

Александр Коток

**ПРИВИВКИ
В ВОПРОСАХ И ОТВЕТАХ
для думающих родителей**



НОВОСИБИРСК 2006

УДК 615.374
ББК 52.54
К 73

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 Европейского общества 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 электронной почтой на адрес: privivki@homeobooks.ru в издательство «Гомеопатическая книга». В «теме» письма укажите: «Автору БИ».

Оглавление

<i>Предисловие</i>	5
Общие вопросы вакцинопрофилактики.....	7
Токсические компоненты вакцин.....	24
Натуральная оспа.....	33
Ветряная оспа.....	37
Гепатиты А и В.....	40
Грипп.....	46
Дифтерия.....	49
Коклюш.....	57
Корь.....	64
Краснуха.....	68
Полиомиелит.....	71
Столбняк.....	78
Туберкулез.....	82
Эпидемический паротит (свинка).....	87
Свободный информированный выбор.....	90
<i>Примечания</i>	95

Предисловие

Участие Российской Федерации в прививочных программах ВОЗ и связанное с этим включение все новых вакцинаций в российский Календарь детских прививок, огромные деньги, которые делают интересными на разработку, производстве и распространении вакцин, а также изменившаяся российская правовая база, установившая безусловное право индивида или его опекунов на свободный выбор в прививочном вопросе, породили в последние годы целую серию брошюр, ориентированных на рядового читателя и активно рекламирующих прививки. Иногда последние рекламируются совершенно открыто, а иногда их реклама искусно вплетена в канву рассказа об ужасных инфекционных болезнях, подкарауливающих малыша буквально на каждом шагу, или в процесс повествования о здоровом образе жизни, который парадоксальным образом оказывается напрямую зависящим от количества полученных прививок. Различаясь по объему и стилю изложения материала, эти брошюры едины в безудержном восхвалении прививок и замалчивании их отрицательных последствий. Об осложнениях прививания речи или не идет вообще, или же они упоминаются невнятной скороговоркой как нечто, не заслуживающее серьезного внимания. Правдивая история прививок замалчивается или просто фальсифицируется, что мы видим каждый раз, когда речь заходит об искоренении натуральной оспы. Ни словом не упоминается вызванное прививками смещение заболеваемости в самые опасные возрастные группы, а также последние токсикологические и эпидемиологические исследования, показывающие истинную цену традиционным бодрым уверениям в безопасности и эффективности вакцин. В результате такого одностороннего изложения материала у неподготовленного читателя неизменно возникает впечатление, что прививки — одно из самых замечательных достижений медицины, и даже если они иногда доставляют неприятности, те не могут идти ни в какое сравнение с приносимой прививками пользой. Пропагандистский натиск СМИ также нельзя недооценивать. В то же время голос тех, кто хотел бы предупредить о связанных с прививками опасностях, практически не слышен. Книжки, критикующие прививки или ставящие под сомнение обычно преподносимые публике факты, выходят небольшими тиражами, их очень редко можно увидеть на прилавках даже

российских мегаполисов, не говоря уже о провинциальных городах, где об их выходе в свет не знает ни одна живая душа. Кроме того, пытаюсь написать книгу «для всех» и при этом максимально аргументировать свою точку зрения, автору очень трудно удержаться от научной подачи материала, что вызывает законное недовольство читателей, рассчитывавших на более доступный для понимания язык. Предметом такой справедливой критики стала и моя книга «Беспощадная иммунизация», увидевшая свет в прошлом году. В полученных мною отзывах читатели предлагали отказаться от не в меру подробного и перегруженного научной лексикой изложения проблемы в пользу простых и понятных ответов на обычно задаваемые родителями вопросы. Я решил последовать этому совету. Собрал вопросы, полученные мной в личной переписке или на форуме при сайте «1796 — гомеопатия и прививки», я объединил их вместе со своими ответами в книгу, постаравшись максимально приблизить ее к читателю. Хотя такая форма подачи материала также не лишена недостатков, я все же полагаю, что она вполне отвечает своей главной задаче — дать читателю представление о реально существующих проблемах и побудить его исследовать прививочную тему дальше. По-настоящему свободный выбор в отношении прививок может быть основан только на максимально полной информации о них. И если моя книга внесет свою лепту, значит, она была написана и прочитана не напрасно.

Я благодарю всех, кто помогал мне в работе над книгой.

*Д-р Александр Коток
Январь 2006 г.*

Общие вопросы вакцинопрофилактики

- **Зачем родителям вообще разбираться с прививками, почему просто не послушать совета своего педиатра? Разве не Он специалист в этом вопросе?**

Вряд ли следует слепо полагаться на мнение врача в вопросах, в которых он недостаточно компетентен и который в своих решениях и рекомендациях нередко зависит от факторов, не имеющих никакого отношения к благу вашего ребенка. Это относится не только к прививкам, но к ним — в первую очередь. Сведения о прививках, получаемые в мединститутах, мало чем отличаются от сведений из рекламных плакатов на стенах детских поликлиник. Курс иммунологии занимает в десятки раз меньше времени, чем курс какой-нибудь совершенно бесполезной для будущего врача неорганической химии или физики. В итоге доктора практически ничего не знают ни о токсических составляющих вакцин, ни о возможных осложнениях прививок, ни об исследованиях, указывающих на связь прививок с тяжелыми заболеваниями, стремительный рост которых наблюдается в последнее время. В этом легко можно убедиться, если попробовать обсудить с вашим педиатром факты, предлагаемые в этой брошюре. История борьбы человека с инфекционными заболеваниями в том виде, как ее представляют в мединститутах, часто не только не вполне соответствует действительности, но и содержит ее прямое искажение. Настоящими специалистами в теме прививок могут стать только те врачи, которые захотят самостоятельно разобраться со сложными вопросами «науки, вакцинологии» и будут изучать соответствующую литературу. Медицинские институты таких знаний не дают. С другой стороны, педиатры находятся под сильнейшим давлением администрации поликлиники и разных проверяющих организаций вроде СЭС, требующих от них максимального «прививочного охвата». Нередко можно слышать о материальном поощрении за максимальную «привитость» на участке, и Россия здесь далеко не исключение. В Великобритании врач общей практики (GP) получает весьма ощутимые премии, когда достигает установленного призового уровня «охвата», и лишается их, если среди его клиентов появляются «отказники». Так происходит не всегда, но очень часто. К известным словам великого Бернарда Шоу: «Доктор — такой же отличный консультант в вопросах при-

вивок, как мясник — в вопросах вегетарианства», сказанным сто лет назад, можно добавить разве что крылатую фразу Станислава Леща: «Те, кто надел на глаза шоры, должны помнить, что в комплект входят еще узда и кнут».

