кальцинат в лимфоузле более 10 мм в диаметре» — 0,027%<sup>33</sup>.

Представление о том, сколько же всего регистрируется осложнений после прививки БЦЖ в России, может дать цитата из официального документа Минздрава РФ: «Созданный при Минздраве России Республиканский центр по осложнениям после прививок против туберкулеза, куда направляются сведения обо всех случаях осложнений после прививки, зарегистрировал в 1995 г. 442 случая осложнений, в 1996 г. — 496. Показатель частоты поствакцинальных осложнений составил 21,1 на 100 тыс. привитых, что полностью соответствует международным требованиям к вакцине. Согласно фармацевтическим статьям, частота поствакцинальных лимфаденитов при использовании отечественной вакцины не должна превышать 60,0 на 100 тыс. привитых»<sup>34</sup>. Не знаю, сильно ли обрадует<sup>32</sup> Mori T. et al. Lymph node swelling due to bacille Calmette-Guerin vaccination with multipuncture method // Tubercle Lung Dis. 1996; 77:269.

<sup>33</sup> Лукушкина Е. Ф. и др. Организация вакцинопрофилактики в детских учреждениях».

Н. Новгород, 1997, с. 18.

<sup>34</sup> Министерство здравоохранения Российской Федерации. Управление охраны здоровья матери и ребенка № 133/8-39. Департамент Госсанэпиднадзора № 1100/769-98-113.

Современные подходы к вопросам вакцинопрофилактики и раннего выявления туберкулезной инфекции у детей. Приложение к письму от 14 апреля 1998 г. Материал можно найти на сайте Минздрава РФ и в некоторых книгах. См., например: Тапц Б. М.,

Рахманова А. Г. Вакцинопрофилактика Краткий справочник. 3-е изд., СПб., 2001, с. 345.

родителей пострадавших детей тот факт, что осложнения «полностью соответствуют международным требованиям к вакцине», и были ли эти родители предупреждены о возможности таких осложнений, но сейчас хочу сказать о другом. И эти цифры, оказывается, далеко не полны. Из того же документа мы узнаем: «Очень высокие показатели частоты поствакцинальных осложнений выявлены в Республиках Марий Эл, Хакасия, Ярославской, Сахалинской, Ивановской, Новгородской, Смоленской, Орловской областях. Не зарегистрированы поствакцинальные осложнения в Республике Карелия, Мурманской, Ульяновской, Омской, Камчатской областях, Чукотском автономном округе. Такие различия прежде всего свидетельствуют о разных подходах к организации и оценке качества вакцинопрофилактики в территориях России»<sup>35</sup>. Если говорить понятным простому смертному языком, то это обозначает, что в ряде областей России осложнения либо не регистрируются вообще, либо скрываются, так что точное число пострадавших остается неизвестным. Не могу здесь удержаться, чтобы не привести еще одно любопытное наблюдение. Говоря о количестве поствакцинальных осложнений, Г. П. Червонская в своей книге цитирует нескольких высокопоставленных представителей российской медицины. Например, проф. В. Таточенко из Института педиатрии РАМН заявил на передаче В. В. Познера «МЫ» (8 июня 1997 г.), что осложнений от прививок в России — «один-два случая в год», а минздравовский чиновник Н. Н. Ваганов — «осложнений всего один случай на миллион привитых». Другой чиновник Минздрава — А. А. Ясинский в интервью «Смене» в 1996 г. (№ 10) был значительно щедрее: «В один год осложнений до 400 случаев от всех вакцин»<sup>36</sup>. Согласно данным, опубликованным на сайте Федерального центра госсанэпиднадзора, в последние четыре года в РФ регистрируется около 300 поствакцинальных осложнений в год (от 284 до 312). Однако, как мы только что выяснили, лишь от одной вакцины БЦЖп при этом по признанно заниженным данным, в РФ регистрируется около 500 осложнений в год! Какова же цена всей «статистике» и сколько тысяч осложнений в год от всех вакцин случается в России в действительности?

По информации ВОЗ, прививка БЦЖ ведет к осложнениям в 1% случаев или реже<sup>37</sup>.

Можно здесь отметить и недавнюю публикацию, в которой авторы пока-

35 Там же.

36 Червонская Г. П. Прививки..., с. 228 — 229.

37 Milstein J. B., Gibson J.J. Quality control of BCG vaccine by WHO: a review of factors that may influence vaccine effectiveness and safety // Bull World Health Organ. 1990; 68:93 — 108.

зали, что через два-четыре года после прекращения массовых прививок БЦЖ, MMR и прививок, содержащих коклюшную вакцину, снижается заболеваемость детей сахарным диабетом 1-го типа (инсулинзависимым). Ими же было показано, что введение этих прививок в прививочные календари сопровождалось увеличением заболеваемости сахарным диабетом 1-го типа, причем начала она расти именно через два-четыре года после начала вакцинации коклюшной вакциной или вакцинами MMR и БЦЖ<sup>38</sup>.

Эффективность Вкратце эволюцию оценки эффективности БЦЖ можно описать следующим образом. Ее создатели, вначале разрабатывавшие ее как прививку против туберкулеза для крупного рогатого скота<sup>39</sup> и лишь потом решившие защищать ею людей, предполагали, что вакцина универсально эффективна. Довольно скоро выяснилось, что она не защищает от инфицирования микобактериями туберкулеза. Потом — что ни от чего не защищает взрослых. Затем — что практически не защищает детей от легочного, самого распространенного туберкулеза. Вслед за этим появились сообщения, что и от других форм туберкулеза (суставов, костей) тоже защищает но не так чтобы очень заметно... Короче, пока что остановились на том, что вакцина БЦЖ если и защищает от чего-то вообще, так исключительно от самых тяжелых форм внелегочного туберкулеза (например, туберкулезного менингита или милиарного туберкулеза), которых всегда было так мало, что даже инъекциям дистиллированной воды вполне можно было приписать решающую роль в уменьшении (или стабилизации) «внелегочной» туберкулезной заболеваемости, не говоря уже об улучшении

условий жизни как возможном факторе положительных изменений. Вероятно, эти заветные «самые тяжелые формы», за которые все еще цепляются вакцинаторы — последний рубеж перед объявлением, что вакцина совершенно неэффективна и никогда эффективной не была. Главный фтизиатр Минздрава России, акад. М. И. Перельман заявляет:

38 Classen J. B., Classen D. C. Clustering of cases of type 1 diabetes mellitus occurring 2-4

years after vaccination is consistent with clustering after infections and progression to type 1 diabetes mellitus in autoantibody positive individuals // J Pediatr Endocrinol Metab. 2003

Apr-May; 16:495 — 508.

39 Жан-Мари Камилл Герен (1872 — 1961) был ветеринаром по образованию, а Альбер Кальметт (1863 — 1933) — врачом. Интересующихся их биографиями и историей создания БЦЖ я отсылаю к статье Н. П. Аржанова «Альбер Кальметт и туберкулез»

// Провизор (Харьков), 2003, №№ 9 — 10.

"Существующая противотуберкулезная вакцина, которой человечество за неимением лучшего пользуется уже более 80 лет, откровенно слаба. К сожалению, хорошего, стойкого иммунитета после однократной прививки она не обеспечивает"<sup>40</sup>. То же самое, впрочем, можно по справедливости сказать и о двух-, и о трехкратной.. <sup>41</sup> Дело не в количестве уколов, а в нерешенной проблеме самой прививки!

Во многом практика массового БЦЖ-прививания является наследием почившего в бозе так называемого социалистического лагеря. По иронии, слово «лагерь» здесь как нельзя более точно указывает на то, что туберкулез неизменно должен был находить в лагерных условиях прекрасную почву для своего развития. Так, в Польше прививками БЦЖ в обязательном порядке «охватывают» с 1955 г. Ныне там прививают сначала новорожденных, потом детей в возрасте 7 и 12 лет; ревакцинация проводится также в 18 лет. Согласно недавней публикации, вакцина у поляков дает осложнения в двух случаях на 10 тыс. прививок, т.е. 0,02% (при этом авторы, сами, вероятно, удивленные столь замечательным результатом, честно

оговариваются, что количество сообщений об осложнениях вряд ли соответствует их истинному числу<sup>42</sup>), а потому прививка «может считаться безопасными методом предотвращения туберкулеза»<sup>43</sup>. О безопасности речь пойдет дальше, пока же стоит отметить, что при таком количестве прививок, казалось бы, туберкулез давно уже должен был превратиться в европейской<sup>40</sup> Фармацевтический вестник 2003, № 11. Цит. по: Аржанов Н. П. Альбер Кальметт...

41 В недавнем отчете группы экспертов ВОЗ из Отдела вакцин и биопрепаратов (см.

прим. 21) сообщается, что не существует серьезных данных, говорящих о том, что повторные прививки БЦЖ могут улучшить иммунитет к туберкулезу. Исследования, проводившиеся в Венгрии и Польше, якобы показавшие пользу ревакцинаций,

были методологически ущербны, такое же исследование в Чили отвергло какую-

либо пользу ревакцинации. Единственное отвечающее всем критериям исследование было проведено в восточноафриканской стране Малави, и оно не обнаружил никаких доказательств в пользу повторных прививок БЦЖ. На основании всего этого ВОЗ не считает нужным рекомендовать повторные прививки против туберкулеза. От себя добавлю, что в этом же последнем исследовании было лишнее разпоказано, что хотя БЦЖ и может считаться эффективной против проказы, но что касается легочного туберкулеза, то никакой защиты в любом возрасте от него обнаружено не было (Karonga Prevention Trial Group. Randomised controlled trial of single BCG, repeated BCG, or combined BCG and killed *Mycobacterium leprae* vaccine for prevention of leprosy and tuberculosis in Malawi // *Lancet*. 1996; 348:17 — 24).

42 Напомню читателям, что по оценкам Управления контроля продуктов и лекарств (FDA) в США в Систему сообщений о побочных эффектах прививок (VAERS) сообщается лишь от 1 до 10% осложнений, последовавших за прививками.

43 Szczuka I. Adverse events following immunization with BCG vaccine in Poland 1994 — 2000

// *Przegl Epidemiol*. 2002; 56:205 — 16.

Польше в музейный экспонат, но заболеваемость в 42 человека на 100 тыс. населения (на 1995 г.) свидетельствует об обратном. Эпидемический порог, установленный ВОЗ для туберкулеза, — 50 заболевших на 100 тыс. населения. Для иллюстрации приведу данные заболеваемости за 1995 г. в других «лагерных» и близко к ним стоявших странах, до сих пор не распространившихся с прививкой БЦЖ: Беларусь — 48 на 100 тыс. населения, Босния и Герцеговина — 62, Болгария — 37, Латвия — 60, Литва — 64, Молдова — 66, Россия — 58, Румыния -102, Украина — 42, Хорватия — 47, Эстония — 4144.

Исследование, проведенное Лондонским факультетом гигиены и тропической медицины, показало, что эффективность вакцины БЦЖ, использованной в некоторых африканских странах, не превышает 20%<sup>45</sup>. Близка к этому и недавняя оценка коллектива авторов из Колумбии и США, изучавших влияние (или, скорее, отсутствие такового) БЦЖ на развитие туберкулеза, в том числе и у инфицированных ВИЧ: «Уровень защиты равнялся 22% у пациентов, инфицированных ВИЧ, и 26% у пациентов с отрицательным результатом исследования на ВИЧ... БЦЖ имеет ограниченную эффективность при всех формах туберкулеза, независимо от наличия или отсутствия ВИЧ-инфекции»<sup>46</sup>.

44 World Resources Institute, 1999, p. 260 — 261. В отчете комитета экспертов ВОЗ (см.

прим. 26, с. 12) сообщается, что в 29 европейских странах (вероятно, большей частью бывшие республики СССР и иные «лагерные» страны) прививка БЦЖ является обязательной, а в семи — добровольной. В некоторых странах (США, Голландия) эта прививка вообще никогда не присутствовала в прививочных календарях. Один из самых низких в мире уровней заболеваемости туберкулезом в этих странах и отсутствие в них массовых прививок БЦЖ — простое ли это совпадение? В некоторых областях Чехословакии отказались от прививки БЦЖ в 1986 г. Вероятно, последней каплей,

переполнившей чашу терпения, было резкое увеличение количества постпрививочных остеоитов после того, как вместо использовавшегося до того местного штамма перешли на штамм БЦЖ, присланный из СССР (Lotte A. et al. Second IUATLD study

on complications induced by intradermal BCG vaccinations // Bull Int Union Tuberc Lung Dis.

1988; 63(2):47 — 59). Заболеваемость туберкулезом в 1995 г. в Чехии равнялась 18

случаям на 100 тыс. населения, в Словакии — меньше одного случая.

45 Fine P. E. M. Variation in protection by BCG: implications of and for heterologous immunity // Lancet. 1995; 346:1339 — 45.

46 Arbelaez M. et al. BCG vaccine effectiveness in preventing tuberculosis and its interaction with human immunodeficiency virus infection // Int J Epid. 2000; 29:1085 — 1091. Пусть читатель сам решит, каким образом с такой «эффективностью», в лучшем случае вызывающей острую жалость, сочетается поразительный вывод авторов: «Наши данные подтверждают важность использования вакцины БЦЖ для предотвращения внелегочного туберкулеза у лиц с нормально функционирующей иммунной системой». Это лишь один из примеров властвующей ныне абсурдной и лишенной даже тени здравого смысла прививочной логики.

Указывается на зависимость эффективности прививки БЦЖ от географического положения страны. В тропических широтах преобладают атипичные микобактерии, обеспечивающие определенный естественный иммунитет к туберкулезу, так что БЦЖ здесь дополнительно ничем помочь не может, разве что наоборот. Более высокая ее эффективность обнаруживается в высоких широтах<sup>47</sup>.

Путаницы с прививкой добавляет и то, что, судя по всему, отсутствует даже приблизительное представление о том, каким образом взаимодействуют между собой различные виды возбудителя туберкулеза, постоянно находящиеся в окружающей среде, и разные штаммы вакцины БЦЖ. Какие-то виды могут полностью блокировать все провозглашаемые полезными эффекты этой вакцинации, делая ритуал проведения прививки БЦЖ в лучшем случае бессмысленным<sup>48</sup>.

Настоящим похоронным звоном по вакцине БЦЖ должно было стать крупнейшее за всю ее историю (а по утверждению многих — и за всю историю прививок) и единственное оформленное согласно всем необходимым научным критериям исследование, проведенное в южной Индии при участии ВОЗ, Службы общественного здравоохранения США и Совета по медицинским исследованиям Индии. Для изучения были взяты два самых широко используемых штамма *M. bovis* — «Париж/Пастер» и «Дания/Копенгаген». Исследование показало нулевую эффективность вакцины БЦЖ как раз в той стране, где она в силу сложившейся эпидемической ситуации могла бы оказаться действительно полезной. Мало того. Заболеваемость туберкулезом оказалась выше среди привитых! Мне неизвестны иные случаи исследований вакцин, результаты которых оказались бы столь плачевны. Срочно созданная рабочая группа ВОЗ не обнаружила никаких методологических ошибок<sup>49</sup>. Отказ ВОЗ немедленно и навсегда покончить с этой прививкой после проведенного исследования очень показателен. Более того — прививка БЦЖ... была включена в Расширенную программу иммунизации (РПИ) в 1974 г.! Репутация оскандалившейся вакцины, а с ней косвенно и всех иных прививочных кампаний ВОЗ, оказалась дороже здравого смысла и элементарной объективности.

Впрочем, уроки из этого опыта ВОЗ все же извлекла. Более таких экс-

47 См. прим. 45.

48 Brandt L. et al. Failure of the Mycobacterium bovis BCG Vaccine: Some Species of Environmental Mycobacteria Block Multiplication of BCG and Induction of Protective Immunity to Tuberculosis // *Infection and Immunity*. February 2002; 70(2):672 — 678.

49 ICMR/WHO Scientific Group. Vaccination against tuberculosis // WHO Tech Rep Series. 1980, No. 651.

периментов под ее эгидой уже не ставилось — хватило и одного. А упоминавшийся выше Отдел исследования тропических болезней при ВОЗ заявил недавно, что в отличие от имеющихся сейчас великолепных возможностей контроля туберкулеза, ограничиваемых лишь финансовыми средствами, разработка

эффективной вакцины, которая могла бы стать великим благом, связана с огромными техническими трудностями. Среди последних были названы отсутствие животных, на которых можно было бы смоделировать туберкулез человека, и недостаточное понимание тех иммунологических процессов, которые лежат в основе иммунитета к этой болезни<sup>50</sup>. Говоря по-простому, ВОЗ уже надоело бесконечно выбрасывать деньги на прививочно-туберкулезные исследования, не ведущие ни к какому осязаемому результату, а поэтому вопрос о новой вакцине даже не включен в последние стратегические задачи (strategic emphases) по туберкулезу, в которых нашлось место и для разработки новых лекарств, и для улучшения существующих диагностических тестов, и для исследования социального поведения и его роли в заболеваемости туберкулезом, и даже для определения в этом роли пола<sup>51</sup>.

Упомянувшийся мною выше проф. Норейко пишет: «Московские ученые провели грандиозный эксперимент... по изучению целесообразности, полезности и безвредности (или, наоборот, вредных последствий) вакцинации и ревакцинации у 1200000 детей и подростков. Было установлено, что количество осложнений от вакцинации, особенно вторичной, в несколько раз превышает заболеваемость первичными формами туберкулеза. То есть количество «бецезитов» превышает заболеваемость туберкулезом невакцинированных детей. Вакцина БЦЖне обеспечивала защиты от туберкулеза, так как группа привитых и контингент детей,

<sup>50</sup> Эксперты ВОЗ добавляют к этому, что новая вакцина должна будет вызывать полноценный иммунный ответ у людей, ранее уже получивших прививку БЦЖ и находящиеся в постоянном контакте с разнообразными микобактериями, в том числе и *M. tuberculosis*. Создание такой вакцины с точки зрения иммунологии не представляется выполнимой задачей {Fine P. Issues..., p. 30}.

<sup>51</sup> TDR Strategic... 2002. Действительно, грамотное и своевременное лечение туберкулеза вполне эффективно. Лишь за три года после введения ВОЗовского протокола лечения туберкулеза DOTS (directly observed therapy — short course), с 1991 по 1994 г., смертность от туберкулеза в Китае снизилась с 30 до 7% ("Spread of TB in Western Pacific «Unacceptable»: WHO": Kyodo News Service

(13.09.99). Протокол включает в себя четыре препарата, чья стоимость на необходимые шесть месяцев лечения, как указывалось выше, равна всего-навсего 11 долл. По заявлениям представителей ВОЗ, DOTS обеспечивает излечение туберкулеза в 95% случаев. Однако лишь 12% всех больных туберкулезом в мире получают такое лечение, а принято оно лишь 95 странами из 212. Наступление туберкулеза продолжается....

отведенных от вакцинации, имели одинаковые показатели заболеваемости. Вакцинация, как известно, сопровождается поствакцинальной аллергией, и проба Манту становится положительной. Выраженную и гиперергическую пробу Манту принято связывать с инфекционной аллергией, а менее выраженную учитывать как результат поствакцинальной перестройки организма привитого ребенка. Москвичи доказали, что у детей неинфицированных, но вакцинированных проба Манту изменяется в широком диапазоне, вплоть до гиперергической"52.

Еще раз я хотел бы процитировать Г. П. Червонскую, уже много лет занимающуюся прививкой БЦЖ и пробой Манту: «Научная и практическая ценность вакцинации всех подряд — нулевая. Если в течение 50 лет вакцинации новорожденных БЦЖ и ежегодной пробы Манту (вакцинированных БЦЖ — живыми микобактериями!) 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"53.

Поскольку прививка БЦЖ проводится в роддомах в самые первые дни жизни ребенка, родители, желающие сохранить здоровье ребенку и от нее отказаться (и, возможно, также от прививки от гепатита В в тех странах, где она делается сразу после рождения), должны решить, полагаться ли на письменный отказ, покинуть роддом немедленно после родов или же вообще рожать, при наличии такой возможности, в домашних условиях (см. также главу о гепатите В). К сожалению, тот факт, что в прививочном вопросе никакой веры медперсоналу, который лучше, чем родители, знает что хорошо, а что плохо для ребенка, быть не может, доказан

многократно и продолжает доказываться ежедневной практикой — во всяком случае, в таких странах, как Россия и Украина.

Завершить раздел о прививке БЦЖ я хотел бы большой цитатой из письма, направленного в Российский Национальный комитет по биоэтике при АН РФ. Автор письма, фтизиатр с тридцатилетним стажем, кандидат медицинских наук В. П. Сухановский пишет:

"По моему глубокому убеждению, исходящему из долголетней практической работы с поствакцинальными осложнениями после БЦЖ-прививки, отказ от поголовной вакцинации новорожденных является одним из 52 Норепоко Б. В. Иммунологические... Полноты ради я привожу ссылку на это исследование московских ученых: Аксенова В. А. и др. Проблема массовой противотуберкулезной иммунизации в современных условиях // Российский медицинский журнал.

1997; 5:31 — 36.

53 Червонская Г. П. Ошибка природы или Минздрава? // АиФ-Здоровье. 24.01.2001.

основных ключей к решению задач снижения детской заболеваемости и смертности.

Не страшно ли отказаться от вакцинации новорожденных в условиях ухудшающейся эпидемиологической обстановки по туберкулезу?

Отвечаю: не только не страшно, но и необходимо! Во-первых, вакцинация БЦЖ никогда не предупреждала и не может предупредить инфицирования МБТ ребенка, если он оказался в контакте с больным туберкулезом.

Во-вторых, без соответствующей диагностики состояния иммунной системы с помощью БЦЖ мы разносим туберкулез и накапливаем его в поколениях среди восприимчивых к МБТ людей, которые далеко не все находятся в неблагоприятных социальных условиях.

В-третьих, все дети раннего возраста независимо от факта вакцинации, если они восприимчивы к туберкулезу и инфицированы в роддоме, обязательно заболеют туберкулезом — при отсутствии своевременной диагностики и лечения. Примеров самоизлечения от

туберкулеза в этом возрасте нет. Самоизлечение возможно, однако, лишь у детей старше трех лет.