► **Теперь понятно, почему педиатры так враждебно воспринимают отказы, хотя, казалось бы, решение о прививках — личное дело родителей.**

Отказываясь от прививок, Вы не только мешаете врачу «спокойно жить», но и ставите под сомнение его профессиональную компетентность, отвергая то, в пользу чего он непоколебимо убежден. Обычно врачи слабо разбираются не только в прививках, но и в вопросах грудного вскармливания, здорового образа жизни, и во многом другом, на чем не акцентируется институтский курс и что требует самостоятельного изучения. На это у врачей нет ни времени, ни особого желания, отчасти и вследствие вбитой в институтах веры в собственную компетентность и непогрешимость. К сожалению, нередко ставки участковых педиатров занимают именно те, кто в силу не слишком высокого профессионального уровня затрудняется найти лучшую работу. Об этом тоже не должны забывать родители, желающие выслушать мнение педиатра по тому или иному вопросу. И совершенно необходимо помнить о том, что врачи общими вопросами здоровья и его сохранения не занимаются в принципе, они и не имеют для этого нужного образования, их дело — лечить болезни. «Золотым стандартом» каждого думающего родителя должен быть закон: к врачам обращаться только тогда, когда в этом есть необходимость. Здоровому ребенку в поликлинике делать нечего. Надо обязательно подчеркнуть здесь, что педиатры — вовсе не злоумышленники и не вредители, они не желают детям плохого. Они всего лишь государственные служащие с дипломом врача, обязанные выполнять должностные инструкции, даже если следование этим инструкциям идет во вред ребенку, а составляют их люди, зарабатывающие на прививках. Те родители, которые понимают это, не пытаются обратить медиков «в свою веру», а спокойно оформляют отказ от прививок, исходя из интересов своего ребенка.

► **Не только педиатры негативно настроены по отношению к тем, кто отказывается от прививок. Общество в целом не готово воспринимать «отказников» спокойно.**

Прививочная пропаганда насчитывает свыше 200 лет. Хотя в последнее время ситуация меняется, такое длительное и упорное

промывание мозгов сыграло свою роль. Особенно это заметно в провинциальных российских городах, где время словно остановилось — ни медики, ни иные родители и слышать не хотят о том, что давно уже существует закон, по которому непривитым детям гарантированы равные с привитыми права, что родители сами имеют право выбирать, что лучше для их детей. Вакцинаторы не могут примириться с тем, что прошли времена, когда они безраздельно распоряжались здоровьем и судьбами людей; теперь они пытаются натравить родителей друг на друга или опорочить тех, кто решил отказаться от медицинского прививочного обслуживания. Так, В. Таточенко и Н. Озерецковский в своей брошюре «Родителям о прививках» (Москва, 2001 г.), выпущенной по заказу Минздрава РФ (!) пишут: «...Почему же мы так дружно осуждаем родителей, не обращающих на своих детей должного внимания, наказывающих их, отдающих их в дома ребенка, и как само собой разумеющееся воспринимаем то, что именно родители обрекают невакцинированных по своей воле детей на тяжелые заболевания. Оставляя ребенка 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...» А вот отрывок из интервью главного педиатра Москвы А. Румянцева «Здоровью» («АиФ», 09.04.2003): «Не хочешь прививать ребенка — будь готов к его болезням. .. Сознательные родители делают ребенку не только бесплатные прививки от 9 заболеваний, но и спрашивают у врача, какие надо сделать еще. Да, прививки, не входящие в официальный план, платные, но стоимость одной вакцины равняется цене одной бутылки водки. Или вы выпьете сегодня эту бутылку, или ваш ребенок будет защищен, например, от пневмококка или менингита...». Так нам внушается мысль, что отказ от прививок неминуемо «обрекает детей на тяжелые заболевания», а отказываются от прививок одни лишь алкоголики и маргиналы, хотя на самом деле все обстоит с точностью до наоборот: именно те образованные родители, что хорошо изучили тему прививок, отказываются от них, потому что не желают своему ребенку тяжелых заболеваний, а соглашаются на прививки как правило те, кто привык слепо верить врачам. К сожалению, прозрение нередко приходит поздно, когда здоровью ребенка уже нанесен ощутимый, а иногда и необратимый вред. Не следует недооценивать и психологический подтекст враждебности некоторых родителей по отношению к тем, кто, разобравшись в теме, отказывается прививать своих детей. Ведь своим

примером «отказники» как бы подчеркивают бездумье и легковерие «конформистов», которыми легко манипулируют медики. Особенно это верно в том случае, когда привитые дети страдают от болезней, связь которых с прививками очень вероятна (атопический дерматит, аллергии, бронхиальная астма, неожиданно появившееся отставание в умственном развитии и др.). Осознание того, что они сами стали причиной болезней своих детей, нестерпимо для родителей. Соответственно, агрессия в отношении тех, кто сделал выбор в пользу отказа от прививок, представляет собой явление, которое в психологии называется вытеснением.

► **Но кроме мнения педиатров существуют исследования, показывающие пользу прививок, с этим же Вы не будете спорить?**

Я не придавал бы слишком большого значения этим исследованиям. Практически из каждого очередного «доказательства» пользы прививок торчат уши производителей вакцин, и это вовсе не паранойя и не теория всемирного заговора. В США, где проблема прививок остра, как ни в какой другой стране, в ходу такие понятия, как «конфликт интересов» и «вращающаяся дверь». Про конфликт интересов говорят, когда решения о лицензировании вакцин и об их включении в прививочный календарь принимаются людьми, которые имеют собственные финансовые интересы в том, чтобы прививок стало как можно больше. Эти люди имеют акции компаний — производителей вакцин и получают от них гранты на научные исследования. Понятие «вращающаяся дверь» означает, что те, кто раньше был «независимым экспертом» по вопросам прививок в правительственном ведомстве, закончив государственную службу, с легкостью, словно через дверь-вертушку, переходит на работу в фармацевтическую компанию, чаще всего — именно в ту, что производит вакцины. Примеров такого рода очень много во всех странах. Посмотрите на «специалистов», главных агитаторов за прививки — это люди, которые всю свою сознательную жизнь кормятся из прививочной кормушки. Они пишут кандидатские и докторские диссертации и публикуют многочисленные статьи на тему пользы прививок, получают научные гранты от производителей вакцин, работают в вакцинно-сывороточно-эпидемиологических НИИ, представляют страну на международных «прививочных» совещаниях/Согласитесь, от таких людей бессмысленно ждать объективной оценки. Все их благополучие завязано на восхвалении и пропаганде прививок. Чем больше вакцин — тем сыт-

нее живется этим «экспертам» и «специалистам», вне зависимости от того, что несут прививки на самом деле — пользу или вред. К сожалению, именно такие люди ответственны за прививочную политику в большинстве стран. Так, в России все, относящееся к прививкам, включая определение критериев и регистрацию постпрививочных осложнений, находится в исключительной компетенции учреждения, смыслом существования которого является максимальное «раскручивание» вакцин — ГНИИСКА им. Л.А. Тарасевича. Отсюда понятно, например, что смехотворная цифра в примерно 300 ежегодных осложнений, официально признаваемая ГНИИСКом, вряд ли составляет и несколько процентов от их истинного числа.

► **Тщательно выполненное исследование покажет объективную картину вне зависимости от того, кто его выполняет и как он относится к прививкам. Цифры есть цифры.**

Манипуляции возможны с любыми цифрами. Недаром сегодня все ведущие медицинские журналы требуют от авторов статей подтверждения, что те не имеют какой-либо заинтересованности в результатах проводимых ими исследований. Для такой подозрительности имеются все основания. Ловкие манипуляции с цифрами и фактами, которые очень сложно проверить, дают нужные авторам результаты и приводят читателей к ложным умозаключениям относительно пользы или вреда того или иного лекарства или метода. Наиболее распространенные статистические махинации в исследованиях прививок следующие. Во-первых, это принципиально некорректные сравнения, когда изучают заболеваемость привитых детей и непривитых детей из контрольной группы. В контрольную группу дети не отбираются *методом случайной выборки*, как это положено в соответствии с законами статистики. В нее попадают почти исключительно дети, которые получили медотвод по состоянию здоровья, из-за хронических и нередко тяжелых фоновых заболеваний, часто это дети из неблагополучных семей. Понятно, что заболеваемость среди таких детей всегда будет выше заболеваемости привитых, даже если вместо вакцины вводится дистиллированная вода. Более ста лет тому назад известный Санкт-Петербургский педиатр Владимир Рейц писал в своей книге «Критический взгляд на оспопрививание»: «Известно, что прививают оспу лишь здоровым, все же хилые и слабые исключаются. Неудивительно, что при заболевании тех и других оспой, последние должны дать больший процент смертности, который, следова-

тельно, 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 [человек], 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...»¹. Как видим, описанный статистический трюк начал применяться уже очень давно, но и сегодня он в широком «научном» использовании. Сравнивая *заведомо неравноценные группы*, вакцинаторы всегда получают заранее подготовленный вывод «прививка X — эффективна». Справедливости ради надо отметить, что один раз все же было проведено исследование по всем правилам статистики, а именно — полевые испытания прививки БЦЖ под эгидой ВОЗ в 1969-1971 гг. в Индии, и это исследование показало большую заболеваемость туберкулезом привитых, после чего от таких исследований вакцинаторы вовсе отказались. Таким образом, эпидемиологическая оценка эффективности прививок не выдерживает критики. Другой вид оценки эффективности, по количеству образующихся после прививки антител, также вызывает большие сомнения. Как известно, люди заболевают и при наличии антител в самых что ни на есть «защитных» титрах, и остаются здоровыми при их отсутствии. К тому же после прививки количество антител очень быстро снижается, и вскоре привитый снова становится по прививочным меркам «незащищенным». Еще один распространенный трюк пропрививочных исследований — произвольное установление временных границ. Например, демонстрируется снижение смертности и заболеваемости с такого-то по такой-то год на фоне использования определенной прививки. Доверчивый читатель делает вывод о несомненной пользе прививок, однако авторы не сообщают, что за аналогичный период времени, предшествовавший появлению прививки, смертность и заболеваемость снижалась теми же самыми темпами или даже быстрее, и, следовательно, введение прививки либо никак не повлияло на снижение смертности и заболеваемости, либо даже замедлило его. Еще один излюбленный прием — сравнение разных периодов эпидемического цикла, который существует у инфекционных болезней, для демонстрации «несомненной пользы приви-

вок» в те годы, когда заболеваемость всегда снижается по естественным причинам. Вообще, приемов и способов выдать черное за белое и наоборот — очень много. Родителям стоит критически относиться к любой информации о прививках, тщательно ее перепроверять и не доверять безотчетно вакцинаторам.

► **Вы уже начали использовать специфические термины. Что вообще представляет собой прививка?**

Прививка — манипуляция, направленная на создание искусственного иммунитета. Основана на введении в организм антигенов — веществ, способных вызывать образование антител. Антитела — сложные белки плазмы крови, которые вырабатываются лимфоидными клетками и нейтрализуют микроорганизмы или выделяемые ими токсические вещества. Это совершенно необходимые для нас ключевые понятия, с которыми мы будем сталкиваться все время. Прививка имитирует болезнь, но, как считается, в ее легкой форме, потому что возбудитель болезни ослаблен или убит. Предполагается, что когда привитый столкнется с естественным, природным возбудителем, он уже будет защищен от него имеющимися антителами.