В-четвертых, показатель инфицирования МБТ к двум годам остается на уровне 0,005 — 0,01%, то есть 10:100000. Всех этих детей возможно излечить, если диагностика проведена своевременно, а лечение — со всей тщательностью и долговременным наблюдением.

В-пятых, без БЦЖ в роддомах дети раннего возраста будут расти здоровыми! Отсюда в том числе массовое приобретение синдромов иммуно-дефицитного состояния (СПИДа), если не изначально, то активно приобретаемое как причинно-следственное развитие после БЦЖ, а также развитие других многочисленных симптомов общей патологии... Как врач-клиницист, врач-фтизиатр, я убежден, что перенос сроков вакцинации БЦЖ на более старший возраст явится не только лучшей защитой от туберкулеза, но также станет методом профилактики лейкоза детей... В заключение считаю необходимым еще раз подчеркнуть, что я являюсь убежденным противником вакцинации (любой, не только БЦЖ) в период новорожденности, ибо вакцина препятствует развитию и естественных (саногенетических) реакций ребенка: фагоцитоза, антителообразования, адаптации во внешней среде"<sup>54</sup>.

Я полностью разделяю мнение опытного фтизиатра. И БЦЖ, и иные прививки, которыми так спешат «защитить» младенцев начиная с первых часов их жизни — губители природного иммунитета и гаранты немедленных и отсроченных болезней. Неужели мы желаем их нашим детям?

54 Червонская Г. П. Прививки..., с. 388 — 390.

Выводы:

Микобактериями туберкулеза инфицируется до трети всего населения, но при этом лишь у 10% инфицированных может развиваться болезнь. Решающим является состояние иммунной системы человека.

Туберкулез является типичной «социальной» болезнью бедных стран, не способных обеспечить диагностику и лечение требуемого качества; стран, где переполнены тюрьмы — главные рассадники туберкулезной инфекции. Никакие мероприятия не способны

изменить динамику заболеваемости туберкулезом до тех пор, пока не решены проблемы скученности проживания и нищеты населения и обеспечения его современными лекарственными препаратами.

Провал прививки БЦЖ в клинических испытаниях и стремительно растущая заболеваемость туберкулезом, в том числе и детским, в тех странах, где прививают почти 100% новорожденных, говорит о том, что прививка в лучшем случае совершенно бесполезна; в худшем — сама предрасполагает к последующему развитию туберкулеза, причем в наиболее тяжелых его формах. Прививка имеет побочные эффекты, среди которых ведущие — поражение лимфатической и опорно-двигательной систем.

Кожная туберкулиновая проба (проба Манту) известна своей поразительной неточностью и огромным количеством ложноположительных и ложноотрицательных результатов. Гипердиагностика туберкулеза может привести к ничем не оправданному облучению при рентгенологических исследованиях и назначению отнюдь не безопасного «профилактического» лечения. В состав биопрепарата, используемого для ежегодной пробы Манту, входят фенол и полисорбат-80, чьи кумулятивные токсические эффекты на детский организм никогда не изучались.

Эпидемический паротит (свинка)

Болезнь Эпидемический паротит, в просторечии именуемый свинкой, при обычном его течении у здорового в целом ребенка — безобидная детская болезнь, вызываемая парамиксовирусом и передаваемая воздушно-капельным путем и, реже, через зараженные вещи (посуду, игрушки и пр.), так как вирус нестойк во внешней среде. Источником инфекции является только больной человек. Инкубационный период длится от десяти дней до трех недель, продромальный, с обычной для всех инфекционных болезней симптоматикой (головная боль, разбитость, боли в мышцах, слабость) — сутки, сама болезнь — до недели. Примерно у четверти заболевших нет главного проявления свинки — опухоли (одно- или двухсторонней) в подчелюстной области, связанной с отеком околоушных и подчелюстных слюнных желез, где особенно активно размножается вирус, а потому диагноз не ставится. Сравнительно высокая восприимчивость к эпидемическому паротиту является

причиной того, что в допрививочную эпоху подавляющая часть детей к пубертатному возрасту уже имела антитела к возбудителю болезни. Перенесенное заболевание оставляет стойкий, пожизненный иммунитет. При этом, как и в случае многих других детских инфекционных заболеваний, здоровые дети нередко переносят болезнь в субклинической или стертой форме, так что иммунитет к небезопасному во взрослом возрасте заболеванию приобретает «со всеми удобствами»<sup>1</sup>. Но для того, чтобы перенести паротит без осложнений, необходимы два ключевых фактора: 1) ребенок должен быть здоров, 2) возбудитель постоянно должен циркулировать в детских коллективах. Прививки же, даже если не говорить об их «Результаты серологического обследования детей, не болевших эпидемическим паротитом и своевременно не привитых против него, показали, что более 20% из них имели специфические антитела в средних и высоких титрах, то есть уже не нуждались в вакцинации, так как, по-видимому, переболели паротитом в стертой и бессимптомной форме...» {Покровский В. И. и др. Эволюция инфекционных болезней в России в XX веке. М., 2003, с. 344). На следующей странице дана даже более впечатляющая цифра: «... среди непривитых и не болевших ранее эпидемическим паротитом до 47,5% детей оказались серопозитивными к данному вирусу, то есть с большой долей вероятности их можно считать перенесшими в прошлом незарегистрированную паротитную инфекцию» (там же, с. 345). Не будем сейчас обсуждать причину более чем двукратной разницы в данных на соседних страницах, просто отметим факт такого необременительного приобретения иммунитета.

отсроченных последствиях, которые никто не изучал, подрывают здоровье детей непрерывными «поствакцинальными периодами» и снижают количество циркулирующих возбудителей. В главе о ветряной оспе эта тема обсуждалась на примере опоясывающего герпеса.

В одном исследовании было показано, что у женщин, перенесших в детстве свинку, реже развивается рак яичников<sup>2</sup>. Другое исследование подтвердило, что женщины, перенесшие свинку в клинически выраженной форме и имеющие высокий титр антител,

менее подвержены заболеванию раком яичников, нежели перенесшие свинку в субклинической (стертой) форме и имеющие низкий титр антител<sup>3</sup>.

Как и в случае многих других инфекционных заболеваний, никакого особого лечения паротит не требует. Ребенок должен оставаться несколько дней в постели, получать большое количество жидкости и витамины А и С. Пища должна быть мягкой и даваться только в том случае, если ребенок сам попросит есть (обычно при свинке аппетит теряется), жиры следует полностью исключить. Леденцы могут уменьшить неприятные ощущения, связанные с увеличенными и болезненными железами.

Диагноз устанавливается по клинико-анамнестическим данным. Существует методика исследования слюны для определения антител к вирусу, но на практике она применяется почти исключительно в научных целях.

Дня профилактики свинки Леон Хаитов в своей книге предлагает после контакта с заболевшим принимать дозу гомеопатического нозода *Parotidinum 30*, три раза в неделю по утрам в течение двух недель и дополнительно три раза в неделю дозу *Belladonna 30* по вечерам, также в течение двух недель<sup>4</sup>. Д-р Дороти Шеферд рекомендует *Parotidinum 30* или *200* также и в качестве отличного средства для лечения тех болезненных состояний, которые развились вслед за паротитом, включая и обычную астению после болезни. Что же касается лечения, то Дороти Шеферд сообщает о своем многолетнем и очень удачном опыте применения *Pilocarpinum muriaticum 6 C*, рекомендованного упоминавшимся мной ранее д-ром Дж. К. Бернеттом, рассматривавшего это лекарство едва ли не как специфическое средство для свинки. Со слов Шеферд, это средство ни разу не подводило ее и его следует давать всегда при обычном тече-

2 West R. O. Epidemiological studies of malignancies of ovaries // *Cancer*. July 1966:1001 - 1007.

3 Menczer J. Possible role of mumps virus in the etiology of ovarian cancer // *Cancer* Apr 1979; 43-1375 — 9.

4 Chaitow L. Vaccination and Immunization: dangers, delusions and alternatives (What every parent should know). UK, Rev. ed., 1995, p. 159.

нии болезни, за исключением одного случая, когда симптомы совершенно отчетливо указали на другой препарат (ухудшение состояния ночью, прострация, сильное потение и зловонный запах изо рта потребовали *Mercurius solubilis*)<sup>5</sup>. Кроме этого она советует использовать *Pttocarpinum* и для профилактики свинки — один прием в день на протяжении 10 -12 дней после контакта с больным. Индийский гомеопат д-р Агравал предлагает несколько видоизмененную схему: для профилактики давать *Pilocarpinum* трижды в день в течение недели, а для лечения -до трех раз в час, если отек желез выражен очень сильно<sup>6</sup>.

Помимо указанных выше лекарств следует упомянуть *Belladonna* и *Bryonia* при преимущественном поражении правой околоушной железы (для *Bryonia* характерны еще запор и улучшение от давления на больное место) и *Rhus toxicodendron* при преимущественном поражении левой. Боль, отдающая в уши, может потребовать назначения *Phytolacca decandra*. И, разумеется, не следует забывать о дифференциальном диагнозе между *Aconitum* и *Belladonna* на ранних стадиях болезни и *Pulsatilla* на более поздних<sup>7</sup>.

Осложнения от свинки достаточно редки. Согласно американскому Центру контроля заболеваний (1992), менингит или менингоэнцефалит, считающиеся самыми тяжелыми из осложнений эпидемического паротита, встречаются в соотношении два-четыре случая на 1000 заболевших; при этом следует также учесть, что сообщается не более чем о 70% случаев заболевания свинкой, так что истинное соотношение должно быть еще ниже. В некоторых справочниках указывается, что чуть ли не у 10% заболевших развивается асептический менингит. Однако эта цифра представляется безмерно завышенной, поскольку английские исследователи, сравнив число асептических менингитов после прививки штаммом «Urabe», относительно которого были данные о том, что он вызывает<sup>5</sup> Shepherd D. Homeopathy in epidemic diseases. England, 1967, republ. 1996, p. 58 — 62.

6 Agrawal Y. R. Prophylactics in Homoeopathy. 3rd ed., Delhi, 2000, p. 44.

7 "Если женщина, болеющая свинкой, подвергается сильному переохлаждению, у нее возникает опухание и воспаление молочных желез. Если девочка простужается, то опухание околоушных желез у нее быстро проходит и возникает опухание соответствующей молочной железы, иногда обеих; или возникает в одной, а затем переходит на другую. У мужчин это происходит с яичками. Pulsatilla является одним из наиболее важных средств при подобном метастазировании болезни; для этого средства характерны блуждающие жалобы. Pulsatilla наиболее часто применяется при сильном опухании яичек у мальчиков вследствие свинки. Другим средством является Carbo vegetabilis, но тогда это должен быть пациент Carbo vegetabilis» (Кент Дж. Т.

Лекции по гомеопатической Materia Medica. Т. II, М., 1999, с. 1101).

асептический менингит в одном случае на 4 тыс. прививок (см. ниже), сообщили, что вероятность развития асептического менингита после естественной свинки превышает вероятность заболевания им же после прививки всего в четыре раза<sup>8</sup> (почему такие подсчеты неверны и имеют своей целью введение в заблуждение относительно реального соотношения выгоды и риска прививок, я объяснял в главе о кори). Кроме того, за асептический менингит при эпидемическом паротите и кори нередко принимают просто длительную сонливость и заторможенность ребенка. Что же касается наиболее неблагоприятного развития событий, то один российский авторский коллектив вполне категорично заявляет: «детальных исходов при паротите не зарегистрировано»<sup>9</sup>. Это же подтверждается в отношении Канады<sup>10</sup>. Правда, американский Центр контроля заболеваний (1989) сообщает о возможности смерти от осложнений свинки, указывая, что не менее половины таких смертей приходится на людей в возрасте старше 20 лет. Российские авторы, сообщая о том, что паротит некогда считался «болезнью рекрутов» из-за того, что часто поражал солдат, упоминают о том, что «летальность при паротите не превышала 0,08%»<sup>11</sup>. Не углубляясь в детали такого расхождения во мнениях, можно быть лишь

уверенным в том, что в любом случае все виды осложнений намного чаще отмечаются у подростков и у взрослых, составляющих пока что значительно меньшую группу заболевающих свинкой.

Как и при других детских инфекциях, «управляемых» прививками, при эпидемическом паротите мы видим картину традиционной детской болезни, заболеваемость которой все более смещается сегодня в подростковый и во взрослый возраст, когда болезнь значительно опаснее. Если в конце 1960-х годов в США заболевших свинкой в возрасте от 15 лет и старше было всего лишь 8,3%, то в 1987 г. их стало уже 38,5%; в 1993 г. их было 34%<sup>12</sup>. Привитые в детстве утрачивают, становясь взрослыми, иммунитет и становятся подверженными болезни, против которой в допрививочную эру почти все получали пожизненный иммунитет после перенесенного в той или иной форме заболевания. Во второй половине 1987 г.

8 Miller E. et al. Risk of aseptic meningitis after measles, mumps, and rubella vaccine in UK children // *Lancet*. 1993 Apr; 341:979 — 82.

9 Самарина Н. В., Сорокина О. А. Детские инфекционные болезни. 2-е изд., СПб., М., 2000, с. 202.

10 Folk et al. The epidemiology of mumps in southern Alberta // *AmJEpid*. 130(4): 736 — 739.

11 Покровский В. И. Эволюция..., с. 320.

12 Neustaedter R. *The Vaccine Guide. Making an Informed Choice* Berkeley, California, 1996, p. 152.

в Чикаго впервые в истории была зарегистрирована вспышка свинки на рабочем месте (на бирже), откуда болезнь была потом разнесена по домам. Всего заболело 119 человек, у 21 развились осложнения, а девяти даже потребовалась госпитализация<sup>13</sup>. В отношении свинки такие случаи должны вызывать особое беспокойство, так как в отличие от кори и краснухи вирус свинки в допрививочную эру массово поражал почти исключительно детей; у подростков и взрослых дело ограничивалось единичными случаями<sup>14</sup>. Исключением из этого правила, как указывалось выше, можно было рассматривать воинские части.

По имеющимся сегодня данным, эта болезнь может быть небезопасна не только для мужчин, но и для беременных женщин, так как внутриутробная инфекция может вызвать эндокардиальный фиброэластоз и другие пороки развития плода. Некоторыми эта точка зрения оспаривается, но не вызывает сомнений, что инфицирование в первом триместре повышает вероятность внутриутробной смерти плода.

Пропагандисты прививок обычно пугают бесплодием, наступающим у мальчиков вслед за воспалением яичка (орхитом). Однако нарушение сперматогенеза как результат воспаления яичка встречается исключительно редко, при этом, как правило, у подростков и взрослых (20 — 30% всех случаев), а не у детей. Кроме того, это осложнение обычно затрагивает лишь одно яичко, в то время как функции второго остаются незатронутыми и оно способно, по словам педиатра проф. Роберта Мендельсона, заново заселить весь мир. Вирус эпидемического паротита может поражать также яичники, но до сих пор непонятно, оказывает ли это какое-либо влияние на репродуктивную функцию.

Следует сказать несколько слов о таком предположительном осложнении паротита, как сахарный диабет (в некоторых исследованиях связь между этими двумя болезнями отрицается<sup>15</sup>). Комитет экспертов по безопасности вакцин при Институте здоровья в своем отчете заявил, что «имеются свидетельства, подтверждающие, что паротитная инфекция может запускать развитие диабета 1-го типа у некоторых людей. Биологически достоверные данные, связывающие вирус эпидемического паротита и диабет 1-го типа, включают: 1) Связь между вирусной инфекцией, включая эпидемический паротит, и диабетом 1-го типа у людей. 2) Наличие циркулирующих антител против антигенов поджелудочной железы, особенно бета-клеток, во время выздоровления от паротитной инфекции; эти антитела обнаруживаются также в самых ранних стадиях диабета 1-го типа. 3) Исследования *in vitro* демонстрируют, что «дикий» тип вируса эпидемического паротита может инфицировать человеческие панкреатические бета-клетки»<sup>16</sup>.

и Kaplan K. M. et al. Mumps in the workplace. Further evidence of the changing epidemiology of a childhood vaccine-preventable disease // JAMA. 1988 Sep 260:1434 — 8.

14 Edmunds W. J. et al. The pre-vaccination epidemiology of measles, mumps and rubella in Europe: implications for modelling studies // Epidemiol Infect. 2000 Dec; 125:635 — 50.

15 Schulz B. et al. Islet cell surface antibodies (ICSA) in subjects with a previous mumps infection — a prospective study over a 4 year period // Exp Clin Endocrinol. 1987 Aug;90:62 — 70.

Учитывая как то, что сама вакцина против паротита содержит живые вирусы, так и то, что в литературе описано немало случаев возникновения диабета после этой прививки, непонятно, есть ли смысл менять шило на мыло. Другими словами, не превышает ли вероятность «прививочного» заболевания диабетом таковую «естественного», если считать, что такая связь существует. На слушаниях в конгрессе США в апреле 1997 г. д-р Харрис Л. Култер, автор знаменитой книги «DPT: выстрел в темноте», заявил: «В литературе имеется много сообщений о диабете 1-го типа, появляющемся пос.че вакцинаций против свинки. В 1997 г. Синайотис и сотрудники сообщили о развитии диабета 1-го типа после получения вакцины против свинки у мальчика 6,5 лет. В 1991 г. Павловский и Грис описали 11-летнего мальчика, который болел свинкой в возрасте 16 месяцев и получил вакцину против свинки за пять месяцев до того, как у него развился диабет 1-го типа. В течение недели после прививки у него была лихорадка и он страдал сильными болями в животе. В 1984 г. Оттен и сотрудники сообщили о трех случаях диабета 1-го типа с началом через десять дней после прививки в одном случае и тремя неделями позднее в двух других случаях у детей 3, 2 и 16 лет<sup>17</sup>. В 1986 г. Хельмке и сотрудники сообщили о семи детях, у которых развился диабет 1-го типа в период времени со второй по четвертую неделю после прививки против свинки или оспы и свинки<sup>18</sup>. В 1979 г. Квест и сотрудники отметили, что в течение двух лет после того, как прививки против свинки или против свинки и краснухи были введены в Германии, производителю вакцин было сообщено о двух случаях диабета 1-го типа после иммунизации вакцинами против свинки и краснухи».

16 Stratton K. R. et al. Adverse Events Associated with Childhood Vaccines: Evidence Bearing on Causality. IOM, 1993, p. 158 — 159.

17 В этой статье (Often A. et al. Mumps, mumps vaccination, islet cell antibodies and the first manifestation of diabetes mellitus type I // Behring Inst Mitt. 1984 Jul; 83 — 88) было дословно заявлено следующее: «Прививка против эпидемического паротита может защищать от диабета, а наоборот, провоцировать его».

18 Helmke K et al. Islet cell antibodies and the development of diabetes mellitus in relation to mumps infection and mumps vaccination // Diabetologia. 1986 Jan; 29:30 — 3.

К этому я могу еще добавить, что возможность инфицирования панкреатических клеток вирусом эпидемического паротита и угнетения продукции инсулина (вплоть до полного прекращения) была показана финскими исследователями также *in vitro*<sup>19</sup>.

***Вакцина Для профилактики эпидемического паротита в России используется как отдельная отечественная вакцина, основанная на живом (ослабленном) вирусе, так и живая вакцина, входящая в состав лицензированных в России трехкомпонентных вакцин MMR ("Мерк") и «Приорикс» ("Авентис Пастер"). Первая прививка делается в возрасте 12 -15 месяцев, вторая в 6 лет детям, не болевшим эпидемическим паротитом. Аналогичный график принят во многих странах — первая прививка в начале второго года жизни, вторая — перед школой (обычно в период от четырех до шести лет), каждый раз в составе вакцины MMR. Помимо этого прививка предлагается и не переболевшим свинкой взрослым, особенно рискующим заразиться этой болезнью в силу характера своей профессиональной деятельности. Женщины, получившие эту прививку, должны воздерживаться от беременности как минимум в течение трех последующих месяцев. Относительно российской моновакцины сообщается, что это живая вакцина на основе аттенуированного штамма вируса паротита, выращенного на культуре клеток эмбрионов японских перепелов. В одной прививочной дозе кроме вирусов паротита содержатся также следовое количество белка сыворотки крупного рогатого скота, яичного белка японских перепелов, до 25 ЕД мономицина или канамицина моносульфата. Стабилизаторы — сорбит и желатоза или ЛС-18 и желатоза<sup>20</sup>. Поствакцинальный иммунитет развивается примерно у 60% привитых и сохраняется не менее 8 лет<sup>21</sup>. Таким образом, очень невысокая эффективность российской живой моновакцины признана, и это вкупе с возможными побочными эффектами во много раз***

**увеличивает сомнения относительно необходимости такой прививки.**

19 Vuorinen T. et al. Mumps and Coxsackie B3 virus infection of human fetal pancreatic islet-

like cell clusters // *Pancreas*. 1992; 7:460 — 4.

20 Учайкин В. Ф. Шамшева О. В. Вакцинопрофилактика. Настоящее и будущее. М., 2001, с. 142.

21 Медуницын Н. В. Вакцинология. М., 1999, с. 158.

### **Безопасность**

Очень хорошо сформулировал свое отношение к вопросу о прививке против эпидемического паротита часто упоминаемый мной американский педиатр проф. Роберт Мендельсон: «Вы не найдете педиатров, сообщающих эту информацию, но побочные эффекты прививки от свинки могут оказаться очень тяжелыми. У некоторых детей прививка вызывает такие аллергические реакции, как сыпь, зуд и кровоподтеки. Могут быть симптомы вовлечения центральной нервной системы — фебрильные судороги, односторонняя сенсорная глухота и энцефалит. Верно, риск этого минимален, но почему ваш ребенок должен вообще подвергаться ему — неужели ради того, чтобы предотвратить безобидную детскую болезнь с риском заболеть ею с более серьезными последствиями во взрослом возрасте?"<sup>22</sup>. Это перемещение заболеваемости эпидемическим паротитом в более опасный возраст подтверждают и российские авторы: «Произошло существенное «повзросление» инфекции. В годы минимальной заболеваемости в условиях вакцинопрофилактики был особенно заметен рост удельного веса среди заболевших лиц старше 15 лет"<sup>23</sup>.