► **Значит, между вакциной и естественной болезнью нет разницы? Антитела ведь вырабатываются к одним и тем же антигенам? Почему нам не избежать естественной болезни, которая может оказаться и очень тяжелой, в пользу более легкой, прививочной?**

Реакция организма на взаимодействие с естественными и прививочными антигенами в корне различна. За исключением клостридий, выработка токсина которыми приводит к столбняку, возбудители всех остальных «предотвращаемых прививками» болезней попадают в организм через слизистые оболочки дыхательной или пищеварительной систем. В ответ на вторжение возбудителей там начинается выработка иммуноглобулина А (IgA). Фактически, те случаи болезни, которые мы наблюдаем, вряд ли составляют и 1% от всех случаев инфицирования, скорее всего, их намного меньше — возможно, в тысячи раз. Когда случается естественная болезнь, то помимо выработки IgA химические сигналы со слизистых оболочек запускают стройный «хор» иммунной системы, в результате чего иммунный ответ становится зрелым, а возникающий после болезни иммунитет — пожизненным. Естественные болезни, случающиеся у нормального здорового ребенка, помогают «отлажи-

вать» и тренировать иммунную систему. Возбудители же, которые попадают в организм с прививкой, минуют слизистые оболочки и немедленно попадают в кровоток. К такому развитию событий организм эволюционно не готов. Для того, чтобы справиться с инфекцией, не обезвреженной на уровне слизистых и к борьбе с которой организм не был подготовлен заблаговременно полученными химическими сигналами, он вынужден расходовать многократно большее число лимфоцитов, нежели когда это происходит при естественной болезни. Так, по имеющимся оценкам, если естественный эпидемический паротит (свинка) отвлекает на себя 3-7% общего числа лимфоцитов, то возникающий после прививки — тот, что называют «легким», — 30-70%. В десять раз больше! Как только плазматическая клетка или лимфоцит «привязываются» к определенному антигену, они становятся неспособными реагировать на другие антигены, проникающие в организм (что частично объясняет хронически сниженный иммунитет у привитых и частые инфекции в поствакцинальном периоде). При этом антитела вырабатываются не к «чистым» антигенам возбудителя, как это бывает при естественном процессе, а к сложному биокомплексу антигенов, консервантов, адьювантов (веществ, усиливающих выработку антител), деконтаминантов (веществ, обеззараживающих вакцины)... Такой иммунный ответ оказывается незрелым, а возникающий иммунитет — непрочным и непродолжительным. Хроническое истощение иммунной системы прививками небезобидно и в долгосрочной перспективе. В своем письме в Российский Национальный комитет по биоэтике онкоиммунолог проф. В. В. Гордилова пишет: «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 ребенка. 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, подстегивают процесс «расходования» лимфоцитов, искусственно приводя организм человека к преждевременному старению, отсюда старческие болезни у молодежи. 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 не-

престанно поступающими антигенами — вакцинами»².

► **Вы говорили об эффективности. Что Вы можете сказать об исследованиях безопасности прививок?**

Здесь дело обстоит еще хуже. Если даже прививка недостаточно эффективна, то, может рассудить иной родитель, почему не сделать ее, вдруг она даст ребенку хоть какую-то защиту? Однако любой нормальный родитель поставит неременным условием безопасность самой процедуры, а потому предпринимаются все меры, чтобы убедить, что прививки совершенно безопасны. В ход идут все мыслимые и немыслимые ухищрения. Самое распространенное: при проведении исследования в группу привитых попадают тщательно отобранные *здоровые* дети, не страдающие ни от каких хронических болезней и не имевшие ранее побочных реакций на прививки, да еще перед прививкой им дают антигистаминные препараты (тавегил, супрастин), чтобы «забить» температуру и воспаление в месте укола и создать впечатление отсутствия нежелательных реакций. Наблюдение за привитыми длится равно столько, чтобы не увидеть отсроченных осложнений, которые могут возникнуть спустя несколько недель или месяцев и испортить радужную картину, рисуемую вакцинаторами. Однако как только вакцина лицензирована, и прививка входит в прививочный календарь, ее начинают делать *всем* детям, и выясняется, что рекламируемая безопасность оказывается фиктивной. Конкретные примеры тяжелых болезней, которые могут развиться после прививок, я буду приводить в следующих главах, пока же отметим, что безопасных прививок *не бывает в принципе*. Самая лучшая, самая безопасная прививка — та, которую не сделали.

► **Однако в детстве всех нас прививали. И ничего — все ведь здоровы...**

Во-первых, далеко не все здоровы. Вы ведь общаетесь с теми, кого миновали такие осложнения на прививки, которые не дают возможность получить образование и нормально жить в обществе. Вы не знаете, сколько детей после прививок погибло, а сколько стали пожизненными инвалидами, проводящими свои дни в специальных учреждениях. Об этом никогда не сообщалось. Во-вторых, сравните, сколько прививок получали вы, а сколько получают ваши дети. Совершенно точно вы не получали три прививки (с ртутью в качестве консерванта) от гепатита В, причем первую из них — через несколько часов после рождения. Не получали при-

вивку от краснухи. Вполне возможно, что не получали от свинки; те родители, что постарше, не получали и от кори. Ваши родители не могли последовать настойчивой рекомендации защитить вас от гепатита А или менингита прививками — соответствующих вакцин тогда еще не было.