Подозрения относительно безопасности паротитной вакцины усиливают имеющиеся в литературе сообщения о том, что после усердного прививания от свинки последняя вскоре появляется там, где раньше ее уже давно не было или она встречалась исключительно редко. Так, первый случай за последние три года, в течение которых заболевание паротитом не регистрировалось ни разу, произошел во второй половине 1950-х годов в одном из детских домов, где как раз испытывалась (читателей, полагаю, это уже давно

не удивляет) паротитная вакцина компании «Амери-кэн Сайенамид». Одним случаем дело не ограничилось — заразились и другие дети, причем заболевших привитых оказалось немного больше, чем непривитых (31,8 и 30,2%)<sup>24</sup>. С января по июнь 1991 г. в одной из школ округа Мори (Теннесси, США) свинкой заболели 68 учеников, причем 67 из них были полностью привиты, а в целом школу посещали 98% привитых от этой болезни детей. Обязательной прививка для учеников школы стала в 1988 г. До того в течение 1971-1979 гг. в школе было зарегистрировано всего 85 случаев, а в 80-х годах ни одного случая не было зарегистрировано вообще<sup>25</sup>\*

***Известно и о таком возможном осложнении от прививки, как орхит - тот самый орхит, угроза которого должна заставить родителей согласиться на прививку свинки мальчикам<sup>26</sup>. Панкреатит, известный как редкое осложнение эпидемического паротита (панкреатит иногда встречается также при ветряной оспе и инфекционном мононуклеозе), зарегистрирован также и после прививки<sup>27</sup>.***

22 Mendelson R. The Medical Time Bomb of Immunization Against Disease // East West Journal. November 1984.

23 Покровский В. И. Эволюция..., с. 343 — 344.

24 Scheibner V. Vaccination. 100 years of Orthodox Research Shows that Vaccines Represent a Medical Assault on the Immune System. Australia, 1993, p. 98 — 99.

Следует упомянуть историю штамма «Urabe» паротитного вируса, на основе которого были созданы, в частности, вакцины Pluserix и Rimparix. После появления серии сообщений о том, что он вызывал у прививаемых асептический менингит (за короткий срок его использования из Франции было сообщено о 54 случаях<sup>28</sup>, а в Японии о 31129), в 1992 г. все вакцины, содержащие этот штамм, были отозваны с рынка развитых стран. Существенной разницы между детьми из развитых и развивающихся стран, впрочем, не обнаружилось, так как из Бразилии, где этим штаммом начали прививать в 1997 г., тут же сообщили о 87 пострадавших, или о частоте одного случая асептического менингита на 14 тыс. прививок. Показательно, что бразильские медицинские власти были очень обеспокоены... нет, совсем не тем, что дети попали в больницу! Их взволновала перспектива того, что «среднестатистический

гражданин начинает вести себя как потребитель услуг службы здоровья, обсуждая политику органов здравоохранения, требуя больше информации, ставя под сомнение и даже отвергая правительственные меры"<sup>30</sup>. Чтобы убить в зародыше такое вольнодумство, вакцинный штамм, провоцирующий население на размышления о прививочных благах, срочно сменили. Однако пришедший ему на смену другой, «Ленинград – Загреб», оказался причиной еще большего количества заболеваний асептическим менингитом, вызывая его в одном случае на каждые 3390 прививок согласно одному бразильскому исследованию<sup>31</sup>, и варьируя от 1:6199 до 1:19,47 (!) согласно другому<sup>32</sup>. Югославские авторы также сообщили о довольно впечатляющем соотношении для еще одного штамма вируса эпидемического паротита, «Ленинград-3»: 1 на 1000 прививок<sup>33</sup>. Показательно, что все эти истории произошли уже после того, как в 1976 г. живая паротит-ная вакцина (в том числе и включавшая злосчастный российский штамм «Ленинград-3») была снята с производства в СССР из-за регистрировавшихся случаев серьезных менингитов. Само собой разумеется, что последовавшее затем «тщательное исследование нейровирулентности вакцинных штаммов» показало их надежность и безопасность, в связи с чем производство паротитной вакцины в 1980 г. было возобновлено<sup>34</sup>. Что сказали «тщательным исследователям» югославы и другие, поверившие этим результатам и купившие советскую вакцину, остается только догадываться.

25 Diodati C. J. M. Immunization: History, Ethics, Law and Health. Quebec, 1999, p. 113 — 114.

26 Suzuki M. et al. A case of orchitis following vaccination with freeze-dried live attenuated mumps vaccine // Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi. 2002 May; 93:577 — 9. В той же статье авторы отмечают, что в Японии было зарегистрировано 9 случаев орхита после прививки против свинки.

27 Adler J. B. et al. Pancreatitis caused by measles, mumps, and rubella vaccine // Pancreas. 1991 Jul; 6:489 — 90.

28 Autret E. et al. Aseptic meningitis after mumps vaccination // Therapie. 1996 Nov-Dec; 51:681 — 3.

29 Sigiura A. et al. Aseptic meningitis as a complication of mumps vaccination // *Pediatr Infect Dis J.* 1991 Mar; 10:209 — 13.

30 Dourado I. et al. Outbreak of aseptic meningitis associated with mass vaccination with aurabe-containing measles-mumps-rubella vaccine: implications for immunization programs// *Am J Epidemiol.* 2000 Mar; 151:524 — 30.

Эффективность Хотя и сообщается о значительном снижении заболеваемости свинкой, достаточно регулярно публикуются сообщения о вспышках свинки, происходящих в почти стопроцентно привитых коллективах. В одной из американских школ в ноябре 1990 г. заболели 54 ученика, 53 из которых были полностью привиты<sup>35</sup>. Внезапную резкую вспышку заболеваемости испытал Сингапур, где до того долго и тщательно детей прививали от свинки. После ряда лет эйфории и с 85 — 92% прививаемых до двухлетнего возраста детей в 1997 г. было зарегистрировано 674 случая заболевания, в 1998 г. -1183, а за первые семь месяцев 1999 г. — 2586 случаев, причем в группе отобранных для исследования детей, заболевших в 1999 г., почти половина получила вторую прививку MMR в последние четыре месяца 1998 г. Автор статьи, в которой приводится эта статистика, делает вывод о вероятной неэффективности паротитной вакцины, входящей в состав MMR<sup>36</sup>. Таким образом, и добавление второй (бустерной) прививки не решает проблемы. Это было подтверждено во время крупной вспышки эпидемического паротита в английском городе Уолсолле в 2000 г., когда было зарегистрировано 200 заболевших, 90% из которых были младше 20 лет. Из них 99 человек получили одну, а 37 -две прививки MMR<sup>37</sup>. Испанские исследователи, изучавшие вспышку эпидемического паротита в одном из сельских районов Анда-лузии с марта по ноябрь 1997 г., оценили эффективность первой дозы паротитной вакцины в составе MMR в 46%, второй — в 87%<sup>38</sup>. Тогда заболели 283 ребенка, 79% из которых были привиты. Очень невысоко оценили эффективность разных штаммов паротитной вакцины и швейцарцы на основании двух вспышек, случившихся у них в стране в 1991 и 1992 -1993 гг. — от 22 до 50%<sup>39</sup>. Российские авторы, на полтора десятках страниц певшие хвалу безопасной и очень эффективной вакцине, внезапно сообщают: «С 1992 г. в стране начался рост заболеваемости паротитом... При этом крупные вспышки инфекции

отмечались в организованных коллективах, наиболее полно охваченных иммунизацией. Среди лиц, ранее привитых против паротита, регистрировались тяжелые формы этой инфекции.. -"40. Или: «Исследования иммуноструктуры к вирусу паротита различных групп вакцинированных детей позволили установить, что до 50% из них остались восприимчивыми к данному возбудителю"41 . Другой российский авторский коллектив также скорбно признает: «Основной причиной эпидемического неблагополучия является слабая эффективность используемой в настоящее время живой паротитной вакцины (ЖПВ) и низкая иммуногенность отдельных серий препарата... Изучение эпидемиологических особенностей вспышек ЭП (эпидемического паротита. — А. К) в трех школах Санкт-Петербурга в 1992 — 1993 г. показало, что очаги инфекции возникали в коллективах с высоким охватом прививками против ЭП... Большинство заболевших (68,3%) имели документированное подтверждение о наличии прививки против ЭП, 26,6% детей не были привиты"42.

31 da Silveira C. M. The risk of aseptic meningitis associated with the Leningrad-Zagreb mumps vaccine strain following mass vaccination with measles-mumps-rubella vaccine, RioGrande do Sul, Brazil, 1997 // *Int J Epidemiol.* 2002 Oct; 31:978 — 82.

32 da Cunha S. S. Outbreak of aseptic meningitis and mumps after mass vaccination with MMR vaccine using the Leningrad-Zagreb mumps strain // *Vaccine.* 2002 Jan; 20:1106 — 12.

33 Cizman M. et al. Aseptic meningitis after vaccination against measles and mumps // *Pediatr Infect Dis J.* 1989 May; 8:302 — 8.

34 Покровский В. И. Эволюция..., с. 331.

35 Cheek E. J. et al. Mumps Outbreak in a Highly Vaccinated School Population. Evidence for Large-scale Vaccination Failure // *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1995; 149:774 — 778.

36 Goh K. T. Resurgence of mumps in Singapore caused by the Rubini mumps virus vaccine strain // *Lancet.* Oct. 1999; (354) 9187.

37 Pugh R. N. et al. An outbreak of mumps in the metropolitan area of Walsall, UK // *Int J Infect Dis.* 2002 Dec; 6:283 — 7.

38 Lypez Hernández B. et al. An epidemic outbreak of mumps. A study of vaccinal efficacy //

*Aten Primaria.* 2000 Feb; 25:148 — 52.

39 Pascaud M. F. et al. A look back at 2 mumps outbreaks // Soz Praventivmed. 1995; 40:72 — 9.

40 Покровский В. И. Эволюция..., с. 343.

41 Там же, с. 344.

Последние исследования предлагают и другое объяснение феномена болеющих привитых. Оказывается, есть несколько разновидностей вируса эпидемического паротита. Прививка может защитить от одной, но при этом она совершенно бессильна в отношении другой<sup>43</sup>. В Великобритании, начавшей массовые прививки против эпидемического паротита в 1988 г., в том же году были обнаружены два новых генотипа вируса — те, против которых прививка не действует<sup>44</sup>. Если это так, то можно предположить, что изобретательная природа вскоре заполнит образующийся из-за прививок вакуум новыми штаммами вируса, как она делает это сейчас с коклюшем. И неизвестно, не будут ли эти новые штаммы вируса опаснее тех, от инфицирования которыми должна предохранять вакцина.

В свете непрерывно поступающих данных о неэффективности и небезопасности прививки против эпидемического паротита швейцарский исследователь в 1995 г. суммировал существующие возражения: «Массовые прививки против свинки были включены в швейцарскую программу по искоренению свинки, кори и краснухи, несмотря на отсутствие в этом какой-либо необходимости для общественного здравоохранения. Опыт семи лет опровергает теоретические рассуждения: ненужная прививка оказалась малоэффективной и к тому же связанной с непредвиденно высоким риском осложнений, что представляет собой опасность дискредитировать в глазах публики и другие прививки. Проект остается несостоятельным с точки зрения эпидемиологии, а потому и опасным. Навязывание этой прививки населению вызывает вопросы о совместимости такого подхода с основными гражданскими правами. Не исследованы пока что и причины, почему 20% населения Швейцарии отказывается от этой прививки... Поскольку созревание иммунной системы следует принципу обучения, возникает вопрос, не являются ли детские болезни необходимыми

для нормального развития иммунитета... И наконец, есть беспокойство по поводу долгосрочных последствий нынешних манипуляций с естественным равновесием между человеком и микроорганизмами"<sup>45</sup>.

42 Тайц Б. М., Рахманова А. Г. Вакцинопрофилактика. Краткий справочник. 3-е изд.,

СПб., 2001, с. 169 — 170.

43 NujdJ. et al. Mumps virus neutralizing antibodies do not protect against reinfection with a heterologous mumps virus genotype // *Vaccine*. 2001 Feb; 19:1727 — 31.

44 Li Jin et al. «Genetic Heterogeneity of Mumps Virus in the United Kingdom: Identification of Two New Genotypes» // *J InfDis*. 1999; 180:829 — 833.

45 Albonico H. U. Arguments against routine mumps vaccination // *Soz Praventivmed*. 1995;

40:116 — 23.

А разве не применимо сказанное о свинке ко всем другим инфекционным болезням, якобы «контролируемым» ныне прививками?

Выводы:

Эпидемический паротит — вполне безопасная детская болезнь, обычно лишь в подростковом возрасте ведущая к серьезным осложнениям, среди которых чаще всего упоминается мужское бесплодие. Однако и перенесенный в старшем возрасте, эпидемический паротит ведет к бесплодию очень редко. Раз перенесенное заболевание оставляет стойкий, как правило пожизненный, иммунитет.

На фоне массовых прививок заболеваемость эпидемическим паротитом смещается в ту возрастную группу, в которой наиболее велик процент осложнений.

Низкая эффективность и высокая реактогенность вакцины показана в многолетних исследованиях в разных странах мира.

Существуют проверенные многолетней практикой гомеопатические методы профилактики и лечения этой болезни.

Заключение Итак, нужны нам профилактические прививки или нет? Эффективны ли они? Опасны или безопасны?

Я надеюсь, что все, кто прочитал эту книгу, смогут теперь с большей степенью уверенности ответить для самих себя на эти вопросы. Возможно, кто-то откажется от некоторых прививок, а кто-то — от всех.

Другие же читатели, сочтя доказательную базу книги недостаточной, укрепятся в своей вере в вакцинации.

Любой выбор заслуживает уважения, когда он сделан после внимательного изучения информации «за» и «против». Я лишь хотел бы в заключение поделиться с читателями теми выводами, к которым пришёл сам.

Я считаю, что **эффективность прививок — безмерно преувеличена.**

Ошибочна, по своей сути, даже оценка эффективности прививания, основанная на подсчёте количества тех или иных антител.

Увеличение титра антител после прививки, само по себе, ничего не значит, если через короткий промежуток времени он резко понижается, становясь «незащитным», даже по меркам прививочной науки (во многих главах книги я показывал примеры такого рода).

Кроме того, одним из требований к устойчивому иммунитету является постоянная циркуляция микроорганизмов в человеческом обществе.

Чем больше будет прививок, тем меньше «толчков» из внешней среды будет получать человек и, соответственно, тем слабее будет его специфический иммунитет к «прививочным» болезням.

Нынешние расчёты сроков прививочного иммунитета исходят из предпосылки постоянного контакта с возбудителем, однако, возможность такого контакта постоянно снижается.

Может ли быть большей насмешкой над прививочными благами, чем нынешнее вполне серьёзное обсуждение перспективы превращения вируса кори... в биологическое оружие?

Что же касается эпидемиологических исследований, якобы показывающих меньшую заболеваемость привитых, то **такие исследования — ущербны по своему «дизайну»** (в сравниваемую контрольную группу непрививаемых неизбежно попадают дети, не

получившие прививки по состоянию здоровья и намного более подверженные всем инфекционным болезням) и не могут служить хоть сколько-нибудь серьёзным доказательством пользы прививок.

Многие исследования такого рода являются откровенно заказными — их проведение финансируют производители вакцин.

Немалое количество медиков, не принадлежащих к прививочному лобби, указывают, что **прививки** — **противоестественны по самой своей сути**.

Иммунная система человека развивается методом обучения. Природой запрограммированы детские болезни, которые стимулируют созревание иммунной системы.

Этими болезнями, кроме того, природа «выбраковывала» слабых, нежизнеспособных детей.

Нынешнее навязчивое прививание от всех возможных болезней не даёт возможности иммунной системе здоровых в целом детей развиваться, за что детям приходится платить в настоящем и будущем серьёзными болезнями.

Массовое распространение аллергий и астмы, резкое увеличение количества регистрируемых аутоиммунных заболеваний, ещё 50-60 лет назад считавшихся казуистикой, а также, онкологических болезней — всё это свидетельствует о том, что нарушены важнейшие биологические законы.

У меня лично нет сомнений в том, что причиной этого, в первую очередь, являются прививки.

Кроме того, прививки направлены, главным образом, на специфический иммунитет.

Их токсические составляющие вызывают длительное подавление функций самого главного вида иммунитета — клеточного, результатом чего, становится резкое ухудшение здоровья прививаемых.

Разговоры о краткости такого ухудшения и его, якобы, безобидном и преходящем характере — безответственны и имеют своей целью увести общественное мнение от серьёзного обсуждения проблем долговременной иммуносупрессии и, как её

следствия, стремительно растущей заболеваемости, на фоне множества прививок.

Необходимо отметить, что **прививочный бизнес безнадёжно скомпрометирован** слиянием финансовых интересов производителей и распространителей вакцин и представителей государственного аппарата, органов санэпиднадзора, отдельных врачей.

Навязывание врачам планов прививочного «охвата» и материальное поощрение за этот бессмысленный «охват», а не за здоровье населения — нарушение основополагающих принципов медицины и **преступление против нации**.

Непрекращающиеся попытки чиновников от медицины выхолостить законы, гарантирующие населению право свободного выбора в прививочном вопросе, шантаж родителей, отказ в приёме в детские учреждения, школы, на работу и пр., при отсутствии прививок — **не меньшее преступление**, требующее самого активного вмешательства правоохранительных органов.

Что касается **поствакцинальных осложнений**, то их много — гораздо больше того количества, о котором обычно сообщается публике.

Вакцинаторы всё ещё пытаются проводить их под грифом «совпадение», «обострение ранее существовавшего заболевания», а также, **фальсифицировать статистику**, но скрывать факты становится всё труднее.

Я приводил пример аутизма, массовость распространения которого, среди привитых детей, вызвала в США к жизни настолько влиятельное и независимое родительское движение, что ныне оно способно даже финансировать неугодные прививочным дельцам исследования.

Существует ли выход из сложившегося положения? Разумеется. Он — и прост, и сложен.

Если мы говорим о России, то, как мне видится, проблема состоит в отсутствии правового общества, которое не создаётся по указанию свыше. Это — кропотливый процесс, занимающий долгие годы.

Когда каждый родитель будет добиваться положенного ему по закону не взятками и фальсификацией медицинских документов, а обращением в прокуратуру или в суд и **каждый чиновник органов здравоохранения** будет знать, что райская жизнь, **когда он казнил и миловал**, по своему усмотрению, безвозвратно закончилась и пришло время выполнять законы, — тогда всё встанет на свои места.

Когда каждый врач будет знать, что любая попытка давления на родителей будет, в самом лучшем случае, заканчиваться беседой в прокуратуре и вынесением ему предупреждения, то он (чиновник) осознает, что ему спокойнее и, главное, выгоднее подчиняться закону государства, а не **противоправной ведомственной инструкции**.

Разумеется, не может существовать никаких «планов охвата», когда речь идёт о процедуре, свобода выбора или отказа от которой, гарантирована законом.

В этой связи я должен сказать ещё несколько слов.

К сожалению, небескорыстные проповедники прививок в медицинских институтах продолжают не только пропрививочное промывание мозгов студентам, дезинформируя их, относительно реального положения вещей, но и всячески стараются воспитывать их, не как работников сферы обслуживания, каковыми медики, на самом деле, являются, а, **как носителей некоей высшей истины**, как судей, призванных за родителей решать, что лучше их детям, а часто и, как исполнителей собственных, не подлежащих обжалованию приговоров.

Очень удачно об этом сказано в статье сотрудника Института философии РАН **П.Д. Тищенко**. Анализируя советскую модель здравоохранения, он отметил:

«Сущность отношений органов здравоохранения, в рамках существовавшей государственной модели медицины с населением может быть охарактеризована, как манипуляция, т.е., как оперирование с квазинеодушевлённым предметом, не обладающим свободой выбора.

С иной стороны, это же отношение может быть охарактеризовано, как контроль над недееспособным индивидом со стороны

умудрённого опытом опекуна. Поэтому, оно обычно называется патерналистским. Пациент, по определению, пассивен.

В любом случае, органы здравоохранения, защищая интересы пациентов, не интересовались личным мнением самих пациентов по поводу содержания этих интересов.

Идеальный пациент, парадоксальным образом называвшийся «сознательным», должен был беспрекословно выполнять указания медиков.

Не случайно, что в «Обещании врача России» так и утверждается, в качестве высокого профессионального стандарта: *«Направлять режим и лечение больных к их выгоде, сообразно с моими силами и моим разумением...»*.

«Их» разумение своей собственной выгоды априорно признаётся, в качестве невежественного и не заслуживающего внимания со стороны профессионалов-медиков.

Право «направлять» рассматривается, как само собой разумеющийся атрибут власти органов здравоохранения. На этом праве, как на идеологическом основании, и строится практика в области вакцинации населения» [Город Творцов](#).

Увы, не декларируемые, в соответствии с конституциями, гарантирующими права граждан, а реальные взаимоотношения врач-пациент на постсоветском пространстве по-прежнему построены на этой ущербной идеологии, и громогласно высказываемое иными докторами мнение о «недопустимости необоснованного отказа от прививок» — лучшее тому подтверждение.

Особое внимание должно быть уделено регулированию государственной политики в области вакцинопрофилактики.

Я считаю совершенно недопустимым нынешнее положение вещей, при которых решение вопроса о прививках отдано на откуп группе забывших честь и совесть интересантов, озабоченных исключительно собственной выгодой и превративших прививки в источник обогащения.

Необходимо привлечение действительно независимых экспертов и представителей общественности. Также совершенно необходимо создание не подчиняющейся органам здравоохранения системы

учёта поствакцинальных осложнений, аналога американской VAERS, с открытой для публики базой данных.

Я полагаю, что требуется и учреждение финансируемого государством института независимой судебно-медицинской экспертизы, куда смогут обращаться родители искалеченных прививками и погибших от них детей, а также все считающие, что вакцинациями был нанесён ущерб их здоровью.