► **Представим такой вариант — исследование проведено по всем существующим статистическим правилам, и оно показало эффективность и отсутствие побочных эффектов определенной прививки. Тогда Вы рекомендовали бы ее?**

В противоположность тому, в чем нас настойчиво пытаются убедить сторонники идеи вакцинопрофилактики, здоровый крепкий иммунитет не может быть подменен даже самыми современными прививочными костылями, которые к тому же требуются постоянно обновлять. Рекламируя и пропагандируя прививки, вакцинаторы сознательно ставят акцент на защите от кори или свинки, в то время как родителям надо, чтобы их малыш был здоров "в целом. В самом деле, радоваться ли родителям, ребенок которых заболел аутизмом или лейкозом, что прививки спасли его от безобидных детских болезней? В последние десятилетия мы являемся свидетелями небывалого всплеска заболеваемости аллергиями, астмой, детскими онкологическими болезнями, инсулинозависимым сахарным диабетом, ревматоидным артритом, аутизмом. Объяснений этому официальная медицинская наука не находит, но немалое количество независимых исследований связывает эти болезни с огромным количеством прививок, обрушившимся на детей, чья иммунная система не выдерживает такого перенапряжения. Можно предположить, что массовые прививки ответственны не только за регистрируемые и четко различимые болезни, но и за общее снижение способностей детей к обучению и социальной адаптации. Американский исследователь д-р Харрис Култер написал книгу «Прививки, насилие в обществе и преступность», в которой показал, что гиперактивность детей, их неспособность к обучению из-за проблем с концентрацией внимания, такие нарушения, как дислексия и дисграфия и даже всплеск насильственной преступности могут быть связаны с поражением вакцинами механизмов управления и контроля мозга, а именно с так называемым постэнцефалитным синдромом — хроническим вялотекущим воспалением головного мозга, вызванного прививками, в первую очередь прививкой против коклюша³.

► У всех лекарств тоже есть побочные эффекты, но мы ведь из-за этого не отказываемся применять их в лечении?

Разница в том, что лекарства принимают *больные*, чтобы вернуть здоровье или предотвратить его ухудшение. Прививки же делают *здоровым*, и они по определению не могут *улучшить* состояние здоровья. Они могут его только *ухудшить*, что часто и происходит. Кроме того, когда родители обращаются к медикам за помощью для своих детей, им сообщают о плане обследования и лечения. Родители могут согласиться с предлагаемым лечением или отвергнуть его и искать альтернативу. Однако когда дело доходит до прививок, то очень часто, в нарушение законов, мнение родителей игнорируется. Прививки начинают делать в роддомах, причем первая прививка делается уже через несколько часов после рождения ребенка, а следующая — через несколько дней, при этом родильницу могут вообще не поставить в известность о сделанных прививках, и она узнает о них только из получаемых при выписке документов. Прививки в детских садах и школах также нередко делают без родительского разрешения. К сожалению, правовая безграмотность родителей оставляет такие вещи безнаказанными. Обязательно надо подчеркнуть, что *массовость* прививок таит в себе очень много соблазнов обогащения. Даже самая распространенная болезнь ограничена числом болеющих ею. А единственным ограничением для количества реализуемых вакцин служит только количество детей и взрослых, «подлежащих» прививанию, которых вакцинаторы цинично называют «декретируемыми контингентами». Зарабатываемые на прививках деньги и, главное, надежно гарантируемая государством реализация продукции, стимулируют фармацевтические компании выбрасывать на рынок все больше новых вакцин и увеличивать число прививок уже имеющимися. Обычная история — когда на рынке появляется новая вакцина, то нам сообщают, что она высокоэффективна, «одна прививка — и ваш малыш защищен». Однако очень скоро выясняется, что требуется уже не одна, а несколько прививок, и все они немедленно находят себе место в прививочном календаре. Кроме того, согласие на использование каких-либо лекарств вовсе не предполагает согласия на прививки. Относительно всего, что медицина предлагает детям, право принимать решение имеют только родители или опекуны. И принимать решение они должны, основываясь на максимально полной информации. Попытка лишить их этого права под предлогом «мы лучше знаем, что нужно

ребенку» — грубое нарушение закона, которое должно пресекаться правоохранительными органами.

► **Вполне естественно, что родители тревожатся о здоровье своих детей. А медики вполне логично убеждают, что прививки защищают от опасных болезней.**

Прививки — паразитирование на естественном родительском страхе и желании защитить своего ребенка. Вся вакцинопрофилактика — это, по меткому выражению немецкого врача Г. Бухвальда, автора многочисленных публикаций о прививках, бизнес, основанный на страхе. Существуют сотни опаснейших болезней — намного более опасных, чем те, от которых делают прививки. При этом нередко, увы, неизлечимых, чего нельзя сказать о «прививочных» болезнях. Однако у родителей постоянно на слуху только те заболевания, от которых делают прививки. Обычная мягкость протекания большинства этих болезней игнорируется, зато из казуистических случаев осложнений раздувают невероятные истории, а исключения стараются представить правилом. При этом, естественно, возможные осложнения прививок замалчиваются. В результате у родителей складывается искаженное представление об истинном характере детских болезней, о реальном соотношении риска и пользы вакцинации. Вред прививок не ограничивается только их непосредственными осложнениями. Детские болезни потому и называются детскими, что природой предназначено перенести их в детском возрасте и приобрести к ним пожизненный иммунитет. Не давая этого сделать и подменяя пожизненный иммунитет нестойким прививочным, прививки «сдвигают» болезни во взрослый возраст, когда они неизмеримо опаснее. Вторая опасность массовых прививок — болезни «сдвигаются» в противоположном направлении, в младенческий возраст. Ведь если девочка не переносит болезнь в детстве, то позднее она не сможет передать антитела своим детям, и младенцы окажутся беззащитным перед теми болезнями, от которых в допрививочную эпоху они были защищены. Все эти факторы, я считаю, делают прививки абсолютно неприемлемыми как средство массовой профилактики.

► **Если Вы говорите о «сдвигении» болезней во взрослый возраст и подмене естественного иммунитета прививочным, то это значит, что прививки все-таки эффективны?**

Давайте разберемся в том, что мы понимаем под словосочетанием «эффективность прививок». Если человек не заболевает бо-

лезню, от которой получил прививку (например, корью, свинкой или краснухой) — это хорошо или плохо? Кажется, что хорошо. Однако ответ далеко не так однозначен. Прививки подменяют возможность один раз перенести болезнь в короткой и острой форме и получить при этом постоянный иммунитет долговременным, а может и пожизненным, *носителем ее возбудителей*, так что на деле перед нами не защита от болезни, а *хроническая форма* болезни. Поскольку возбудители попадают в организм естественным путем, организм не может избавиться от них так, как это происходит при обычной болезни. Такой «эффективности» вряд ли стоит радоваться. Таким образом, все, чего добиваются прививками — исключения из статистики острых форм болезней. Здоровью прививаемых такие манипуляции ничего, кроме ущерба, не приносят. Если привитые люди не заболевают болезнями в их острой форме, то они не передают инфекции и, таким образом, нарушают естественную циркуляцию возбудителя в популяции. С увеличением числа прививок и уменьшением циркуляции возбудителей тех, кто не перенес детские болезни в детстве, становится все больше. Со временем прививочный иммунитет ослабевает и появившийся природный возбудитель вызывает вспышки естественной болезни среди полностью привитых, что мы уже не раз видели в прививочной истории.

► **Однако даже при худшем качестве образующегося иммунитета и при возможности осложнений, прививки позволяют избежать самых тяжелых последствий болезней в детском возрасте. Или и это неправда?**

Научные данные показывают, что настоящий процесс защиты организма от инфекции намного сложнее примитивного представления о том, что антитела являются единственным способом уберечься от болезни. Неоднократно демонстрировалось, что люди с высоким титром соответствующих антител заболевали инфекционными болезнями и даже умирали от них — имеющиеся антитела не защищали. Примеры такого рода я буду приводить далее. В то же время люди, у которых антитела отсутствовали и которые были в несомненном контакте с инфекцией, оставались здоровыми. Больные агаммаглобулинемией — болезнью, при которой антитела *вообще* не вырабатываются, вовсе не страдают от всех существующих инфекционных заболеваний. Кроме того, родители ведь не знают, выработались ли у их привитого ребенка антитела и как долго они будут существовать. Так, *10-12% детей*

генетически не способны к выработке антитоксических антител против дифтерийного токсина, а у немалого процента привитых антитела исчезают уже в течение нескольких лет. К сожалению, не только родители, но и многие не слишком грамотные и слишком верящие пропаганде врачи искренне убеждены, что сделанная прививка является синонимом понятию «ребенок защищен». Именно эта слепая вера в прививку — следствие многолетней прививочной пропаганды, в которую в конце концов поверили и сами пропагандисты — сыграла немаловажную роль в распространении дифтерии в странах бывшего СССР в 1990-х гг. Нередко приходится сталкиваться с длительно болеющими коклюшем детьми, которые не получают правильного диагноза лишь по той причине, что врачи считают: болезни быть не может, если ранее была сделана прививка. Делая прививку, родители ослабляют иммунитет ребенка, и он вполне может заболеть теми болезнями, которыми без сделанной прививки не заболел бы.

► Почему среди противников прививок так много врачей, занимающихся альтернативной медициной? Тех же гомеопатов, например?

Против прививок в основном выступают те, кто имеет право на собственное мнение — не работает в государственной системе и, следовательно, не зависит от благорасположения медицинских властей и не обязан реализовывать спускаемые «сверху» планы «прививочного охвата». Те из врачей на государственных ставках, кто открыто выступает против прививок, на своих должностях не задерживаются. Система не прощает тех, кто подрывает веру в ее непогрешимость. Американский педиатр, проф. Роберт Мендельсон написал в своей книге «Исповедь медицинского еретика»: «Современная медицина не выжила бы без нашей веры, поскольку эта медицина ни наука, ни искусство. Это религия». Ни гомеопатия, ни какая-либо другая система «альтернативного» врачевания не предлагают альтернативу прививкам по сходному принципу «бороться с каждой отдельной болезнью», зарабатывая при этом на такой борьбе. Поэтому утверждение, что гомеопаты или другие «неконвенциональные» врачи получают какую-то выгоду от «непривитости» населения абсурдно. Если говорить исключительно о заработке, то гомеопатам, наоборот, прививки выгодны, поскольку гомеопатия вполне успешно справляется с поствакцинальными осложнениями. Настоящий врач, не забывший, что такое совесть и истинный врачебный долг, думающий в

первую очередь о благе своего пациента, никогда не примет в расчет существование планов по «принудительному здоровью», на которых наживается кучка дельцов.

► **Вы утверждаете, что на прививках наживаются. Но население ведь получает их бесплатно.**

Разве прививки бесплатны? Деньги на прививки не падают из воздуха, за прививки платят налогоплательщики. На закупку вакцин и проведение прививок деньги тратятся из бюджета здравоохранения, в котором не остается средств ни на оснащение больниц современным диагностическим и лечебным оборудованием, ни на обеспечение одноразовыми инструментами при медицинских манипуляциях (чтобы предотвратить то самое инфицирование пациентов, против которого борются прививками!), ни на закупку лекарств, ни на повышение зарплаты медперсоналу, наконец.

► **Известно, что вложение денег в профилактику позволяет в итоге экономить деньги на лечение.**

К прививкам это не относится. Реально экономит деньги в здравоохранении только улучшение здоровья населения *в целом*, а не обмен одних болезней на другие. Например, пожизненный уход за одним ребенком-аутистом стоит американским налогоплательщикам свыше 4 млн. долларов. Нынешняя эпидемия аутизма, охватившая США, не может сравниться по своей стоимости ни с какими вместе взятыми эпидемиями якобы предотвращаемых прививками болезней. В то же время у меннонитов (религиозной секты, отказывающей от прививок) и в других группах непривитых детей в США аутизма нет. А сколько стоят государству атопический диатез, бронхиты, астма, аллергии, отиты, которыми страдают привитые дети, не говоря уже об аутоиммунных болезнях? Счет идет на миллиарды долларов! Про выпадающие на долю детей и родителей страдания мы говорить не будем — их невозможно выразить в деньгах. Настоящая профилактика—это не навязываемая «сверху» борьба с детскими инфекционными болезнями, а продолжительное грудное вскармливание, затем здоровая, богатая микроэлементами и витаминами пища, свежий воздух, физическая активность, любовь и взаимное уважение в семье.