За несколько месяцев до выхода в свет этой книги, в болгарском городке Боровец состоялся семинар, на котором выступал один из крупнейших гомеопатов современности, автор трёх книг, быстро ставших мировыми бестселлерами, д-р Прафулл Виджейкар из Бомбея.

Он сказал: «Прививки — величайший убийца (*the greatest killer*) детей... Ребёнок рождается здоровым. Прививки делают его больным. Все мы видели, в своей практике, как самые тяжёлые болезни начинаются после прививок...» [Город Творцов](#)

Мне нечего добавить к этим словам. Выбор остаётся за родителями.

ПриложенияВыдержки из законов РФ, устанавливающих права граждан в сфере здравоохранения. Все цитируемые ниже законы можно найти в Интернете, а также, получить их копии у юристов или в местных органах здравоохранения. Курсивом выделены наиболее важные пункты.

#### Основы законодательства

Российской Федерации об охране здоровья граждан(в ред. Указа Президента РФ от 24.12.1993 № 2288; Федеральных законов от 02.03.1998 № 30-ФЗ, от 20.12.1999 № 214-ФЗ)

#### **Статья 31.** Право граждан на информацию о состоянии здоровья.

Каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

Информация о состоянии здоровья гражданина предоставляется ему, а в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, — их законным представителям лечащим врачом, заведующим отделением лечебно-профилактического учреждения или другими специалистами, принимающими непосредственное участие в обследовании и лечении.

Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена гражданину против его воли. В случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину и членам его семьи, если гражданин не запретил сообщать им об этом и (или) не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация.

Гражданин имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать консультации по ней у других специалистов. По требованию гражданина ему предоставляются копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны.

Информация, содержащаяся в медицинских документах гражданина, составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия гражданина только по основаниям, предусмотренным статьей 61 настоящих Основ.

### **Статья 32. Согласие на медицинское вмешательство.**

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум — непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения.

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном

законом порядке недееспособными, дают их законные представители после сообщения им сведений, предусмотренных частью первой статьи 31 настоящих Основ. При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум — непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения и законных представителей.

**Статья 33.** Отказ от медицинского вмешательства.

Гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных статьей 34 настоящих Основ.

При отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином либо его законным представителем, а также медицинским работником.

При отказе родителей или иных законных представителей лица, не достигшего возраста 15 лет, либо законных представителей лица, признанного в установленном законном порядке недееспособным, от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц, больничное учреждение имеет право обратиться в суд для защиты интересов этих лиц.

**Статья 34.** Оказание медицинской помощи без согласия граждан. Оказание медицинской помощи (медицинское освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция) без согласия граждан или их законных представителей допускается в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, или лиц, совершивших общественно опасные деяния, на основаниях и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

Решение о проведении медицинского освидетельствования и наблюдения граждан без их согласия или согласия их законных представителей принимается врачом (консилиумом), а решение о госпитализации граждан без их согласия или согласия их законных представителей — судом.

Оказание медицинской помощи без согласия граждан или согласия их законных представителей, связанное с проведением противоэпидемических мероприятий, регламентируется санитарным законодательством.

Освидетельствование и госпитализация лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, проводятся без их согласия в порядке, устанавливаемом Законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

В отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния, могут быть применены принудительные меры медицинского характера на основаниях и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

Пребывание граждан в больничном учреждении продолжается до исчезновения оснований, по которым проведена госпитализация без их согласия, или по решению суда.

Федеральный закон № 52-ФЗ от 30.03.99 г.

«О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»

Принят Государственной Думой 12 марта 1999 г. Одобрен Советом Федерации 17 марта 1999 г.

**Глава II.** Права и обязанности граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

**Статья 8.** Права граждан.

Граждане имеют право:

на благоприятную среду обитания, факторы которой не оказывают вредного воздействия на человека;

получать в соответствии с законодательством Российской Федерации в органах государственной власти, органах местного самоуправления, органах и учреждениях государственной

санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации и у юридических лиц информацию о санитарно-эпидемиологической обстановке, состоянии среды обитания, качестве и безопасности продукции производственно-технического назначения, пищевых продуктов, товаров для личных и бытовых нужд, потенциальной опасности для здоровья человека выполняемых работ и оказываемых услуг;

осуществлять общественный контроль за выполнением санитарных правил;

вносить в органы государственной власти, органы местного самоуправления, органы и учреждения государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации предложения об обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

на возмещение в полном объеме вреда, причиненного их здоровью или имуществу вследствие нарушения другими гражданами, индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами санитарного законодательства, а также при осуществлении санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Федеральный закон №157-ФЗ от 17.09.1998 г.

«Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»

Принят Государственной Думой 17 июля 1998 г. Одобрен Советом Федерации 4 сентября 1998 г.

**Статья 5.** Права и обязанности граждан при осуществлении иммунопрофилактики.

**1.** 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;

выбор государственных, муниципальных или частных организаций здравоохранения либо граждан, занимающихся частной медицинской практикой;

бесплатные профилактические прививки, включенные в национальный календарь профилактических прививок, и профилактические прививки по эпидемическим показаниям в государственных и муниципальных организациях здравоохранения;

бесплатный медицинский осмотр, а при необходимости и медицинское обследование перед профилактическими прививками в государственных и муниципальных организациях здравоохранения;

бесплатное лечение в государственных и муниципальных организациях здравоохранения при возникновении поствакцинальных осложнений;

социальную защиту при возникновении поствакцинальных осложнений; отказ от профилактических прививок.

**2. Отсутствие профилактических прививок влечет:**

запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;

временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;

отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями.

Перечень работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок, устанавливается Правительством Российской Федерации.

**3. При осуществлении иммунопрофилактики граждане обязаны:**

выполнять предписания медицинских работников;

в письменной форме подтверждать отказ от профилактических прививок.

**Статья 18.** Право граждан на социальную защиту при возникновении поствакцинальных осложнений.

1. При возникновении поствакцинальных осложнений граждане имеют право на получение государственных единовременных пособий, ежемесячных денежных компенсаций, пособий по временной нетрудоспособности.

2. Выплаты государственных единовременных пособий и ежемесячных денежных компенсаций производятся за счет средств федерального бюджета органами социальной защиты населения в порядке, установленном Правительством Российской Федерации. Выплаты пособий по временной нетрудоспособности производятся из средств государственного социального страхования.

**Статья 19.** Государственные единовременные пособия.

1. При возникновении поствакцинального осложнения гражданин имеет право на получение государственного единовременного пособия в размере 100 минимальных размеров оплаты труда, установленных законодательством Российской Федерации на день осуществления выплаты указанного пособия.

Перечень поствакцинальных осложнений, дающих право гражданам на получение государственных единовременных пособий, утверждается Правительством Российской Федерации по представлению федерального органа исполнительной власти в области здравоохранения.

2. В случае смерти гражданина, наступившей вследствие поствакцинального осложнения, право на получение государственного единовременного пособия в размере 300 минимальных размеров оплаты труда, установленных законодательством Российской Федерации на день осуществления выплаты указанного пособия, имеют члены его семьи. Круг членов семьи, имеющих право на получение указанного пособия, определяется в соответствии со статьями 50 и 51 Закона Российской Федерации «О государственных пенсиях в Российской Федерации».

**Статья 20.** Ежемесячные денежные компенсации. Гражданин, признанный инвалидом вследствие поствакцинального осложнения, имеет право на получение ежемесячной денежной компенсации в размере 10 минимальных размеров оплаты труда, установленных

законодательством Российской Федерации надень осуществления выплаты указанной компенсации.

**Статья 21.** Пособия по временной нетрудоспособности. Гражданин, у которого временная нетрудоспособность связана с поствакцинальным осложнением, имеет право на получение пособия по временной нетрудоспособности в размере 100 процентов среднего заработка независимо от непрерывного стажа работы.

Один из родителей либо иной законный представитель несовершеннолетнего имеет право на получение пособия по временной нетрудоспособности за все время болезни несовершеннолетнего, связанной с поствакцинальным осложнением, в размере 100 процентов от среднего заработка независимо от непрерывного стажа работы.

Образец заявления об отказе от прививок  
Директору школы / Зав,  
детским садом / Зав, поликлиникой № ..... г. .... (город) от  
.....

Заявление  
На основании действующих законов Российской Федерации («Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г. № 5487-1, статья 32 и «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» от 17 сентября 1998 г. № 57-ФЗ, статья 5) я, ....., отказываюсь от всех профилактических прививок / прививок против следующих заболеваний ..... для моего (ей) сына / дочери ..... (ФИО ребёнка), обучающегося (ейся) в школе / посещающего (ую) детский сад / обслуживаемому (ой) в поликлинике № .....

Дата Подпись

**Москва, «Гомеопатическая  
Медицина», 2004 г.**

[www.e-puzzle.ru](http://www.e-puzzle.ru)

**Заметки**

[Город Творцов]

Kotok A. The History of homeopathy in the Russian Empire from its emergence until the WWI as compared with other European countries and the USA: similarities and discrepancies // PhD thesis. The Hebrew University of Jerusalem, 1999. Читатели могут обратиться к расширенной on-line версии диссертации по адресу <http://www.homeoint.org/books4/kotok>.

## [Город Творцов]

Можно лишь пожалеть о том, что заведомо неточный термин красуется даже в федеральном законе РФ («Закон об иммунопрофилактике инфекционных болезней»); следовало, разумеется, использовать термин «вакцинопрофилактика». Такая подмена терминов далеко не так безобидна, как может показаться, ибо создает у публики ложное впечатление, что прививка делает людей иммунными, т.е. защищенными от какой-то болезни, невосприимчивыми к ней, если следовать строгому значению этого слова (от лат. *immunire* — укреплять изнутри, защищать или *immunis* — освобожденный, избавленный от чего-либо. (Арнаутов Г. *Terminologia medica polyglotta*. Медицинская терминология на пяти языках. София, 1979, с. 204). На деле же иммунизацией является получение защитных антител из материнского молока или материнской крови либо же перенесение естественной болезни. Можно условно признать этот термин также подходящим для лечения сыворотками, полученными от гипериммунизированных людей или животных, но он совершенно неприменим по отношению к прививкам. Прививка не делает человека невосприимчивым к болезням *x*, *y* или *z* — наоборот, парентеральное введение вакцин превращает его в носителя хронической прививочной инфекции, последовательно ослабляя иммунную систему хозяина и уж никак не «иммунизируя» его! Очень точно выразила это мнение австралийский исследователь д-р Виера Шайбнер: «Иммунитет не является результатом введения патогена (и других инфекционных агентов и токсических веществ). Уже около ста лет официальные иммунологические исследования демонстрируют, что вакцинные инфекции не иммунизируют. Они сенсibiliзируют, делают прививаемого более восприимчивым к тем болезням, защищать от которых были призваны, превращают его в хозяина чужеродной бактериальной и вирусной инфекции. Привитые дети страдают от бесконечной течи из ушей, лечение которой только в США стоит около 3 миллиардов долларов в год» — Scheibner V. *Congressional Hearings on Hepatitis B*. 1999 (материал имеется на

ряде сайтов в Интернете). Даже с точки зрения здравого смысла термин «иммунизация» не является точным. Иммунизация — это лишь желаемый результат процесса, называемого, как ни крути, вакцинацией. А будет ли на практике результат таким или другим — это совершенно отдельный разговор.

## [Город Творцов]

В 1984 г. в оренбургской больнице Газпрома после прививок погибли восемь новорожденных, несколько тяжело заболели. Вероятная причина — нарушение режима «холодовой цепи» на каком-то этапе (сообщено автору врачом, принимавшим участие в расследовании происшествия и просившим сохранить анонимность). В 1957 г. в Ленинграде после прививки живой вакциной от полиомиелита скончались 27 малышей (сообщено автору д-ром Нонной Кухиной, которая была в числе троих детей, тяжело заболевших, но выживших после этой прививки). Это только два происшествия, ставших известными автору книги совершенно случайно. А сколько их было всего — кто-нибудь может подсчитать? Сколько детей расплатились за прививки здоровьем и даже жизнью?

[[Город Творцов](#)]

Анисимова Т.Б. «Прививки: полный календарь, сроки, показания и противопоказания». РнД, 2003, с. 10.

## [Город Творцов]

Два российских вакцинатора так и пишут: «...большинство серьезных заболеваний после введения вакцины не являются осложнением вакцинации, а представляют собой «обычные» болезни — ОРВИ, аппендицит, менингит, пневмонию и многие другие. Ведь введя вакцину против, например, кори или свинки, мы никоим образом не защищаем ребёнка от всех других болезней. На первом году жизни ребенка прививают четырежды, так что 4 месяца из 12 он находится в поствакцинальном периоде, поэтому все болезни можно связать с прививкой. К сожалению, так оно часто и происходит...» (Таточенко В.К., Озерецковский Н.А. «Родителям о прививках». М., 2001 — нумерация страниц отсутствует). Показательно, что и здесь, как обычно, адвокаты прививания передергивают факты. «Четырежды», согласно прививочному календарю 1997 г., на котором основывались авторы, относилось не к количеству прививок, а к количеству визитов к врачу, во время которых ребенок должен был получить семь прививок (вакцин); если же строго следовать календарю в его самой последней модификации, то речь могла идти уже о пяти визитах и восьми прививках (вакцинах).

## [Город Творцов]

Кузьменко Л.Г. и др. «Патология вакцинального процесса у детей». Вестник Российского университета дружбы народов. 1999, 2, с. 47-48. Там же (с. 55) авторы замечают: «Можно согласиться с мнением С.П. Карпова с соавт., что «явления, в медицинском обиходе деликатно именуемые «побочным действием вакцин», суть ни что иное, как видимая часть айсберга, о подлинных размерах которого мы только начинаем догадываться».

## [Город Творцов]

Из самого последнего, что удалось мне найти на эту тему: «Аутоиммунные болезни поражают уже одного из каждых десяти человек в Европе и Северной Америке ... их частота резко возросла в последние несколько лет, что документировано для сахарного диабета 1-го типа и рассеянного склероза... В последние десять лет накапливаются сообщения о различных побочных эффектах прививок, которые ранее не наблюдались или не признавались... Эти сообщения фокусируются на феномене аутоиммунности и на появлении полностью развившихся аутоиммунных болезней...». Авторы публикации, два израильских профессора из университетских госпиталей «Асаф Ха-Рофе» и «ШИБА», заключают её следующим образом: «Существуют ясные указания на то, что прививки могут и, вероятно, вызывают аутоиммунные побочные эффекты и могут даже запустить полностью развившиеся аутоиммунные болезни, хотя и довольно редко...» (Tishler M., Shoenfeld Y. Vaccination May be Associated with Autoimmune Diseases // IMA]. 2004; 6:430 — 432). Всё ещё «довольно редко»! Сколько же детей должны пострадать от аутоиммунных последствий прививок, чтобы это удовлетворило «научным критериям» — столь строгим, когда речь заходит о том, чтобы признать связь прививок с болезнями и смертями после них, и столь мягким, когда обсуждается польза прививок?

## [Город Творцов]

Наличие этого кризиса во взаимоотношениях «теоретиков» и «практиков» было, например, подтверждено на недавней престижной международной конференции, собравшейся отметить двухсотлетие дженнеровского эксперимента и столетие со дня смерти Пастера: «Иммунология, когда-то поднявшаяся, благодаря вакцинологии, сейчас занимается более теоретическими и престижными вопросами. Некоторые иммунологи считают, что встреча вакцинологии и иммунологии была лишь исторической случайностью. Иммунологи задаются вопросом о долгосрочных последствиях прививок. Например, не связано ли увеличивающееся количество лимфом с прививками? В свете появления «новых вирусов» — нет ли замены старых болезней, вытесняемых прививками, на новые, более опасные?» (Moulin A.-M. *Philosophy of Vaccinology // Vaccinia, Vaccination, Vaccinology. Jenner, Pasteur and their Successors. International Meeting on the History of Vaccinology, 6-8 December 1995, Marnes-La-Coquette, Paris, France. P., 1996, p. 21*).

[Город Творцов]

Mendelson R. The Medical Time Bomb of Immunization Against Disease // East West Journal. November 1984.

## [Город Творцов]

Parent Comprehension of Polio Vaccine Information Pamphlets // Paediatrics. June 1996; 97:6-809. Новозеландское «Общество осведомленности об иммунизации». («The Immunisation Awareness Society Inc.»), процитировав эти слова, добавило в своем пресс-релизе от 22 сентября 2002 г. краткий комментарий: «Повести себя нужным образом» означает добиться, как можно большего числа родителей, делающих своим детям прививки. «Детали», на которых не требуется останавливаться, вовсе не те, которые родителям действительно нет нужды знать, а те, которые не помогут добиться максимальной вакцинации. Другими словами, «не предоставляйте ту информацию, которая может заставить родителей отказаться от прививок. Предоставляйте только ту информацию, которая заставит их эти прививки сделать» (Перевод Е. Шевенковой — Окленд, Новая Зеландия).

[Город Творцов]

Vaccine brochures // AAP proposes changes AAP News. June 1989, p. 2. Цит. по: Neustaedter R. The Vaccine Guide. Making an Informed Choice. Berkeley, California, 1996, p. xi.

[Город Творцов]

Illich I. Medical Nemesis: The Expropriation of Health. N.Y., 1976, p.  
40.

[Город Творцов]

Health Aspects of Human Rights. Geneva: World Health Organization, 1976, p. 42. Цит. по: Diodati C / M. Immunization: History, Ethics, Law and Health. Quebec, 1999, p. 15.

## [Город Творцов]

Вот только один из многочисленных примеров: «... отечественный и зарубежный опыт прививочной работы убедительно свидетельствует о том, что без 90-95% охвата прививками восприимчивого населения в декретированные сроки нельзя добиться значительных и стойких результатов» (Тайц Б.М., Рахманова А.Г. «Вакцинопрофилактика. Краткий справочник». 3-е изд., СПб., 2001, с. 302).

## [Город Творцов]

«...чрезмерное расширение противопоказаний приводит к уменьшению иммунной прослойки и распространению инфекционного заболевания. В результате при возникновении инфекций здоровью непривитых наносится большой ущерб» (Адамович М.М. и др. Иммунопрофилактика инфекционных болезней. Минск, 2002, с. 30-31).

## [Город Творцов]

В архивах Минздрава СССР мне удалось найти очень любопытный «Перечень сведений, не подлежащих опубликованию в открытой печати, передачах по радио и телевидению, по учреждениям и организациям здравоохранения», утвержденный тогдашним министром здравоохранения СССР С.П. Буренковым 10 апреля 1981 г. В этот перечень входит п. 96 — «Сведения о количестве поствакцинальных осложнений числом более 5 случаев, возникших одновременно при проведении массовых и календарных прививок, постановке диагностических проб, возникших при введении гаммаглобулинов и лечебно-профилактических сывороток — без разрешения Минздрава СССР...» (Министерство здравоохранения СССР. Оперативные приказы [ДСП] ГАРФ, ф. 8009, оп. 50, д. 9138, с. 186-187).

## [Город Творцов]

Ещё до принятия Закона об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний сотрудник Института философии РАН к.ф.н. П.Д. Тищенко писал: «Существующая практика принудительной вакцинации нарушает следующее фундаментальное право пациентов, записанное в статье 32 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»: «Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина». При проведении прививок ни пациенты, ни их родители или опекуны (если речь идет о детях) не информируются в обязательном порядке о противопоказаниях и риске возможных осложнений данного рода медицинского вмешательства. Согласие получается сплошь и рядом формально, пациенты не информируются о своем праве на отказ от прививок» (Тищенко П.Д. «Вакцинация и права человека». Вакцинопрофилактика и права человека. Доклад РНКБ. М., 1994). Хотя закон и был принят, ничего не изменилось. И не может измениться, пока медики будут заинтересованы не в здоровье своих пациентов, а в выполнении абсурдных планов повального «охвата».

## [Город Творцов]

Таточенко В.К. Родителям ... Не меньшее недовольство вызывают и те, кто пытается рассказать населению об опасностях прививок: «Следует отметить отрицательную роль антивакцинальной пропаганды, которая периодически звучит в средствах массовой информации и способствует отказу населения от прививок. Во многих случаях эта пропаганда поддерживается медицинскими работниками (то есть, независимыми специалистами. — А.К). Тот, кто ратует за отказ от вакцинации, несет огромную морально-этическую ответственность за тот риск, которому подвергаются непривитые люди» (Адамович М. М. Иммунопрофилактика..., с. 46-47). О том, что сами прививки — фактор огромного риска, за который вакцинаторы наотрез отказываются нести какую-либо ответственность, причем риска малоизученного, в отличие от риска давно всем известных болезней, в книге, понятно, нет ни слова.

## [Город Творцов]

Лишь для иллюстрации: «Распространенность микоплазменной инфекции в клеточных культурах, широко используемых в научно-исследовательских лабораториях, значительна, причем в некоторых случаях зараженность коллекций культур превышает 50%... Недавно из препаратов вакцин против кори, полученных в Китайской Народной Республике, было выделено 13 штаммов *M. gal-Userficum*; источником этих микоплазм были куриные эмбрионы, на которых выращивали вирус кори... Микоплазменная контаминация вакцин, предназначенных для широкого применения, может быть опасна в свете обнаруженной способности микоплазм изменять антигенные детерминанты макроорганизма и вызывать аутоиммунные последствия» (Борхсениус С.Н., Чернова О.А. «Микоплазмы. Молекулярная и клеточная биология, патогенность, диагностика». Л., 1989, с. 106). Благодарю Владимира Дворянчикова (Тольятти), обратившего мое внимание на этот аспект проблемы и любезно приславшего цитируемый материал.

## [Город Творцов]

В своё время похожим образом в Пруссии доказывалась необходимость прививок от натуральной оспы: сравнивались привитые солдаты — молодые мужчины, взятые в армию, благодаря своему крепкому здоровью, со всем непривитым населением, включавшим недоношенных младенцев, хронически больных, инвалидов и пр., и делался вывод в пользу прививок.

[[Город Творцов](#)]

The 396 Million Dollar Experiment. Ottawa: The Nightingale Research Foundation, 1994. Цит. по: Diodati C. Immunization... p. 125.