► **Что Вы предлагаете? Отказаться от прививок и жить по закону естественного отбора — пусть выживает сильнейший?**

Один из самых вредных и при этом наиболее активно распространяемых мифов — убеждение, что отказ от прививок предполагает неизбежные вспышки инфекционных заболеваний с многочисленными пострадавшими. С тех стародавних времен, когда эпидемии уносили жизни и здоровье тысяч детей и взрослых, уровень жизни и уровень развития медицины изменились кардинально. Недаром заболеваемость и смертность от тех болезней, от которых сегодня вакцинируют, еще до появления прививок снизились в десятки и сотни раз. Сегодня эти показатели несомненно должны быть еще ниже. И самое главное, что я хотел бы вновь подчеркнуть и что следует помнить родителям: сделать прививку не значит защититься; одни болеют инфекционными болезнями и умирают от них со всеми сделанными прививками, другие остаются здоровыми вообще без прививок. Понятие здоровья и иммунитета в истинном значении этого слова («иммунный» = «защищенный») нельзя применить к умозрительным прививочным теориям! Сама практика постоянно опровергает их. Поэтому те деньги, что сегодня перекачиваются в карманы разработчиков, производителей и распространителей вакцин, должны быть возвращены в бюджет здравоохранения и служить благу всех людей.

► **Значит, последняя эпидемия дифтерии не доказала, что и в наше время возможны тяжелые эпидемии, если вовремя не прививаться?**

Последняя вспышка дифтерии в странах СНГ и Балтии лишний раз подтвердила общеизвестный факт: во времена социально-экономических неурядиц, войн, внезапного и резкого обнищания народа и массовых миграций населения, при ослаблении государственной власти и развале службы здравоохранения инфекционные болезни заставляют вспомнить о себе. Прививочная борьба с дифтерией оказалась совершенно бесполезной — эпидемия сошла на нет, пройдя свой естественный цикл. Подробнее об этом разговор пойдет в главе о дифтерии. Те же факторы ответственны за вспышку полиомиелита в Чечне.

► **Без прививок не принимают ни в детский сад, ни в школу...**

В России существует Закон об иммунопрофилактике инфекционных болезней от 1998 г., где четко оговаривается, в каких случаях непривитому ребенку может быть запрещен доступ в детские учреждения (см. «Документы»). Это возможно лишь в случае эпидемии, официально объявленной главным санитарным врачом субъекта федерации, при этом речь идет только о временном запрете, до окончания эпидемии. Отказ принять ребенка в детское учреждение на основании отсутствия у него отдельных или всех прививок — нарушение закона. В таких случаях необходимо обращаться в прокуратуру. Не могут отсутствием прививок мотивировать и отказ в предоставлении каких-либо услуг или документов, или в оформлении последних (например, медицинских карт в детской поликлинике). Если такое где-то еще и происходит, то лишь вследствие уверенности вакцинаторов в собственной безнаказанности и незнания родителями своих прав. Нередко такой отказ просто отражает желание получить взятку. Опыт показывает, что твердость и настойчивость родителей всегда приводит к желаемому результату, а именно — к победе закона, а не планов «прививочного охвата». В равной степени отсутствие прививок не может быть основанием для отказа в приеме в техникум, в вуз или на работу, за исключением отдельных профессий, список которых определен законодателями. Хуже дела обстоят в тех странах, где под давлением вакцинаторов приняты пропрививочные законы — например, в Украине. Там родителям, не желающим рисковать здоровьем своих детей в прививочной лотерее, приходится либо фальсифицировать документы, либо отказаться от государственных детских садов и школ в пользу частных.

► **Я хочу прекратить прививки, но врач говорит, что раз начали, то безопаснее будет окончить курс вакцинаций...**

Что стоит за такими советами, вам уже понятно. Нет никакой опасности в том, чтобы немедленно прекратить все прививки или какие-либо из них. Здоровье ребенка только выиграет от такого решения родителей.

Токсические компоненты вакцин

► Включают ли в себя вакцины вредные вещества?

Да, и немало. Первые и наиболее опасные среди них — ртуть и алюминий. Ртуть в виде органической соли (тимеросал или мертиолят) включают в вакцины в качестве консерванта, для предотвращения загрязнения вакцин микроорганизмами. Алюминий в виде фосфата алюминия или гидроксида алюминия способствует увеличению количества вырабатываемых в организме антител. Высокая токсичность этих веществ известна свыше 100 лет. Особенно большую тревогу вызывает их нейротоксичность — они способны поражать нервную систему.

► Как проявляется нейротоксичность ртути и алюминия?

В недавних исследованиях было показано, что «мертиолят (натрия этилртуутьгисалицилат) проникает через гематоэнцефалический (кровь-мозг) и плацентарный барьеры, что приводит к значительному содержанию ртути в тканях, включая мозг»¹. О результатах изучения природы токсического влияния ртути и ее производных проф. Хэйли, заведующий кафедрой химии университета в Кентукки, сообщил следующее: «Ртуть резко уменьшала жизнеспособность важного протеина мозга, называемого тубулином... И тубулин, и актин критически важны для роста дендритов и поддержания структуры аксонов. Воздействие ртути на нейроны быстро приводит к удалению тубулина из структуры аксонов, оставляя голые нервные волокна, которые образуют сплетения, являющиеся диагностическими признаками болезни Альцгеймера...»². Группа американских исследователей установила, что «было обнаружено явное сходство между аутизмом и отравлением ртутью в происходящих изменениях в биохимии организма, иммунной системе, структуре центральной нервной системы, нейрохимии и нейрофизиологии»³. Известно, что у людей с болезнью Альцгеймера содержание ртути в мозге в 2-3 раза выше, чем у людей, не страдающих этой болезнью⁴. Симптомы отравления ртутью и болезни Альцгеймера очень сходны между собой. Люди получают ртуть из окружающей среды. Важные источники поступления ртути в организм человека — вакцины, пломбы из зубной амальгамы и морепродукты. Необходимо помнить, что сегодня в развитых странах дети получают ртуть от матери еще во

время беременности, при этом уровень ртути в крови у ребенка в несколько раз превышает уровень ртути в крови у матери.