## [Город Творцов]

Российский гомеопат д-р Лев Бразоль писал в своей книге почти 120 лет назад: «...не могу обойти молчанием очередные вопросы земства «о наилучшей организации оспопрививания на суммы земских сборов». Из всех видов мотовства и расточительности это — самое безумное и отвратительное: затрачиваются ежегодно миллионы облитых кровью и потом трудовых денег русского народа на подрыв его здоровья и жизни, и еще задаются вопросом, как наилучшим образом лишить его этих священных и неприкосновенных прав за его собственные дорогие деньги» (Бразоль Л.Е. «Дженнеризм и пастеризм. Критический очерк научных и эмпирических оснований оспопрививания». Харьков, 1885, с. 140).

## [Город Творцов]

Ныне никакая аллергия уже не преграда для прививания. А между тем в своих опытах педиатр-иммунолог из Сан-Франциско Кевин Джерати показал, что у мышей. Из группы, никак не реагировавшей на прививку DPT (АКДС), возникали тяжелейшие реакции на ту же самую прививку после предварительного введения гистамина (вещества, во многом ответственного за аллергические реакции) и они быстро погибали в эпилептических припадках. Примечательно, что 80% детей, больных аутизмом (болезнью, связь которой с прививками ныне активно обуждается — см. главу о кори), страдают и от тяжелых аллергий. Непропорционально большое количество аллергических заболеваний наблюдается у детей и подростков с различными поведенческими нарушениями, которые также могут быть связаны с прививками. Подробно эта тема анализируется в книге д-ра Харриса Култера (см. прим. 28).

[[Город Творцов](#)]

Червонская Г.П. «Прививки: мифы и реальность». М., 2002, с. 384.

[Город Творцов]

«Вопреки канонам» // Здоровье (Казахстан), июнь 2002 г.

## [Город Творцов]

Simpson R. V. RNA-Containing Viruses in Human Can Be Transcribed Into DNA-Provimses. Интересно будет добавить здесь, что после того как это заявление стало достоянием гласности и вызвало немало шума, работа в этом без преувеличения жизненно важном направлении была Симпсоном полностью свернута... в связи с тем, что выполнявший ее исследователь покинул лабораторию. А еще говорят, что незаменимых людей нет! См.: Mendelsohn R. S. Immunizations. The terrible risk your children face that your doctor won't reveal. 1988, p. 28-29.

[Город Творцов]

Moscowitz R. The Case Against Immunizations // Journal of the American Institute of Homeopathy. March 1973; 76:23.

[Город Творцов]

Coulter H. L. Vaccination, Social Violence and Criminality. The Medical Assault on the American Brain. Wash., 1988.

[Город Творцов]

Coulter H. L, Fisher B. L. A Shot in the Dark. San Diego, California,  
1985.

[Город Творцов]

Koskiniemi M. et al. Epidemiology of encephalitis in children. A Prospective multicentre study // EurJPed. July 1997; vol. 156, 7:541-5.

## [Город Творцов]

Покровский В.И. и др. «Эволюция инфекционных болезней в России в XX веке». М., 2003, с. 631 — 632. А вот, что говорил известный французский микробиолог Гастон Рамон: «В вопросе об устранении возбудителя как вида есть философский аспект: допустимо ли вообще высокомерно считать, что будто нам все дозволено, в том числе безнаказанно ликвидировать биологические виды, которые существуют миллионы, а то и миллиарды лет? Не займут ли их место под солнцем другие, куда более агрессивные микробы?» (Бароян О. В. Закономерности и парадоксы. Раздумия об эпидемиях и иммунитете, о судьбах ученых и их труде. М., 1986, с. 83).

[[Город Творцов](#)]

Цит. по: Филиппов А.Н. «Гигиена детей». 4-е изд. М., 1909, с. 266-267.

## [Город Творцов]

«Государственная политика в области иммунопрофилактики направлена на предупреждение, ограничение распространения и ликвидацию инфекционных болезней» (Закон об иммунопрофилактике инфекционных болезней РФ № 157-ФЗ от 17 сентября 1998, ст. 4, п. 1).

## [Город Творцов]

«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» (Gaublomme C. The Children's Vaccine Initiative. An open window upon global vaccination strategies // The International Vaccination Newsletter. June 1998).

## [Город Творцов]

Многие задаются вопросом: ладно, с миром капитала всё понятно, но кто выигрывал на прививках в соцстранах? Я считаю, что именно лёгкость получения вполне весомых социальных благ через смехотворные прививочные «научные исследования» была одним из самых важных двигателей вакцинного бизнеса. Добавлю еще цитату: «Что касается методов всеобщей вакцинации, то через них могут реализовываться интересы органов здравоохранения в демонстрации своей способности решать возникающие проблемы, интересы разработчиков вакцин, их производителей, а также интересы тех, кто осуществляет закупку вакцин или их компонентов по импорту» (Тищенко П.Д. Вакцинация...). И через четыре года эхом ему ответил российский журнал, рупор прививочного дела: «Проведенная в 1996 г. прививочная кампания значительно активизировала работу и изменила отношение к вакцинопрофилактике многих медицинских работников и населения, показала возможность практического здравоохранения в решении задач общенационального масштаба» (Онищенко Г.Г. Эпидемиологическая обстановка по инфекционным заболеваниям, управляемым средствами специфической профилактики, и основные направления профилактики этой группы заболеваний в РФ // Журнал микробиологии. 1998, 1, с. 37).

## [Город Творцов]

Кроме того, компенсации, которые приходится с боем добывать через суды, очень часто не обеспечивают даже минимальных потребностей изувеченного прививками. Например, относительно российских компенсаций: «... величина некоторых из этих компенсаций, на мой взгляд, представляется совершенно несоразмерной при причиненном вреду...», — тактично замечает в своей книге немолодой московский педиатр (Тимофеева А.М. «Беседы детского доктора». М., 2000, с. 143). Пермский школьник А.В., который в ноябре 1996 г., после сделанной в школе плановой прививки от клещевого энцефалита превратился в тяжёлого инвалида, нуждающегося в постоянном уходе, по решению суда, ежемесячно получает от искалечившей его больницы сумму, эквивалентную... примерно, 14 долларам США. У подростка были противопоказания к прививке, на которые никто не обратил внимания. Кстати, чтобы добиться и этих жалких грошей, потребовались два года разбирательства в суде, привлечение независимой экспертизы из Москвы (разумеется, местные судмедэксперты никакой вины своих коллег не усмотрели), активное участие Пермского правозащитного центра, оплатившего услуги юристов.... Как выяснилось позднее, эта серия вакцины, выпущенная томским НПО «Вирион», вызвала осложнения разной степени тяжести у 30 человек, и была отозвана.

[Город Творцов]

Подробнее см.: Geier D., Geier M. /. The true story of pertussis vaccination: a sordid legacy? // Hist Med Allied Sci 2002 Jul; 57(3):249-84.

[Город Творцов]

Tyler A. Vaccination: the Hidden Facts // London Evening Standard Magazine. September 1991, p. 74.

[Город Творцов]

Shaw V. Parents' anger over MMR threat to GPs // Leeds Today.  
January 12, 2004.

[Город Творцов]

Sumner-Burstyn B. Immunisation choice challenges the herd mentality // New Zealand Herald. June 26, 2002.

[[Город Творцов](#)]

«О массовой иммунизации населения против дифтерии» 2 февраля 1993, п. 6. Цит. по: Червонская Г. 77. «Мифы и правда о прививках» // Вакцинопрофилактика и права человека. Доклад РНКБ. М., 1994.

[[Город Творцов](#)]

Учайкин В.Ф., Шамшева О.В. «Вакцинопрофилактика.  
Настоящее и будущее». М., 2001, с. 109.

[Город Творцов]

Тимофеева А.М. Беседы..., с. 131.

## [Город Творцов]

Вот письмо замдиректора Института педиатрии АМН СССР проф. С.Д. Носова начальнику Главного управления лечебно-профилактической помощи детям и матерям Минздрава СССР Л.К. Скорняковой от 11.01.1968, в котором он просит её разрешить старшему научному сотруднику инфекционного отделения В.П. Брагинской «периодически знакомиться с поступающими рекламациями на различные вакцины и проводить клинический анализ всех случаев необычных реакций и осложнений после прививок». Обоснование: «Согласно указаниям Мосгорздравотдела, в инфекционную клинику Института госпитализируются все дети с различными поствакцинальными осложнениями. Сотрудники инфекционного отделения широко привлекаются к консультациям по различным вопросам, связанным с этой проблемой, а также участвуют в составлении различных приказов, наставлений и инструкций по профилактике поствакцинальных осложнений и тяжелых реакций на прививки» (ГАРФ, ф. 8009, оп. 50, д. 76, с. 1). Приказы, наставления и инструкции, как можно понять из этого письма, составлялись Институтом педиатрии, в полном отсутствии информации о качестве вакцин, которая была доступна лишь высшим советским медчиновникам!

[Город Творцов]

Budavari S. et al. The Merck Index: An Encyclopedia of Chemicals, Drugs and Biologicals. 1996, p. 662. Цит. по: Diodati C J. M. Immunization: History, Ethics, Law and Health. Quebec, 1999, p. 68.

[Город Творцов]

Anderson K. et al. Мовб/в Medical, Nursing, and Allied Health Dictionary. 1994, p. 1208. Цит. Ibid., p. 69.

[Город Творцов]

Fiejka M., Aleksandrowicz J. Aluminum as an adjuvant in vaccines and post-vaccine reactions // Rocznik Państw Zakł Hig. 1993; 44(1).-73-80.

[Город Творцов]

Bergfors E. et al. Unexpectedly high incidence of persistent itching nodules and delayed hypersensitivity to aluminium in children after the use of adsorbed vaccines from a single manufacturer // Vaccine. 2003 Dec 8; 22(1):64-9.

[Город Творцов]

Gherardi R. K. et al. Macrophagic myofasciitis lesions assess long-term persistence of vaccine-derived aluminium hydroxide in muscle // Brain. September 2001; 124(9):1821-1831. См. Также: Brenner A. Macrophagic myofasciitis: a summary of Dr. Gherardi's presentations // Vaccine. 2002 May 31; 20 Suppl 3:S5-6.

[Город Творцов]

Authier F. J. et al. Central nervous system disease in patients with macrophagic myofasciitis // Brain. 2001 May; 124 (Pt 5):974-83.

[Город Творцов]

Ghemrdi R. K. Lessons from macrophagic myofasciitis: towards definition of a vaccine adjuvant-related syndrome // Rev Neurol (Paris.) 2003 Feb; 159(2)-162-4.

[Город Творцов]

Redhead K. et al. Aluminium-adjuvanted vaccines transiently increase aluminium levels in murine brain tissue // Pharmacol Toxicol. 1992 Apr; 70(4):278-80.

[Город Творцов]

Kirschman J. D., Dunne L. j. Nutrition Almanac 1984, p. 65 Цит. по:  
Diodati C. J. M. Immunization., p. 71. См. также экспериментальные  
данные в Bilkei-Gorzo A. Neurotoxic effect of enteral aluminium //  
Food Chem Toxicol. 1993 May; 31(5):357-61.

## [Город Творцов]

Подробно история натуральной оспы и борьбы с ней, включая опыты Дженнера и его последователей, будет изложена в моей книге «Прививки: государство против граждан».

## [Город Творцов]

Именно натуральная оспа. Название «черная оспа», еще встречающееся у некоторых малограмотных авторов, на самом деле является просторечным наименованием лишь самого тяжелого варианта течения натуральной оспы, а именно геморрагического, а не заболевания в целом. В дальнейшем в этой главе я буду использовать термины «натуральная оспа» и «оспа» для обозначения одной и той же болезни, вызываемой вирусом *variola*.

## [Город Творцов]

От лат. *inoculare* — пересаживать, переносить (Арнаудов Г. *Terminologia medica polyglotta*. Медицинская терминология на пяти языках. София, 1979, с. 214). Вообще идея искусственного заражения инфекционными болезнями известна разным человеческим культурам с давних времен. Иногда под ней была рациональная почва, когда наблюдениями устанавливалось, что перенесение той или иной болезни в легкой форме могло предотвратить эту болезнь или ее особенно тяжелую форму в будущем, но часто она носила исключительно религиозно-культурный характер и имела под собой не больше оснований, чем молитвы русских крестьян «матушке оспе». Из продуктов болезней, которыми проводилось искусственное заражение, можно упомянуть, на пример, использовавшуюся с незапамятных времен мокроту больных бронхопневмонией или гной из сифилитического шанкра (Намибия, Сенегал, Конго).

## [Город Творцов]

Техника проведения инокуляции браминами подробно описывается в письме д-ра Дж. Холвелла, отправленном им президенту Королевской коллегии врачей в 1747 г. См.: Hedge V. M. Vaccination in India ///AP/. 1998, vol. 46, 5:472-473. Благодарю д-ра Б. Хеджа (университет в Манипале), любезно приславшего мне копию своей статьи.

## [Город Творцов]

Впервые это было показано проф. Чарльзом Крейтоном в его знаменитой книге «История эпидемий в Британии» (Creighton C. History of Epidemics in Britain, Cambridge, 1891-4) и полностью подтверждено в сравнительно недавней статье Carmichael A. G., Silverstein A. M. Smallpox in Europe before the Seventeenth Century: Virulent Killer or Benign Disease? // / Hist Med Al Sc. 1987; v. 42, pp. 147-168.

## [Город Творцов]

С того времени именно самые беззащитные — контингент разносортных приютов, домов ребёнка и аналогичных заведений — традиционно являются наиболее удобным человеческим материалом для вакцинаторов. Недавние советские примеры прививочных опытов над детьми документированы в докладе Российского национального комитета по биоэтике при АН РФ «Вакцинопрофилактика и права человека», М., 1994. Вот что пишет вирусолог Г. П. Червонская в своем материале: «Мифы и правда о прививках», входящем в доклад: «Создатели и контролеры лекарственных биологических препаратов — вакцин и сывороток — изучают свои творения на детях. В условиях российского правового невежества риск того, что родители зададут ученым малоприятные вопросы, практически сведен к нулю. Я уже не говорю о школах-интернатах, где совершенно спокойно изучается любая вакцина... Представленные факты по использованию «добровольцев» отечественными врачами-экспериментаторами говорят о том, что опыты проводятся в «полном соответствии с этическими нормами страны, где осуществлялось данное испытание»... Однако эти "нормы" не имеют ничего общего с общечеловеческими ценностями и с мировой практикой, принципами и положениями, изложенными в статье 1 Нюрнбергского кодекса, а также в части 2, статье 1 Хельсинкской декларации и части 1, статье 9 Токийской и Венецианской деклараций. Мировая общественность долгие годы вводилась в заблуждение дезинформацией, заведомо ложными заявлениями о том, что «в соответствии с Советским законодательством подобная практика в СССР недопустима» или: «в СССР, в отличие от многих других стран, испытания новых препаратов... не могут проводиться на здоровых добровольцах, поскольку это не оправдано с этической и научной точек зрения...».

## [Город Творцов]

В российских источниках его также называют Димсдалем или Димсталем.

## [Город Творцов]

Ни одному из даже самых благоговейных и восторженных биографов Дженнера (вроде Барона) не удалось обнаружить ни единого свидетельства, что тот что-либо слышал о коровьей оспе до 1787 - 1788 гг., когда начал опрашивать знакомых врачей и хирургов об этой болезни. В более поздних трудах иных «историков медицины», в том числе и российских, дженнеровская выдумка обросла уже совершенно невероятными и фантастическими подробностями: «Английский сельский врач Эдуард Дженнер... пользуясь советами видного патолога и хирурга Джона Гантера... длительно проводил многочисленные опыты над разными видами животных (четвероногие, птицы): наблюдал за течением оспы у них, передачей заражения, случаями невосприимчивости» (Заблудов-скип П. Е. и др. История медицины. М., 1981, с. 149). Конечно, публикация этой откровенной чуши, да еще в официальном учебнике по истории медицины, не могла стать возможной, если бы не почти двухсотлетнее промывание мозгов и замалчивание реальных фактов истории прививок. Думаю, читателям будет небезынтересно узнать, что видный и уважаемый французский доктор Жан Вердьё опубликовал в 1801 г. шестнадцатистраничную брошюру под названием «Критический и аналитический взгляд на вакцину и вакцинацию», в которой он охарактеризовал защиту коровьей оспой как глупую выдумку, которая могла родиться скорее в пустых головах болтунов и бездельников, чем тех, кто имеет реальный опыт наблюдения за этой болезнью, т.к. решительно ничего общего между двумя оспами, кроме сходства в названии, нет. Помимо прочих весьма разумных мыслей, высказанных в своей работе, Вердьё определил крайней глупостью и безрассудством то, что никто не изучал и даже не пытался изучать побочные эффекты вакцинации, пытаюсь проследить дальнейшее состояние здоровья привитых, и пророчески заметил, что эта процедура, если станет массовой, может дать начало новым болезням.

## [Город Творцов]

Примечательно, что Дженнер в своих публикациях ни разу не упомянул о деталях этого исторического события, но на основании другой, более подробно им описанной инокуляции одного конюха можно предположить, что Дженнер инокулировал все объекты своих экспериментов по наимягчайшему методу Саттона. Поэтому все нынешние разговоры апологетов прививания «о смертельной дозе» и «страшном риске великого медика» могут вызвать разве что улыбку.

## [Город Творцов]

Впоследствии Дженнер, смакуя эффект своего «открытия», еще много раз инокулировал этого слабого, болезненного мальчика (так и называя его снисходительно в своих письмах — «мой бедный Фиппс»), убеждаясь, что никакой реакции не наблюдается. Разбогатеv, Дженнер подарил Фиппсу коттедж. Правда, как следует насладиться честно заработанным Фиппсу не удалось — в возрасте 20 лет он скончался, как и сын Дженнера, от туберкулёза.

[Город Творцов]

См.: Baxby D. Edward Jenner's Unpublished Cowpox Inquiry and the Royal Society: Everard Home's Report to Sir Joseph Banks // Medical History. 1999; 43:108-110.

## [Город Творцов]

Об этом Дженнер в своей статье 1798 г. скромно упомянул следующим образом: «На 8-й день мальчик был уже свободен от своего недомогания... но оказался неподходящим для инокуляции, так как, вскоре после эксперимента, он заболел лихорадкой в работном доме» (выделено мной. — А.К.). Подумать только, какое совпадение! Идея объяснения осложнений была творчески развита его последователями: что бы худого ни случилось вслед за прививкой, с ней не связано. В следующей статье, также напечатанной им отдельной брошюрой в 1799 г., Дженнер, всё же, сообщил, что мальчик скончался — вероятно, от рожистого воспаления.

## [Город Творцов]

Здесь еще следует отметить, что многие инокуляторы - в том числе и Томас Димсдэйл - отмечали, что после первой инокуляции сделанная позднее повторная очень часто приводит к появлению на коже тех же самых элементов, и это вовсе не является абсолютным свидетельством «неуспеха».

## [Город Творцов]

Я подчеркиваю здесь «русский», потому что в некоторых работах по истории медицины встречается ошибочное утверждение, что Мухин сделал прививку первым в Российской империи. На самом деле первым, вероятно, прививку сделал известный рижский врач Отто Гун (1764-1832) 27 ноября 1800 г. См.: Канеп В. К характеристике русско-латышских научно-медицинских связей // Из истории медицины - К. Рига, 1973, с. 46-47.

## [Город Творцов]

Об этом писал и Крейтон в своем сочинении «Дженнер и прививки: странная глава в истории медицины», 1889 г. (о Крейтоне еще будет сказано далее) и не так давно подтвердил на основании своих собственных исследований англичанин Питер Ра-зель. См.: Razzel P. Edward Jenner's Cowpox Vaccine: The History of a Medical Myth. Caliban Books, 2nd ed., 1980.

## [Город Творцов]

Во многих странах еще в течение долгих десятилетий пытались цепляться за дженнеровские выдумки, часто только для того, чтобы не быть вынужденными признать собственную глупость и легковерие. В 1840 г. председатель комиссии по ревакцинации Французской Академии наук Седильо заявлял: «Привитие коровьей оспы по силе и продолжительности своего предохраняющего действия есть неприкосновенная святыня; не посмеет же мы касаться до нее и не сделаем из наших заблуждений оружия, которое могло бы обратиться против нее» (цит. по: Рейтц В. «Критический взгляд на оспопрививание». СПб., 1873, с. 28-29). Собственно, вот на таких «неприкосновенных святынях» и страхе перед «готовым обратиться против них оружием» прозревшего общественного мнения и основаны прививочные ритуалы. А Королевская комиссия (см. далее) даже в самом конце XIX в. утверждала, что «лишь в исключительных случаях вакцинация младенца не обеспечивает ему пожизненного иммунитета к натуральной оспе» (Fenner F. et al. Smallpox and its eradication. WHO, Geneva, 1988, p. 271).

## [Город Творцов]

Попутно можно отметить, что попытка Дженнера начать собственную прививочную практику в Лондоне завершилась полным провалом.

## [Город Творцов]

Не это ли имел в виду малограмотный советский прививочный агитатор, сообщивший в своей книге: «Много пришлось пережить ученому, вынести травлю мракобесов и лжеученых»? (Блинкин С.А. «Вакцины защищают». М., 1983, с. 25).

## [Город Творцов]

Так, д-р Гиль, «главный оспопрививатель в Мюнхене», заявлял: «Мы обязаны вакци нации не только искоренением оспы, но и уменьшением смертности вообще, уменьшением бедности, сохранением здоровья и красоты, увеличением человеческих радостей и блаженства» (Dr. F. Giel. Die Schutzpocken-Impfung in Baiern. Munchen, 1830, S. 166). А д-р Краус, один из инициаторов введения закона об обязательном оспопрививании в Баварии, в своей книге сообщал: «После вакцинации кости и хрящи усиливаются, дети вдруг начинают ходить; бледные, хилые золотушные дети становятся здоровыми и крепкими; мозг и нервы развиваются быстрее, вообще дети становятся умнее и красивее; идиотизм и кретинизм вследствие вакцинации заметно уменьшаются, даже немые начинают говорить» (Dr. Krauss Die Schutzpockenimpfung. Niirnberg, 1820. Цит. по, Рейтц В. Критический взгляд на оспопрививание, с. 5-6 и 25-26). Подобного рода «научные сообщения» стояли за введением обязательного оспопрививания и в других странах. Жаль, что их авторы не испытали прививки на себе, дабы убедиться, что те на самом деле никак не влияют ни на идиотизм, ни на кретинизм.

## [Город Творцов]

Вот свидетельство немецкого врача Зигмунда Вернера: «Я помню то время, когда я, не освободившись еще от склонности *jurare in verba magistri* (слепой веры в слова учителей. - А.К.), был воодушевлен верой в благодетельную силу вакцинаций, зная о них лишь понаслышке. Собственные мои наблюдения привели меня к противоположному воззрению. После того как я несколько раз видел вакцинные пустулы одновременно с оспенным заболеванием или незадолго перед ним; после того как на моих глазах умирали от оспы такие люди, которые были привиты не только два раза, но и много раз; после того как я убедился, что вакцинация не имеет ни малейшего или только воображаемое предохранительное значение как против ветряной, так и против натуральной оспы; после того как я часто наблюдал, какие серьезные заболевания и дурные последствия причиняются вакцинацией и ревакцинацией; и, наконец, после того как я слишком часто бывал свидетелем, что дети совершенно здоровых родителей начинали хворать и потом буквально увядать вслед за вакцинацией или делались в высшей степени золотушными,— после таких очевидных фактов я должен был из горячего приверженца обратиться в убежденного противника вакцинаций. И теперь, совершивши оспопрививание коровьей лимфы 3555-ти субъектам, имея, следовательно, достаточно случаев прийти к самостоятельному суждению о достоинстве обязательного оспопрививания, я вынужден согласиться с мнением профессора Йозефа Германа, что "вакцинация принадлежит к числу величайших заблуждений и обманов медицинской науки"». А вот цитата и из самого проф. Германа, бывшего много лет главврачом Венской городской больницы: «Я смотрю на все дело оспопрививания вместе с его теорией как на самое вульгарное и вредное шарлатанство и считаю за оскорбление чистой науки, когда оспопрививанию приписываются какие-то научные признаки» («Die falschen Grundlagen des Reichs-Impfzwangsgesetzes von 1874, von Gustav Neumann», 1882, с 16-17. Цит. по: Бразоль Л. Е. Дженнеризм и пастеризм. Критический очерк научных и эмпирических

оснований оспопрививания. Харьков, 1885, с. 138-139). Или вот слова д-ра Стоувелла, сказанные им в 1870 г. (за плечами 25 лет вакцинаторского стажа): «Прививки - не просто иллюзия, но проклятие для человечества. Иррационально даже утверждать, что гнилая материя, взятая из пузырей органического происхождения, может каким-либо иным образом влиять на человеческий организм, кроме того, что будет наносить ему вред. Сначала говорили, что прививка защищает на всю жизнь. Когда оказалось, что это не так, предложили ревакцинацию каждый седьмой год. И это не вышло. Тогда стали искать необходимую коровью оспу. Коровам делали уколы человеческой оспы, и гнилое выделяемое этой операции называли оспенной лимфой. Этот жуткий яд вносят в человеческий организм, независимо от того какие болезни были у животного и у человека. Ныне это называется "истинной вакциной". Эта чистая лимфа переносит от ребенка к ребенку болезни. Госпиталей и аптек стало больше на 80%, и этот рост продолжается. Какие там 450 врачей в "Синей книге", когда только в одном Лондоне 3000 врачей?»

## [Город Творцов]

То, что врачи имеют в прививочном вопросе свои интересы, весьма далекие от заботы о благе пациентов, всегда было секретом Полишинеля. Приведу цитату из доклада, прочитанного в январе 1883 г. английским врачом Алинсоном: «Посмотри те, какие мы делаем на этом деньги! За каждую прививку выходит шиллинг или шиллинг и шесть пенсов, да еще премия за хорошую работу. Добавьте сюда частную практику - от шести пенсов до пяти фунтов. Увидев, как это оплачивается, вряд ли вы пойдете к заинтересованной стороне за непредубежденным советом. Если вы хотите знать правду о прививках, идите к тем, кто не делает на них никаких денег. Если бы врачи получали шиллинг, стреляя, в качестве профилактической меры против кори, в луну каждый раз в полнолуние, они бы доставили статистику, доказывающую, что нет более эффективной практики и что население вымерло бы, если бы она прекратилась» (Vaccine Inquirer, 1883).

## [Город Творцов]

Д-р Джон Скотт, врач Манчестерской больницы женских и детских болезней, а также яростный защитник прививок, заявил в публичной лекции «Оспа и прививки» следующее: «На мой вопрос, сколько времени ребенок болен, матери очень часто отвечают: доктор, он вообще не был здоров с момента, как сделали прививку. Нельзя обойти того факта, что прививки ненавидимы среди рабочего класса, но крайней мере в Ланкашире». Широкую известность получила история с немецким школьным инспектором, который на заданный в одном из классов вопрос: «Почему мать прятала маленького Моисея в тростниках?», получил ответ: «Она прятала его от прививок!». Такие примеры отношения населения к прививкам можно приводить бесконечно.

## [Город Творцов]

Первые случаи заражения сифилисом через прививки были зарегистрированы в Италии в 1814 г.; там же в 1861 г. в Ривальте 44 из 63 привитых детей были заражены сифилисом, причем некоторые заразили им еще и матерей и нянек (Fenner F. Smallpox..., p. 264-265). В СПб-ском Воспитательном доме в отчете за 1860 г. было сообщено о 177 случаях заражения детей сифилисом во время прививания их от оспы. (Здекауэр Н. Ф. О причинах возобновления оспенных эпидемий, несмотря на вакцинацию, и о мерах к ограждению от них. СПб., 1891, с. 10). Проф. Крейтон в своей статье в 9-м издании «Британской энциклопедии» (см. далее) указал, что в 1854 г., т.е. на следующий год после принятия закона об обязательных прививках, количество случаев сифилиса у детей в возрасте до 1 года выросло наполовину и с тех пор неуклонно растет. Метод лабораторного обнаружения бледной трепонемы, возбудителя сифилиса, был разработан немецким бактериологом Августом Вассер-маном (1866-1925) лишь в 1906 г. У младенцев врожденный сифилис может не иметь никаких клинических проявлений, и соответственно инфицированный им мог не вызывать никаких подозрений у переносящего прививочный материал от одного ребенка другому.

## [Город Творцов]

Подробнее об этом см.: Durbach N. They Might As Well Brand Us: Working Class Resistance to Compulsory Vaccination in Victorian England (Soc Hist Med. 2000; Vol. 13, No. 1, p. 45-62). Благодарю д-ра Надава Давидовича (Тель-Авивский университет), обратившего мое внимание на эту публикацию и любезно приславшего мне копии нескольких цитируемых в этой главе статей.

## [Город Творцов]

Об истории движения против прививок (или за отмену их обязательности) в Англии см.: Porter D., Porter R. The Politics of Prevention: Anti-Vaccinationism and Public Health in Nineteenth-Century England // *Medical History*. 1988, 32:231-252, и особенно MacLeod R M. Law, Medicine and Public Opinion: The Resistance to Compulsory Health Legislation 1870-1907 // *Public Law*. 1967, p. 107-128, 189-211. В этих двух статьях даются также краткие биографии главных действующих лиц антипрививочного движения в Англии.

## [Город Творцов]

Вряд ли может быть дан лучший ответ на вопрос, кто же для кого существует - прививки для народа или народ для прививок, нежели простое цитирование этой чудовищной по своему цинизму фразы.

## [Город Творцов]

Чарльз Вашингтон Най, владелец магазина из Чатема, двое детей которого умерли вскоре после получения прививки от оспы, отказался вакцинировать третьего, за что и был оштрафован шесть раз и один раз посажен в тюрьму. Когда Чарльз Смолмен из Рочестера был вызван в суд графства Кент в 1882 г. за отказ прививать детей, он объяснил судье, что его младший ребенок умер от прививки. Дж. Найт, судья, возразил ему «Даже если это так, в законе об этом ничего не сказано». Рабочий Томас Хей был оштрафован и приговорен к заключению судом в 1872 г., не успев даже раскрыть рта и объяснить, что ребенок, здоровьем которого он «пренебрегал», уже три месяца как был в могиле. Пусть сами читатели решат, какое отношение к прививкам и их радетелям вызывали в обществе истории подобного рода... Доктора, грудью стоящие за прививки сегодня! Вам не стыдно делить такое позорное наследие?

## [Город Творцов]

Разумеется, даже мысли об ответственности за вред, приносимый прививками, в том числе и за многочисленные случаи смертей и увечий после них, у врачей никогда не возникало.

## [Город Творцов]

Британский «Реджистрар Дженерал» скорбно констатировал, что в то время, когда тиф и иные инфекционные болезни постепенно исчезают, только оспа в последнее время неизменно на подъеме: после почти 30 лет обязательных массовых прививок она в 1880 г. на 50% превышает средний уровень десяти предыдущих лет! Из недавних работ можно отметить книгу Энн Харди (Anne Hardy *The Epidemic Streets: Infectious Disease and the Rise of Preventive Medicine, 1856-1900* Oxford, 1993, p. 110-151), в которой она открыто обвиняет английские медицинские власти в граничащей с ослиным упрямством прививочной «зашоренности» и показательном пренебрежении к методам санитарии и гигиены, из-за чего фактически в течение всего XIX века Англии не удавалось добиться реальных успехов в борьбе с натуральной оспой, сколько бы законов ни принималось и прививок ни делалось.

## [Город Творцов]

К 1889 г., когда была создана Королевская комиссия (см. далее), санкции в городе были применены к 6 тыс. человек, из которых 3 тыс. были оштрафованы, а 34 посажены в тюрьму.

## [Город Творцов]

Д-р Хейгарт известен еще и тем, что в 1793 г. первым заявил о возможности ликвидации натуральной оспы (правда, лишь в Великобритании, а не на всей планете) и предложил свой план реализации этого. По его мнению, ликвидация оспы могла быть достигнута путем массовых инокуляций населения, ранней изоляции заболевших, дезинфекции помещений и личных предметов, находившихся в пользовании заболевших оспой, назначения специальных инспекторов, призванных следить за выполнением правил и пр. В 1799 г. с похожим проектом выступил д-р Карл, директор Инокуляционного института в Брно (Fenner F. Smallpox., p. 256). Авторитет Хейгарта как специалиста по натуральной оспе был столь высок, что Дженнер не удержался и в 1794 г. написал ему, сообщая об услышанных им «изумительных» народных преданиях о спасении от натуральной оспы при помощи коровьей. Разумеется, он ожидал восторгов, но ответное письмо было ледяным душем: «Ваше сообщение относительно коровьей оспы и в самом деле весьма странно и изумительно и находится в таком противоречии со всеми последними наблюдениями, что потребуются в высшей степени убедительные доказательства, чтобы оно было сочтено правдоподобным. Вы пишете, что вся история этого редкого явления скоро будет опубликована, но не указываете, Вами или иным медиком. Так или иначе, я полагаю, что не может быть никакого доверия народным выдумкам. Автор не должен допускать ничего, кроме того, что он доказал своими собственными наблюдениями как на человеке, так и на животных» (Creighton C. History., v. 2, p. 559).

## [Город Творцов]

В 1870 г. прививки делались 95% новорожденных Лейстера, в 1890 г. - лишь 5%.

## [Город Творцов]

Вакцинаторы с нетерпением ждали «неизбежных» эпидемий в Лейстере («Боже, покарай Лейстер!»); в 1884 г. «Ланцет» даже открыто призвал жителей города перед опасностью расползающейся по Англии очередной (какой уже по счету за столетие «спасительных прививок»?) эпидемии оспы прибегнуть к помощи вакцинаций. Призы вы остались без ответа. Прививок не было, и не было ни эпидемии, ни даже хотя бы самой малой, на радость прививателям, вспышки. Всего двое заболевших в 1884 г. - и те оказались, как на грех, привитыми... В 1892 г. вместо умершего старого и опытного доктора городским санитарным врачом был назначен молодой доктор Джозеф Пристли, поставивший ребенку с натуральной оспой, бывшему в больничном карантине, диагноз ветряной оспы. В результате этой трагической ошибки в городе заболели 358 человек, из которых 21 (5,8%) скончались - небывалая для того периода по своей малости как «эпидемическая» заболеваемость, так и смертность - обычно болели тысячи, а умирали сотни! Если исключить этот злополучный год, то за 60 лет, с 1873 г. по 1933 г., Лейстер потерял от оспы... 50 человек (См.: Fraser S. M. F. Leicester and Smallpox: The Leicester Method // Medical History. 1980; 24:315 - 332). И сто лет спустя адвокаты прививок не могли смириться с публичным лейстерским позором, что можно видеть хотя бы из злобной статьи Swales I D. The Leicester anti-vaccination movement // Lancet. Oct. 24, 1992; 340:1019 - 1021, в которой автор-профессор скорбит о несчастном населении города, которым в течение 40 лет помыкала-де «маленькая группа безрассудных фанатиков» (small irrational group of fanatics).

[Город Творцов]

Ахшарумов Д. «Записка об оспопрививании». Полтава, 1884, с.  
6.

## [Город Творцов]

В самом начале книги Владимир Рейтц сообщил, каким образом его заинтересовал прививочный вопрос: «Впервые сомнение в спасительной роли прививания коровьей оспы возникло у меня во время моего прикомандирования Конференцией Медико-хирургической академии к Санкт-Петербургскому Воспитательному дому. Присутствуя в то время при вскрытиях, я с изумлением заметил, что почти всегда часть, иногда большая, а иногда и все умершие дети, представляли или только начало развития вакцинных пустул, или же эти пустулы находились в дальнейших изменениях. Зная и убедясь в том, что в здешнем Воспитательном доме только здоровым детям прививается оспа, я невольно задался вопросом, каким образом эти, еще так недавно здоровые дети появились на секционном столе и при вскрытии представляли то те, то другие болезненные изменения, служившие причиной их смерти. В числе этих болезненных изменений, как я мог убедиться, первое место по количеству и значению занимали рожистые процессы... то есть такие заболевания, которые произошли непосредственно от привития коровьей оспы и где, следовательно, смерть ребенка прямо обуславливалась насильственным внесением в его организм животного яда вакцины, хотя и с целью спасти его от могущего когда-нибудь произойти заболевания оспой. Это и побудило меня уже в 1863 году в моей диссертации... поместить следующее положение<sup>1</sup> одна из главных причин громадной смертности в Воспитательном доме есть оспопрививание» (В. Рейтц Критический..., с. 7-8).

## [Город Творцов]

На это позднее также указал д-р Н. Черепнин в своем докладе в Обществе Петербургских практических врачей: «Одно обилие лимф уже не говорит в пользу какой-либо из них... Заболевание настоящей оспой и прививной суть два отдельные процесса, могущие одновременно протекать на одном и том же человеке, нимало не влияя друг на друга». Логичный вывод докладчика: «Надежнейшим средством ограничения суммы заражений следует признать правильное устройство специальных госпиталей для заразных больных вообще и оспенных особенно» (Голос. 5.02.1883, с.2-3).

## [Город Творцов]

«Записка об оспопрививании и о значении статистики оспопрививания, представленная в Медицинский совет заведовавшим оспопрививанием в Петербурге совещательным членом Медицинского совета, доктором медицины В.С. Снигиревым, по случаю предполагаемого введения оспопрививания в Империи» (Правительственный вестник. 29.11.1875, № 267).

## [Город Творцов]

Руднев М. По вопросу о введении обязательного оспопрививания в России // Журнал для нормальной и патологической гистологии и клинической медицины. 1875, ноябрь-декабрь, с. 573-580.

## [Город Творцов]

При этом заслуживает быть отмеченным, что и «отсталые» российские академические круги, в отличие от «продвинутых» западноевропейских, далеко не были единодушны в своем отношении к прививкам. Так, на запрос о пользе оспопрививания, заданный Харьковской губернской земской управой в 1869 г., представители медицинского факультета Харьковского университета ответили, что «трудно привести учение об оспопрививании в согласие с основами научной гигиены и патологии, и еще труднее привести научные доказательства в пользу оспопрививания». Цит. по: Бразоль Л. «Мнимая польза и истинный вред оспопрививания». СПб., 1884, с. 2.

## [Город Творцов]

О краткой истории антипрививочного движения в США и некоторых его аспектах на примере Портленда (Орегон) см.: Johnston R. D. The Radical Middle Class: Populist Democracy and the Question of Capitalism in Progressive Era Portland, Oregon. Princeton University Press, 2003. В частности, автор подчеркивает: «В последние десятилетия XIX в. оппозиция прививкам приобрела статус истинного, хотя и скачкообразного, массового движения». В некоторых штатах вынуждены были отменить уже принятые законы об обязательных прививках из-за общественных протестов. Искренне благодарю проф. Роберта Джонстона, любезно предоставившего в мое распоряжение материалы будущей книги во время своего визита в Израиль в 2001 г.

## [Город Творцов]

Разумеется, в армии и на флоте, а также в тюрьмах дело обстояло совершенно по-иному. Вот как Джек Лондон описывает свой опыт получения прививок в тюрьме в рассказе «Сцапали» (1907 г.): «Выстроившись тесной вереницей, в затылок друг другу, причем задний держал руки на плечах переднего, мы перешли в другой большой "вестибюль". Здесь нас выстроили у стенки, приказав обнажить левую руку. Студент-медик, практиковавшийся на такой скотине, как мы, обошел ряд. Он делал прививку еще вчетверо проворней, чем цирюльники делали свое дело. Нам велели соблюдать осторожность, чтобы не задеть за что-нибудь рукой, пока не подсохнет кровь и не образуется струпик, и развели нас по камерам. Здесь меня разлучили с моим новым приятелем, но он все же успел шепнуть мне: «Высоси!». Как только меня заперли, я начисто высосал ранку. Потом я видел тех, кто не высосал: у них на руках образовались ужасные язвы, в которые свободно вошел бы кулак. Сами виноваты! Могли бы высосать...». Относительно прививочных расправ с гражданами с помощью полиции см.: Albert M. «The Last Smallpox Epidemic in Boston and the Vaccination Controversy», 1901-1903 // N Engl J Med. February 1, 2001; 344:375-379.

## [Город Творцов]

Вкратце печальная история этого судебного дела излагается в главе «Обязательные прививки: как это случилось?» (Mandatory Vaccinations: How Did It Happen?) книги Култера и Фишер, о которой речь пойдет в главе, посвященной коклюшу (Coulter H.L., Fisher B.L. «A Shot in the Dark». N.Y, 1991, p. 197-198).

[Город Творцов]

См.: Meade T. «Civilizing Rio de Janeiro»: the public health campaign and the riot of 1904 // J Soc Hist. 1986; (20)2:301-22.

## [Город Творцов]

Чарльз Крейтон, автор знаменитого классического труда «История эпидемий в Британии» (1891-1894), был, вероятно, одним из крупнейших историков эпидемиологии и одним из наиболее талантливых и образованных европейских ученых XIX - начала XX в. Интересующихся биографией Крейтона я отсылаю к статье Cook G. C. Charles Creighton (1847-1927): eminent medical historian but vehement anti-Jennerian //Journal of Medical Biography. 2000; 8:83-88, и особенно к детальному очерку Э. Андервуда «Charles Cheighton, the man and his work», опубликованному во втором издании «The History of Epidemics in Britain» (1965), vol. 1, p. 43-135. Благодарю д-ра Дж. Кука (Wellcome Institute for the History of Medicine, London), любезно приславшего оттиск своей статьи.

## [Город Творцов]

«Естественная история коровьей оспы и прививочного сифилиса» (1887) и «Дженнер и прививки: странная глава истории медицины» (1889).

## [Город Творцов]

Показательно, что из ряда печатавшихся в США репринтов девятого издания «Британской энциклопедии» статья Крейтона была выброшена! Как известно, свобода слова, тем более в научных вопросах, означает, что говорить можно всё, кроме того, что говорить нельзя.

## [Город Творцов]

Перу Уоллеса принадлежат известные антипрививочные памфлеты «Прививки оказались бесполезными и опасными» (1885, 2-е изд. в 1889), «Прививки - обман, принуждение к ним - преступление» (1898) и «Краткое изложение доказательств, что прививки не предотвращают оспы, но на деле увеличивают заболеваемость ею» (1904), в свое время наделавшие немало шума и сильно подорвавшие позиции вакцинаторов. Уоллес был приглашен в Королевскую комиссию, но отказался войти в ее состав и выступал лишь в качестве свидетеля. Его слова, слова ученого с мировыми именем, сказанные во время дачи показаний, заслуживают быть вынесенными в эпиграф любой медицинской книги: «Свобода гораздо значительнее и важнее, неже ли наука». К сожалению, автор сравнительно недавно написанной статьи о борьбе Уоллеса против прививок оказался незнакомым с историей натуральной оспы, а потому и неспособным к объективной оценке его работ, свободных от стандартных прививочных клише, что значительно снизило ценность публикации. См.: Scarpelli G. «Nothing in nature that is not useful». The anti-vaccination crusade and the idea of «harmonia naturae» in Alfred Russel Wallace // Nuncius. 1992; (7)1:109-30.

## [Город Творцов]

Шоу как-то свидетельствовал: «Во время последней крупной эпидемии на рубеже столетий я был членом Комитета здравоохранения Лондонского округа и увидел, как статистика поддерживает веру в прививки. Это делается путём присвоения всем больным, имеющим ревакцинации, диагнозов пустулярной экземы, вариолоида (мягкой формы оспы. - А.К.) - да вообще чего угодно, только не самой оспы». Тогда же он добавил, что если бы были установлены истинные цифры (заболеваемости и смертности привитых), то они напугали бы и Ирода. Шоу также принадлежит известный афоризм: «Доктор - такой же отличный консультант в вопросах прививок, как мясник - в вопросах вегетарианства».

## [Город Творцов]

В статье, анализирующей различные аспекты государственной политики в области прививания против натуральной оспы на примере Германии, автор точно показывает, что именно прививки, и ничто другое, были великолепным средством для стремительно развивающегося медицинского сообщества в целом и врачей в первую очередь увеличить свои доходы и резко усилить общественное влияние (Ниегсатр С. The History of Smallpox Vaccination in Germany: A First Step in the Medicalization of the General Public // Contemp Hist. Oct. 1985; (20)4:617-635).

## [Город Творцов]

Проф. Руата написал также большую статью «Прививки в Италии», которая была опубликована в «Нью-Йорк медикэл джорнэл» 22 июля 1899 г. В ней он утверждал, что Италия - одна из наиболее вакцинированных стран мира, если вообще не самая вакцинированная, что доказать он брался с помощью математики; в течение 20 лет, с 1865 по 1885 г., количество привитых достигало 98,5%. Но эпидемия 1887-1889 гг. показала, насколько надежда на прививки была бессмысленна. Смертность от оспы намного превзошла таковую «допрививочного» периода. В 1887 г. было 16249, в 1888 г. - 18110 и в 1889 г. - 13413 умерших от оспы. Особенно показателен приводимый Руатой пример сицилийского местечка Виттория, где при населении в 2600 жителей оспа в эту эпидемию стала причиной смерти 2100 из них! Руата писал: «Можете ли вы назвать мне что-либо, что было бы хуже этой эпидемии? Население... было полностью привито; я получил от местных властей декларацию, что всё население прививалось два раза в год в течение последних лет... Все прививки делались животной лимфой».

## [Город Творцов]

В упоминавшейся выше (ст. прим. 33) статье автор заявляет, ссылаясь на представителя «Ланцета», инспектировавшего «лейстерское чудо» в 1886 г., что прививки контактировавшим с заболевшим оспой были неотъемлемой частью программы. Кроме того, в статье сообщалось, что программа Биггса, имея своей целью борьбу с насилием, карантинными мерами осуществляла еще большее насилие, чем то, что было связано с прививками, - в этом-де было «внутреннее противоречие» лейстерского движения. Эти повторяемые и сегодня жалкие выдумки были опровергнуты еще Главным санитарным инспектором Лейстера Ф. Брейли, сообщившим Королевской комиссии, что из 183 человек, направленных в карантин (в госпитали) с 1877 (год введения новой системы) по 1886 г., не менее 133 человек не получали никаких прививок, а остальные получили их по собственному желанию. Кроме того, 15-20 человек вообще отказались подчиниться требованию карантина, и никаких мер к ним применено не было.

## [Город Творцов]

Вакцина, как слово, основанное на латинском *vacca* - корова, могло обозначать лишь материал так называемой коровьей оспы, но по предложению Пастера, сделанному им в 1881 г., стало универсальным обозначением для всех биопрепаратов такого рода.

[Город Творцов]

См.: Д-р Nebel «К истории изопатии» // Врач-гомеопат. 1901, 9,  
с. 333-345.

## [Город Творцов]

Именно с помощью нозода Variolinum гомеопатами были достигнуты наиболее впечатляющие успехи в профилактике и лечении натуральной оспы, отраженные в гомеопатической периодике того времени. Самый полный отчет по использованию Variolinum был представлен в докладе д-ра Чарльза Вудхалла Итона из Де-Моина (Айова) «Факты о Variolinum» на одной из конференций Американского института гомеопатии, стенограмма которой (и последовавшей затем дискуссии) была опубликована в Transactions of the American Institute of Homeopathy, 1907, p. 547-567. Интересно отметить, что гомеопаты выиграли несколько судебных дел в Айове, судами было решено, что даже при законодательной необходимости прививок чело век сам вправе выбирать, какую прививку - «внутреннюю» гомеопатическим лекарством или «наружную» вакциной - ему сделать, и власти не вправе каким-либо образом ограничивать его в выборе. Благодарю Джулиана Винстона (Новая Зеландия), обнаружившего этот воистину бесценный материал и сделавшего его достоянием широкой публики.

[[Город Творцов](#)]

Боянус К. «Метод Пастера, или Изопатия на новый лад» // Гомеопатический вестник. 1887, 3, с. 222-223.

## [Город Творцов]

В июльском (1890 г.) номере National Review д-р Чарльз Белл Тейлор опубликовал список ставших только ему известными лиц, погибших от «лечения» Пастера, в то время как покусавшие их собаки оставались здоровыми (а будь они больны бешенством, то погибли бы непременно - такова природа этой болезни).

## [Город Творцов]

Вот самый последний из известных мне примеров изложения этой истории: «В качестве подопытного был взят мальчик, которого искусала бешеная собака и который умер бы, если бы не вакцина Л. Пастера. Утром 4 июля 1885 года, когда он шел в школу, на него налетела собака, сбила с ног и страшно искусала, нанеся ему 14 тяжелых ран, заливая слюной его лицо и раны. Через 60 часов после нападения собаки, мальчику ввели вакцину. Мальчик остался жив. Звали мальчика Иозеф Мейстер. Это был первый случай в истории человечества спасения человека с помощью вакцины, созданной руками человека» (Васильев и др. «От Дженнера до наших дней, или Технология производства вакцин». М., 2002, с. 5). Поражает фотографически точное, «для оживляжа», описание трагедии («...заливая слюной его лицо и раны»), словно авторы книги сами присутствовали на месте происшествия. Кстати, и «который умер бы» не соответствует истине. «При укусах заведомо бешеных животных заболевают и погибают от 3 до 50% людей (в среднем 15%). Количество это зависит от вирулентности вируса, его дозы, источника заражения. По мере опасности укусов для человека можно расположить животных следующим образом: волк-кошка-собака-крупный рогатый скот» (Пилле Э. Р. Иммунология бешенства и антирабическая вакцинация // Профилактика вирусных инфекций в свете современных достижений иммунологии, М., 1985, с. 27-28).

## [Город Творцов]

Отношение наиболее непримиримых гомеопатов той эпохи к Пастеру может быть удачно иллюстрировано следующей цитатой из книги Льва Бразоля: «Триумфальное плавание Пастера под флагом «вакцинации» составляет весьма ловкую коммерческую комбинацию. Популярность пастеровских опытов основана на глубокой вере человечества в предохранительное значение коровьей «вакцинации» и в невольном заключении, что мнимая успешность этой настоящей вакцинации не стоит особняком в природе, а составляет частное проявление желательного всеобщего закона, ключ от которого, по уверению Пастера, находится у него Пастеровские вакцинации - это блестящий фейерверк в чисто французском вкусе, представляющий для Пастера очень выгодный гешефт. Получая от правительства ежегодные субсидии, сумма которых превышает уже 500 000 франков, он пишет для себя бойкие рекламы, не выдерживающие натиска фактов и критики проверочных опытов» (Бразоль Л.Е. «Дженнеризм...», с. 31-32).

## [Город Творцов]

Подробнее об этом см.: Hume E. D. «Bechamp or Pasteur? A Lost Chapter in the History of Biology», 1923, и Pearson B. R. Pasteur, Plagiarist, Imposter, 1942, а также Geison G. L The Private Science of Louis Paster. Princeton, 1995. Книга Б. Пирсона, в некоторых главах, представляет собой изложение книги Этель Хьюм.

[Город Творцов]

Цит по. Hume E Bechamp..., p. 242.

[Город Творцов]

Bayley B. «Some little understood effects of serum therapy» //  
Medical World. April 6, 1934.

[[Город Творцов](#)]

Филатов Н.Ф. «Краткий учебник детских болезней». Изд. 5-е,  
М., 1899, с. 534.

[[Город Творцов](#)]

Гундобин Н.П. «Детская смертность в России и меры борьбы с нею». СПб., 1906, с. 5.

## [Город Творцов]

Там же, с. 14. Описанные выше д-ром Гундобиним проблемы, связанные в первую очередь с отвратительными санитарно-гигиеническими условиями, в которых жило сельское и беднейшее городское население, красноречивее любой статистики говорят о том, где следовало искать корень всех несчастий, включая брюшной тиф (от которого никогда массовые прививки населению не делались и с которым в России также благополучно справились в 1920-х годах) и натуральную оспу. Источника, откуда он взял цифру в 60 тыс. умирающих ежегодно от оспы, Гундобин не указал. Позднее он, не в силах отказаться от своего прививочного идефикса, все же при знал: «Исчезновение оспы в культурных странах... обусловливается главным образом вакцинацией, но не следует упускать из виду, что здесь имеют значение и общие санитарные условия, как канализация, хорошая вода, чистота помещений и проч.; значение этих условий в борьбе со всеми заразными болезнями весьма существенное» («Воспитание и лечение ребенка до семилетнего возраста. Проф. Н.П. Гундобина», 2-е изд., СПб., 1909, с. 89).

## [Город Творцов]

Горохов Д.Е. и др. «Детский организм в борьбе с болезнями и смертью. Публичные лекции по гигиене детского возраста Московского общества борьбы с детской смертностью». М., 1910, с. 24.

[Город Творцов]

Henock E. P. Vaccination Policy Against Smallpox, 1835-1914: A Comparison of England with Prussia and Imperial Germany // Soc Hist Med. 1998 Apr; 11:1, p. 49-71.

## [Город Творцов]

Относительно борьбы с обязательными прививками в Германии см. Wolff E. *Medizinkritik der Impfgegner im Spannungsfeld zwischen Lebenswelt- und Wissenschaftsorientierung* // Dinges M. (Hrsgb). *Medizinische Bewegungen im Deutschen Reich (ca. 187 (k:a.1933) MedGG 1996; 9:79-108. Благодарю д-ра Эберхарда Вольфа (университет в Цюрихе), любезно приславшего мне оттиск своей статьи.*

## [Город Творцов]

«Die Natur als Arzt und Heifer. Das neue naturarztliche Hausbuch von Friedrich Wolf Dr. med.». Stuttgart, Berlin und Leipzig, 1928, репринт Mitteldeutscher Verlag Halle - Leipzig. 1988, S. 543, перевод Г. Лобановой (СПб.). Я глубоко признателен Г.Л. Лобановой, любезно предоставившей копию книги д-ра Вольфа и эту цитату в мое распоряжение.

[[Город Творцов](#)]

Ноздровский А.С. «Оспопрививание в Петрограде и его недостатки» // Оспопрививание в России. Петроград, 1915, вып. II, с. 5.

## [Город Творцов]

См.: Johnston R. The Radical... В США в то время не было и федерального закона относительно обязательности прививок - такой закон могли иметь только отдельные штаты.

## [Город Творцов]

Статистическое обоснование факту, что прививки предрасполагают к заболеванию натуральной оспой, из известных мне авторов пытались дать Лев Бразоль в «Мнимой пользе и действительном вреде оспопрививания» (1884) и Рассел Уоллес в своем «Кратком изложении доказательств, что прививки не предотвращают оспы, но на деле увеличивают заболеваемость ею» (1904); последний - опираясь на статистику проф. Карло Руаты из университета Перуджи.

[Город Творцов]

Ноздровский А. «Оспопрививание...», с. 11.

## [Город Творцов]

Так, в упоминавшейся выше статье, сравнивающей Англию и Германию, из объединённой автором в одну таблицу статистики следует, что процент «удачно» привитых детей в Германии (т.е. тех, у кого, по вакцинаторским критериям, прививка «взялась»), опыт которой обожествляли российские вакцинаторы, никогда до времени написания брошюры Ноздровского не превышал примерно 87-88%, будучи обыч но на уровне 84-86% (Hennock E. Vaccination..., p. 63). Впрочем, у меня есть другой пример. Ко времени очередной вспышки натуральной оспы в 1887 г. в английском городе Шеффилде с 200 тыс. жителей было вакцинировано и ревакцинировано 97% населения. В 1887 г. заболели 7101 человек, 648 из которых скончались (McBean E. «The poisoned needle», 1957). Хотя и отмечалось, что шанс заражения для привитых был ниже, чем для непривитых (Dixon C. W. Smallpox. London, 1962, p. 311), интенсивность вспышки и большое число заболевших привитых во всех возрастных группах, сами по себе, ставят под большое сомнение все рассуждения о «коллективном иммунитете».

[Город Творцов]

Ноздровский А. «Оспопрививание...», с. 5-6.

## [Город Творцов]

«Привитая коровья оспа не только вполне безопасна, но даже никогда не вызывает сколько-нибудь серьезного заболевания, в то время как прививка человеческой оспы всегда причиняет болезнь, иногда смертельную» (Гамалея Н. Ф. Оспа и оспопрививание. Изд. 2-е, испр., М., 1927, с. 21). Помимо всего прочего, отсюда видно, что Гамалея был вполне безграмотен и в вопросах инокуляции. «Поздние» инокуляции Даниэля Саттона и его последователей, о чем я писал в начале этой главы, были действительно настолько мягки, что часто не вызывали не только никакой болезни, но даже и выраженного воспаления в месте укола или надреза. Инокуляторы перед процедурой интенсивно растирали кожу на руке пациента полотенцем или просили того поддержать ее некоторое время в горячей воде, чтобы усилить приток крови к месту инокуляции и увеличить вероятность того, что та «возьметса».

## [[Город Творцов](#)]

Декрет Совета Народных комиссаров об обязательном оспопрививании // Оспопрививание. Сборник декретов и распоряжений Совета Народных комиссаров и Народного Комиссариата здравоохранения об обязательном оспопрививании. М., 1919.

[[Город Творцов](#)]

Покровский В.И. и др. «Эволюция инфекционных болезней в России в XX веке». М., 2003, с. 353.

## [Город Творцов]

Кстати, во время войны с Испанией за господство над Филиппинами в 1899-1901 гг. американские солдаты получали прививки против оспы... каждые шесть недель. Главный армейский хирург Липпинкот заявлял, что «вакцинации проводятся так же регулярно, как строевые учения». Статистика показывает результаты такого усердия в армии: 276 случаев оспы в 1899 г., из которых 78 закончились смертью, 246 случаев в 1900 г. (113 смертей) и 125 случаев в 1901 г. (37 смертей). Американцам традиционно не везло с оспой во время их войн (это лишний раз подтверждает тезис о том, что оспа - неизменный спутник антисанитарии) - и во время войны за независимость с Англией, и во время гражданской войны, и во время войны в Корее они тяжело страдали от этой болезни, хотя всех военнослужащих, разумеется, тщательно и многократно прививали.

[Город Творцов]

McBean E. «The poisoned...»

[Город Творцов]

Dole L. «The blood poisoners», 1965.

## [Город Творцов]

Н.Ф. Гамалее, который в книге «Гигиена и санитария» (1913) уже успел объявить оспу на Филиппинах ликвидированной благодаря американским прививкам, пришлось поломать голову над оправданием своих скороспелых выводов. И вот до чего он додумался: «Но после 1914 г оспопрививание там пришло - в связи с войной - в упадок, и там разразилась страшнейшая эпидемия оспы, унесшая 50 тыс. населения» (Гамалея Н.Ф. Оспопрививание. 2-е изд, Л , 1924, с. 23) Не очень понятно, почему оспопрививание там должно было прийти в упадок (Филиппины не были театром военных действий, и вообще США вступили в войну только в 1917 г), но даже если это было и так, то невелика же должна быть цена оспопрививания, когда стоило тому «прийти в упадок», как через несколько лет случается тяжелейшая эпидемия с десятками тысяч жертв! А как же быть с обещанной защитой - пусть не пожизненной, но хотя бы на несколько лет?!

## [Город Творцов]

Цит по: Schetbner V. «Vaccination. 100 years of Orthodox Research Shows that Vaccines Represent a Medical Assault on the Immune System Australia», 1993, p. 206-209. Заслуживает внимания упоминание д-ром Гарроу провала прививок в Индии. От себя добавлю, что этот провал стал несомненным уже в начале века. Виконт Морли, посетивший Индию с инспекцией, сообщил в палату общин, что за 30 лет, с 1877 по 1906 г., в Индии было зарегистрировано 3344325 смертей от натуральной оспы, причем все умершие, вероятно, были привиты, так как прививки являлись обязательными по закону. С другой стороны, по словам виконта, в любой точке Индии, где прекращались прививки и вместо них вводились строгие санитарные меры, оспа немедленно исчезала, и это правило не знало исключений.

[[Город Творцов](#)]

Либов А.Л., Николаевский Г.П. «Проблемы ликвидации оспы».  
М. , 1970, с. 5.

[Город Творцов]

Там же, табл. на с. 21-33.

[Город Творцов]

«Профилактические прививки в практике педиатра». Киев,  
1975, с. 13.

[Город Творцов]

Либов А.Л. «Воспитание здорового ребёнка». Л., 1971, с. 25.

[Город Творцов]

Dixon C. Smallpox p. 429-445.

## [Город Творцов]

Fenner F. «Smallpox Eradication: the vindication of Jenner's prophesy» // Vaccinia, Vaccination, Vaccinology. Jenner, Pasteur and their successors. International Meeting on the History of Vaccinology 6-8 December 1995, Marnes-La-Coquette, Paris, France. Elsevier, Paris, 1996, p. 76.

## [Город Творцов]

Трудно сказать, сколько в итоге людей в эту кампанию погибло от прививок и было ими искалечено, так как акцент в ней делался на безгласные страны третьего мира с их ужасающей смертностью от всех инфекционных болезней. Любые сообщения о послепрививочных трагедиях, даже если они и поступали в ВОЗ, могли быть легко списаны вакцинаторами на другие причины.

## [Город Творцов]

Либов А.Л. «Проблемы...», табл. на с. 21-33. Отчаянный призыв советских прививателей: «Логический вывод из современной ситуации может быть только один: до тех пор, пока оспа на земном шаре не ликвидирована, не устранена опасность ее заноса в любую страну. Поэтому реальным путем для ликвидации возможности заноса инфекции в свободные от оспы страны и опасности смерти от оспы непривитых и от прививочных осложнений от первично прививаемых взрослых, является своевременная обязательная иммунизация детского населения и регулярная ревакцинация» (с. 35) в этих странах так и не были услышаны. Вероятно, в них был другой «только один» логический вывод. Или вот, говоря о Швейцарии: «В городе, насчитывающем 44 000 жителей, в год вакцинируется против оспы около 200 человек. При таких темпах понадобилось бы 120 лет, чтобы иммунизировать всё население города» (с. 34). Не понадобилось, однако.

[Город Творцов]

Гальперин Э.А. «Клиника оспы и прививочных реакций». М., 1962, с. 17.

[Город Творцов]

Там же, с. 18.

## [Город Творцов]

Там же, с. 19. Сравните со следующим: «...как показала московская вспышка... даже относительно высокий уровень коллективного иммунитета не предотвратил полностью распространения инфекции (как известно, за два года до вспышки в Москве в связи с предстоящим Международным фестивалем молодежи и студентов в дополнение к плановым прививкам была проведена массовая вакцинация населения города и близлежащих районов). Более того, подавляющее большинство подвергалось в течение жизни неоднократным ревакцинациям» (выделено мной. - А.К.). (Покровский В. И. «Эволюция...», с. 358). Ради мифической безопасности убивают и калечат прививками сотни и тысячи людей, но кого это волнует? Вывод прививочных пропагандистов стандартен: «Нет сомнения, что и распространение оспы, и тяжесть течения болезни были бы неизмеримо большими при отсутствии или более низком уровне коллективного иммунитета к оспе». Ну и, разумеется, «... за 6 дней в Москве и прилегающих районах было привито против оспы свыше 8 млн. человек, свыше 9000 находились под наблюдением, из которых более 3000 контактировавших было помещено для карантинной обсервации в различные медицинские учреждения» (там же). Проецируя статистику прививочной смертности при вспышке в Южном Уэльсе (см. выше) на московскую вспышку, можно предположить, что при троих умерших от оспы прививками умертвили никак не менее полутора-двух сотен человек и многократно больше искалечили. Точных цифр, которые, вполне по Шоу, могли бы напугать и Ирода, нет. Скромно отмечено: «Во время поголовных прививок в Москве с полной очевидностью выявилась чрезмерная реактогенность оспенной вакцины. В отличие от бытовавшего мнения об отсутствии в СССР поствакцинальных осложнений... оказалось, что применявшаяся вакцина вызывает как поствакцинальные энцефалиты, так и иные тяжелые осложнения» (там же). В самом деле, кто бы только мог это предположить!

[Город Творцов]

Бразоль Л.Е. «Мнимая...», с. 43.

[Город Творцов]

Гальперин Э.А. «Клиника...», с. 18-19.

[Город Творцов]

Там же, с. 129-130.

[Город Творцов]

«Профилактические...», с. 179.

## [Город Творцов]

Бондарев В.Н. «Поствакцинальные осложнения со стороны нервной системы при иммунизации оспенной вакциной» // Профилактические прививки и их влияние на детский организм. Материалы конференции (май 1968 г.). Л., 1968, с. 63.

[Город Творцов]

Fenner F. «Smallpox...», p. 307.

[Город Творцов]

Ibid., p. 304.

## [Город Творцов]

Так, летальность при осложнениях, согласно данным одной аналитической статьи, была следующей: из 64 больных с поражением центральной нервной системы умерло 22, из 16 больных с вакцинальной экземой умерло 4, из 8 больных с хронической прогрессирующей вакцинией умерло 7. (Conybeare E.T. «Monthly Bull Minist Helth Lab Serv». 1964; 23:126-133, 150-59, 182-186. Цит. по: Либов А.Л. «Международная практика иммунизации». М., 1971, с. 76.

[Город Творцов]

McBean E. «The poisoned...»

## [Город Творцов]

Два российских профессиональных вакцинатора, живописав все ужасы, которым подвергается непривитый ребенок, восхваляют подвиги прививок, заявляя при этом: «Что уж говорить об оспе, ликвидация которой в мире была достигнута исключительно с помощью тотальной вакцинации населения». (Таточенко В.К, Озерецковский Н.А. «Родителям о прививках». М., 2001). Или вот образец невежества, достойный помещения в паноптикум: «Итак, нужны ли профилактические прививки? Мы знаем, какие страшные смертельные болезни существовали раньше. Эпидемии чумы, черной оспы охватывали города, страны, целые континенты. Население зачастую вымирало полностью, выздоравливали единицы... Однако сейчас эти заболевания не встречаются... Именно профилактические прививки во всех странах избавили человечество от этих страшных инфекций». (Тимофеева А.М. «Беседы детского доктора». М., 2000, с. 125-126). Невозможно поверить, что это написано врачом.

[Город Творцов]

Baxby D. Surveillance-containment is key to eradication of smallpox // BMJ. 1995; 310:62.

## [Город Творцов]

Например, вместе с констатацией того, что к середине 1960-х годов стало очевидно, что нужно искать новую стратегию, подчеркивалась важность переключения усилий на активный поиск заболевших для их ранней изоляции, не удовлетворяясь лишь сообщениями постфактум. (Fenner F. «Smallpox...», p. 76).

[Город Творцов]

Baxby D. Jenner's smallpox vaccine. The riddle of vaccinia virus and its origin. 1981, p. 171-178.

[Город Творцов]  
Там же, р. 178.

## [Город Творцов]

Его роль в более поздних публикациях была отведена, например, сусликам Туркмении и мышам Восточной Европы. Однако в Западной Европе, где и происходили все главные прививочнооспенные чудеса XIX в., обнаружить его у грызунов так и не удалось. См.: Benett M., Baxby D. Smallpox // / Med Microbiol. 1995; (45):157-158.

[Город Творцов]

Blaxall F. R. Report on equine variola. In Annual Report of the Local Government Board, 1901-2 (London: HMSO, 1903), p. 568-9.  
Цит. по: Vaxby D. «Jenner's...», p. 178.

[Город Творцов]

LoyJ. An Account of Some Experiments on the Origin of the Cow  
Рох. London, 1801. Цит. по: Ibid., p. 176.

## [Город Творцов]

Так, проф. Эдгар Крукшенк писал, что «прививочные лимфы, происходящие от болезни лошадей, почти совершенно неизвестны медикам». (Crookshank E.M. «History and pathology of vaccination». London, 1889, vol.1, p. 394. Цит. по: Razzel P. «The Origin of Vaccinia Virus» - A Brief Comment // Soc Hist Med. 1999 Apr; 12:1, p. 141).

## [Город Творцов]

Хотя этот вирус относится к тому же семейству, но к совершенно другому виду, и ни к какой защите от натуральной оспы - истинной или мнимой - отношения иметь не может.

## [Город Творцов]

Отсюда еще и тот вывод, что Дженнер, при всём желании, не мог набрать достоверного количества пострадавших от коровьей оспы в одном месте.

## [Город Творцов]

Студент с бесценным грузом был срочно отправлен к приятелю Дженнера Маршаллу в Истингтон, чтобы там увеличить запас лимфы. Потом Дженнер, вполне в своём духе, заявлял, что эта лимфа и есть настоящий, им самим полученный материал коровьей оспы!

## [Город Творцов]

«Иногда приводятся данные, на первый взгляд говорящие о неэффективности прививок. Танавала (Thanawala, 1956) указывает, что в Индии средняя летальность у вакцинированных больных равна 16,7%. Однако слабая результативность прививок объясняется несоблюдением сроков ревакцинации и плохим качеством вакцины. Из 121 заболевшего оспой американского солдата во время одной из вспышек в Корее умерло 25. Вспышки и эпидемии последних лет в Пакистане протекали с громадной летальностью, доходившей до 40-50%. Анализ этих и аналогичных по тяжести течения вспышек и эпидемий позволяет выявить причину высокой смертности. Как правило, она объясняется отсутствием прививок, нарушением правил ревакцинации или неполноценностью вакцины и условий ее хранения». (Гальперин Э.А. «Клиника...», с. 17). Было бы желание, а объяснение всегда найти можно...

[Город Творцов]

Baxby D. Indications for smallpox vaccination: policies still differ // Vaccine. 1993; 11:395-396.

## [Город Творцов]

Даже вполне лояльный к Дженнеру Бэксби признает, что Дженнер должен был отлично знать: прививание той же болезни, от которой призвана защитить прививка, т.е. инокуляция, не дает не только пожизненной, но даже и доказанно надежной защиты (случаи, когда инокулированные позднее заболели самой что ни на есть типичной натуральной оспой, отнюдь не являлись единичными и были прекрасно известны и Дженнеру). Таким образом, никаких оснований думать, что близкое заболевание окажется более эффективным, чем то же самое, у него не было. Тем не менее он утверждал, что коровья оспа дает не просто защиту, а пожизненную защиту, сознательно вводя слушателей в заблуждение (а ведь благодаря этому заблуждению он получал деньги от парламента!). Кроме того, Дженнер подчеркивал сходство возникающих после инокуляции и при коровьей оспе элементов на коже, что также было неверно - они достаточно различались (на это позднее было совершенно определенно указано д-рами В. Вудвилем и Дж. Пирсоном, экспериментировавшими в Лондонском инокуляционном госпитале). В поисках оправдания Дженнера Бэксби предполагает, что таким образом Дженнер пытался привлечь к своей идее инокуляторов. (Вахби D. Edward Jenner's role in the introduction of smallpox vaccine // *Vaccinia...*, p. 62). Если это так, то это - свидетельство еще одной умышленной лжи Дженнера; если же он элементарно не мог различить вполне очевидное, то как же быть с расхваленной научной добросовестностью «спасителя»?

## [Город Творцов]

Так, в своем письме к другу и биографу Дж. Муру Дженнер в 1810 г. вспоминал: «Когда я обнаружил, что д-р Вудвиль намерен опубликовать сообщение о наблюдавшихся в его госпитале воспалительных сыпях (после прививок коровьей оспы. - А.К.), я упрямил его в самых энергичных выражениях, как письмом, так и в личной беседе, не делать этого, так как это может сильно повредить прогрессу прививок». Ну как можно после этого упрямить прусских врачей или Н.Ф. Гамалею, заявлявших о полной безопасности прививок коровьей оспы? Не такому ли подходу учил их духовный отец?

[Город Творцов]

Mendelsohn R. S. «Immunizations. The terrible risk your children face that your doctor won't reveal». 1988, p. 66-67 и James W. «Immunization: The Reality Behind the Myth». 1988, p. 124-125.

## [Город Творцов]

Сообщение Lenta.ru от 22.02.2002. При этом другие российские вакцинаторы, невзирая на «рассказы академика», придерживаются диаметрально противоположного мнения, подкрепляя свою точку зрения ссылкой на ВОЗ: «На основании наблюдений эксперты ВОЗ заключили, что вирус обезьян не представляет опасности с точки зрения эпидемического распространения инфекции. Был сделан общий вывод о том, что животные не являются хранителями натуральной оспы человека... с помощью генно-инженерной технологии было установлено, что вирус оспы человека нельзя получить из вируса оспы обезьян, поскольку различия между молекулами ДНК вирусов оспы выражены значительно и делают невозможным трансформацию одного вируса в другой». (Учайкин В.Ф., Шамшева О.В. «Вакцинопрофилактика. Настоящее и будущее». М., 2001, с. 84-85). Вся эта милая возня вокруг вирусов «оспенной» группы заслуживала бы публикации исключительно в журналах числом подписчиков в сотню-другую человек, но от результатов ее зависит здоровье, а то и жизнь миллионов людей, которым могут быть навязаны очередные «необходимые» прививки во имя доходов кучки забывших честь и совесть интересантов.

## [[Город Творцов](#)]

Сообщение РИА Новости от 02.04. 2004. Сюда же: «Заслуживает серьезного обсуждения вопрос о возобновлении вакцинации против оспы, но вакцинами новых поколений, скорее всего поливалентными. В России проводятся работы по подготовке возобновления вакцинации против оспы». (Покровский В.И. «Эволюция...», с. 644-645).

[[Город Творцов](#)]

Самарина В. Н., Сорокина О. А. Детские инфекционные болезни. 2-е изд., СПб.; М., 2000, с. 59.

## [Город Творцов]

Meyers, J. D. Congenital varicella in term infants: Risk considered //Journal of Infectious Disease. 1974, 129:215-217. О смертности новорожденных в 23% случаев при заражении беременной в течение последних пяти дней перед родами и матери в течение первых десяти-двенадцати дней после родов сообщается в статье: SauerbreiA., WutzlerP. Neonatal varicella // J Perinatol. 2001 Dec; 21:545-9.

## [Город Творцов]

Тем не менее, при сковыривании оспенных пузырьков могут оставаться небольшие рубчики. Поэтому важно коротко подстригать ребенку ногти и стараться отвлекать его чтением и играми. Могут быть также рекомендованы ванны с кукурузным крахмалом для уменьшения зуда.

## [Город Творцов]

Если не оговорено иначе, гомеопатические препараты, предлагаемые в этой книге для лечения острых состояний, рекомендуется давать в 30-м сотенном разведении (30С). Разовая доза — 4-5 крупинок под язык (или растворенных в небольшом количестве теплой кипяченой воды) за 20-30 мин. до еды или через 3-4 часа после еды. Если применяется спиртовой раствор, то достаточно использовать 3-4 капли на указанное выше количество воды. При отсутствии эффекта через 3-4 часа дозу можно один раз повторить. Повторять лекарство не следует до тех пор, пока продолжается его наблюдаемое действие (снижение температуры, уменьшение беспокойства, зуда и т.д.).

[[Город Творцов](#)]

Ванье Л. «Гомеопатические средства при острых состояниях».  
М., 1993, с. 10.

[Город Творцов]

Кент Дж Т. «Лекции по гомеопатической Materia Medica». М.,  
1999, т. I, с. 13.

[Город Творцов]  
Там же, с. 281.

[Город Творцов]

Ванье Л. Гомеопатические., с. 10.

[Город Творцов]

Preblud S. R. Varicella: complications and costs // Pediatrics. 1990,  
86:874-882.

[Город Творцов]

Ziebold C et al. Severe complications of varicella in previously healthy children in Germany: a 1-year survey // Pediatrics. 2001 Nov; 108:79.

## [Город Творцов]

Притом, что среди заболевших ветряной оспой взрослые составляют примерно 2-3%, именно они дают до 50% смертности от этой болезни. Во Франции 92% случаев заболевания в начале 1990-х годов приходилось на детей до 14 лет. (Deguen S. et al. Epidemiology of chickenpox in France (1991-1995) // / Epidemiol Community Health. 1998 Apr; 52 Suppl 1:46S-49S).

## [Город Творцов]

См. прим. 62. А вот статистика распределения смертности от ветряной оспы в США по возрастным группам, опубликованная в 1996 г. Согласно этим данным, смертность от оспы среди младенцев достигает 6,23 на 100 000 заболевших (0,00623%), в возрасте 1-4 года — 0,00075%, 15-19 лет — 0,0027%, 30-49 лет — 0,025% // MMWR. July 12, 1996; vol. 45, No.RR -11.

[Город Творцов]

Wrensh M. et al. Does prior infection with varicella-zoster virus influence risk of adult glioma? // Am J Epidemiol. 1997 Apr 145:594-7  
и Am J Epidemiol. 2001;154:161-165.

[Город Творцов]

Ped InfDis J. 2001; 20:1087-1088.

## [Город Творцов]

Пример таких постоянных контактов низкой интенсивности медицинских работников с возбудителем гепатита В будет дано в главе «Гепатит В». 16 New Scientist. May 4, 2002, p. 7.

[Город Творцов]

*New Scientist*. May 4, 2002, p. 7.

## [Город Творцов]

См. три статьи д-ра Голдмена: Goldman G. S. Varicella susceptibility and incidence of herpes zoster among children and adolescents in a community under active surveillance; Incidence of herpes zoster among children and adolescents in a community with moderate varicella vaccination coverage; Using capture-recapture methods to assess varicella incidence in a community under active surveillance // Vaccine. 2003; (21) 27/28 p. 4238-55.

## [Город Творцов]

«Data Reveals Threat of Shingles Epidemic From Vaccine Use; Health Officials Threaten Legal Action Against Researcher», сообщение PRNewswire, цит. по материалу рассылки новостей NVIC от 1 октября 2003 г. Для опоясывающего герпеса характерны боли невероятной интенсивности, которые могут продолжаться неделями. Одно из названий болезни на голландском — «адский огонь», что достаточно точно характеризует испытываемые больным ощущения. История с публикацией материалов Голдмена будет неполна без сообщения самого Голдмена об угрозах судебного преследования со стороны Центра контроля заболеваний в случае, если он осмелится опубликовать эти данные в медицинской литературе. Голдмен осмелился. А сколько было в истории прививок таких, которые не осмелились? Или которым нашли способ заткнуть рот?

## [Город Творцов]

Soe V. A Pox On Your House? Please Call! Chicken pox parties may be back in vogue // San Francisco Chronicle, CA. January 29, 2004.  
Цит. по материалу рассылки новостей NVIC от 29.01.2004.

## [Город Творцов]

В 1987 г. автор одной из статей писал: «Не следовало бы планомерно прививать детей, если иммунитет с годами исчезает, оставляя популяцию подверженных ветряной оспе незащищенных взрослых... Фактически единственный способ проверить, не исчезает ли иммунитет, это привить большое число здоровых детей и наблюдать за ними долгие годы. Таким образом, лишь система наблюдения после лицензирования (вакцины. — А.К.) может быть использована для ответа на этот вопрос». (Gershon A.A. Live attenuated varicella vaccine // *Annals and Reviews of Medicine*. 1987; 38:41-50). Миллионы детей и их родителей принимают сейчас участие в этом эксперименте, который неизвестно еще чем закончится и вполне может оказаться пагубным.

## [Город Творцов]

«Опасен контакт с больными ветряной оспой для детей, получающих лечение кортикостероидными гормонами и цитостатиками, у них заболевание протекает в тяжелой, часто осложненной форме». См. прим. 1.

[Город Творцов]

British Medical Journal. 1995; 310 (1), p. 2.

[Город Творцов]

Lieu T. A. The cost of childhood chickenpox: parents' perspective  
// *Pediatr Infect Dis J.* 1994 Mar; 13:173-7.

## [Город Творцов]

Ferson M. J. Another vaccine, another treadmill? // Paediatr Child Health. 1995 Feb; 31(1):3-5. Действительно, в Японии, где прививки против ветряной оспы делаются уже свыше 20 лет, отмечено значительное увеличение заболеваемости ветряной оспой взрослых, а «социальная стоимость» (social cost) такого развития событий заставляет местные власти всерьёз задуматься. См.: «Varicella in Adulthood» // Kansenshogaku Zasshi. 1997 Nov; 71(11):1113-9.

[Город Творцов]

Rawson H. et al. Deaths from chickenpox in England and Wales 1995 — 7: analysis of routine mortality data // BMJ. 2001 Nov; 323:1091-3.

[Город Творцов]

J. Pediatrics. 1995; 127:518-25.

## [Город Творцов]

«Присутствие в препаратах клеточной гетерологичной ДНК в большой концентрации представляет онкогенную опасность, так как ДНК может вызывать инактивацию супрессорных онкогенов или активацию протоонкогенов после ее интеграции с клеточным геномом. По требованиям ВОЗ уровень такой гетерологичной ДНК в вакцинах не должен превышать 100 пг на дозу. Проблема онкогенной опасности существует и для вновь разрабатываемых вакцин, состоящих из чистой ДНК возбудителей инфекционных болезней». (Медуницын Н. В. Вакцинология. М., 1999, с. 116. 100 пг — это, всего лишь, оценочный уровень, полученный в опытах на животных, неизвестной степени достоверности применительно к людям. Однако, отсутствие точных знаний о том, как развиваются опухоли у человека, не мешает продвижению на рынок всё новых вакцин, в том числе и генно-инженерных).

## [Город Творцов]

Центр контроля заболеваний ныне более умерен в своей оценке: 85% эффективности вакцины. Похожую оценку (87% эффективности) дают авторы статьи Vazquez M. et al. The effectiveness of the varicella vaccine in clinical practice // NEnglJMed. 2001 Mar 29; 344 (13):955-60. С марта 1997 г. по ноябрь 2000 г. они собирали статистику заболеваемости ветряной оспой в Нью-Хевене (Коннектикут, США). Из 274 заболевших детей с диагнозом ветряной оспы, подтвержденным обнаружением вируса, 56 (20,43%) были привиты, что, учитывая традиционную безобидность самой болезни и неизбежную небезопасность вакцины, вряд ли свидетельствует в пользу применения последней.

## [Город Творцов]

Например, во время вспышки болезни в одной из начальных школ округа Лаундаун из 47 заболевших детей половина были привиты. Sandra G. Boodman An Imperfect Vaccine: Chickenpox Cases Stir Call for Booster // Washington Post. December 24, 2002; p. HE06.

## [Город Творцов]

См., например, Nolan T. et al. Reactogenicity and immunogenicity of a live attenuated tetravalent measles-mumps-rubella-varicella (MMRV) vaccine // *Vaccine*. 2002 Dec; 21:281-9 и Arbeter A. M. et al. The combination measles, mumps, rubella and varicella vaccine in healthy children // *Dev Biol Stand*. 1986; 65:89-93.

[Город Творцов]

/ Pediatr. 1997; 131(1):151-154.

[Город Творцов]

Huang W. et al. Transmission of varicella to a gravida via close contacts immunized with varicella-zoster vaccine. A case report // J Reprod Med. 1999 Oct; 44(10):905-7.

[Город Творцов]

Leung A. K, Kao C P. The Truth about chickenpox // CanJDiagn.  
1999; 16(12):79-87.

## [Город Творцов]

Во многих руководствах сообщается, что у детей до двух лет заболевание, как правило, протекает бессимптомно, но примерно у 70% взрослых сопровождается желтухой. Российские авторы указывают, что «при одинаково низкой частоте инфицирования детей и взрослых доля клинически выраженного ГА у последних существенно выше (1:1 у взрослых против 1:50-1:100 у детей)». (Покровский В.И. и др. «Эволюция инфекционных болезней в России в XX веке». М., 2003, с. 58).

## [Город Творцов]

Скоротечные, опасные для жизни; от лат. fulminare — поражать молнией. — А.К.

[[Город Творцов](#)]

Учайкин В.Ф., Шамшева О.В. «Вакцинопрофилактика.  
Настоящее и будущее». М., 2001, с. 198.

[[Город Творцов](#)]

«Инфекционные болезни. Справочник для всех». СПб., 2000, с.  
136.

[[Город Творцов](#)]

Тимченко В.Н. и др. «Всё о детских прививках». СПб., 2003, с.  
72.

[Город Творцов]

Hadler S. G. «Global impact of hepatitis A virus infection changing patterns» // Hollinger F.B., Lemon S.M., Margolis H. (eds.). «Viral hepatitis and liver disease». Baltimore, 1991, p. 14-20.

[Город Творцов]

McIntire J.J. et al. «Immunology: hepatitis A virus link to atopic disease» // Nature. 2003 Oct; 425:576.

## [Город Творцов]

Подтверждением этого может служить хотя бы тот факт, что к пятилетнему возрасту 90% детей в экономически малоразвитых странах уже инфицированы вирусом гепатита А. Там же.

[Город Творцов]

Покровский В. И. и др. Эволюция..., с. 57.

[Город Творцов]

Shapiro C.N. et al. Epidemiology of hepatitis A in the United States // Hollinger F.B. «Viral...», p. 71-76.

## [Город Творцов]

Проблема обеспечения населения доброкачественной питьевой водой остается острой. Несмотря на отмечающееся снижение сброса загрязненных стоков в водоемы, качество воды источников централизованного водоснабжения не улучшается. По санитарно-химическим показателям не отвечают гигиеническим требованиям 29% проб воды, а по микробиологическим — около 9% проб воды источников водоснабжения. Половина из всех поверхностных источников водоснабжения не отвечает санитарным нормам и правилам из-за отсутствия организованных зон санитарной охраны». (Шляхтенко Л.И. «Внимание: желтуха!» // Медицина для всех. 2001, 1).

## [Город Творцов]

Покровский В.И. и др. «Эволюция...», с. 61. Сравните со следующим: «Среди заболевших дети составляют до 70%. Столь широкое распространение гепатита А делает высокоактуальной проблему активной иммунизации» и «Поскольку гепатит А - чрезвычайно распространенная инфекция в нашей стране, можно ставить задачу о поголовной вакцинации в детском возрасте. Однако из-за высокой стоимости вакцины выполнить эту задачу не представляется возможным» (Учайкин В.Ф. «Вакцинопрофилактика...», с. 198). Обращает на себя внимание и слово «поголовный», словно речь идет о скоте или дело происходит не в 2001 г., а во времена ленинского декрета о насильственном тотальном оспопрививании.

## [Город Творцов]

Чубирко М.И. и др. «Характер эпидемического процесса при вирусном гепатите А по Воронежской области» // Инфекции, обусловленные иерсиниями (иерсиниоз, псевдотуберкулез) и другие актуальные инфекции. Материалы международной конференции. Санкт-Петербург, 29-31 мая 2000 г.

[Город Творцов]

Havrix (r) (Hepatitis A Vaccine, Inactivated). Prescribing information.

[Город Творцов]

Там же.

[Город Творцов]

Там же.

[Город Творцов]

Там же.

[[Город Творцов](#)]

Учапкин В.Ф. «Вакцинопрофилактика», с. 199. Каждые пять лет прививаться от гепатита А — что может быть глупее!

[Город Творцов]  
Там же, с. 200.

[Город Творцов]

Тимченко В.Н. «Всё о детских...», с. 73-74.

## [Город Творцов]

В аннотации к вакцине её производитель признает: «Длительность защиты, обеспечиваемой полной иммунизацией «Хаврикс», не установлена. Поэтому неизвестно, будет ли защита, обеспеченная иммунизированным детям, длиться до взрослого возраста». Соответственно, никаких сроков — ни точных, ни приблизительных — в аннотации вообще не указывается (Havrix (r)...).

[[Город Творцов](#)]

Тищенко П.Д. «Вакцинация и права человека» //  
Вакцинопрофилактика и права человека. Доклад РНКБ. М., 1994.

## [Город Творцов]

Книги Прафулла Виджейкара и других представителей школы «Прогнозирующей гомеопатии» готовятся к выпуску в свет в нашем издательстве (Примеч. гл. ред.).