Опасен для нервной системы и алюминий. Отложение алюминия может становиться причиной, например, хронических болей в мышцах (миалгий), поддающихся лечению с большим трудом⁵ и, возможно, играющих роль в развитии рассеянного склероза⁶. Самые последние исследования связывают так называемый синдром войны в Персидском заливе (тяжелое инвалидизирующее заболевание, напоминающее синдром хронической усталости, развившееся у многих солдат сил коалиции, принимавших участие в войне 1991 г.) с многочисленными прививками, содержащими соли алюминия, полученными военнослужащими перед началом кампании⁷. Исследования показывают, что длительный контакт солей алюминия с тканью мозга приводит к невозможности обучения и к 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 там⁸. Алюминий был обнаружен в мозге умерших от болезни Альцгеймера⁹. Есть данные о том, что алюминий вызывает сверхактивацию глиальных клеток мозга, что может приводить к высвобождению больших количеств глутамата и хинолиновой кислоты, разрушительно действующих на мозг.

Кроме того, в недавнем исследовании была продемонстрирована синергетическая токсичность алюминия и ртути, т.е. взаимное усиление токсических эффектов друг друга: «Присутствие алюминия резко увеличивало количество погибших нейронов, вызываемое тимеросалом. Следовательно, комбинация алюминия и тимеросала, находящаяся в вакцинах, образует токсичную смесь, которую нельзя сравнивать с ситуацией, когда токсическое воздействие производится одним тимеросалом»¹⁰.

► Но мы ведь получаем вполне ощутимые количества ртути и алюминия, а также других вредных веществ, из пищи и из воздуха. Отчего такое внимание к веществам, входящим в состав вакцин?

Это сравнение совершенно некорректно, поскольку есть ощутимая разница между разными путями поступления токсических веществ. Так, ртуть опаснее всего в виде паров и сравнительно менее опасна в пище, поскольку плохо всасывается в желудочно-кишечном тракте. Так же плохо всасывается и алюминий, а потому он выводится из организма практически в том же количестве, в ко-

тором поступает. Однако прямое введение токсических веществ в кровотоки совершенно меняет картину. Происходит то, что природа всячески старалась предотвратить: яды сразу же поступают в органы-мишени, накапливаются там и отравляют их. Так, ртуть откладывается в липидах клеток мозга. Многочисленными исследованиями показано ее отравляющее воздействие на почки. Кроме того, необходимо помнить, что системы детоксикации (разложения и выведения ядов) у детей еще не функционируют в должной степени, они только развиваются. Организм ребенка не может избавиться от ядов так же быстро, как организм взрослого, а нервная система ребенка намного более чувствительна к токсинам. Особенно это верно для недоношенных детей, прививка от гепатита В у которых резко повышает уровень ртути в организме в сравнении с доношенными детьми". Природа не предусмотрела, что младенцам будут делать прививки вакцинами, содержащими вещества, вообще не предназначенные для того, чтобы попадать в человеческий организм, не говоря уже — парентеральным путем. Важен и генетический фон. Одни дети рождаются более предрасположенными к отравлению ртутью, другие — менее. Для мышей зависимость чувствительности к ртути от генотипа доказана экспериментально¹². Младенцы, родившиеся у матерей, имеющих пломбы из амальгамы и употребляющих в большом количестве морепродукты, уже имеют значительный уровень ртути в организме. У таких детей прививки могут стать соломинкой, ломающей горб верблюду.

► **Если ртуть и алюминий действительно вредны, то вместе с введением новых прививок должно было увеличиться и количество болезней у детей, предположительно связанных с веществами, содержащимися в вакцинах?**

Это и происходит на самом деле. «В 1950 г., когда национальный календарь прививок США содержал всего 4 прививки (от дифтерии, столбняка, коклюша и натуральной оспы), аутизм развивался всего у *одного ребенка из 10000*. По мере появления новых вакцин против других болезней, медицинские работники начали вводить детям все увеличивающиеся дозы ртути. Те, кто был рожден в 1981 г., получили 135 микрограмм ртути (в среднем), и регистрировался уже *один случай аутизма на 2600 детей, рожденных в том году*. С добавлением вакцины от гепатита В (вводимой в день появления на свет) и вакцины от гемофильной инфекции типа В, дети, рожденные в 1996 г., получили с вакцинами уже 246 микрограмм ртути. Аутизм теперь регистрировался у *одного из каждых 350 детей*.

На сегодняшний день медработники США следуют прививочному календарю, подготовленному Центром контроля заболеваний и утвержденному Американской академией педиатрии и Американской академией семейной медицины. Этот календарь включает в себя 13 вакцин, каждая из которых может вводиться серией уколов. В общей сложности ребенку, прежде чем он достигнет возраста двух лет, когда завершается развитие мозга, 33 раза будет введена какая-либо вакцина. Аутизм сегодня поражает *одного из 100 мальчиков и одну из 400 девочек*, и каждый год врачи диагностируют *100000 новых случаев этой болезни в США* по диагностическим критериям DSM-IV, которые более жестки, чем в предыдущем DSM-III-R. За последние 30 лет *более миллиона американских детей* заболели аутизмом. В настоящее время одна из каждых 68 семей в Америке имеет ребенка, страдающего от аутизма»¹³. Показательно и четырехкратно большее количество пострадавших мальчиков, поскольку мужской половой гормон тестостерон повышает нейротоксичность ртути. Исследования английского ученого Б. Козна продемонстрировали, что в амниотической жидкости матерей, дети которых впоследствии заболели аутизмом, был обнаружен повышенный уровень тестостерона. Вероятно, неблагоприятный гормональный фон сыграл свою роль в заболевании аутизмом этих детей, сделав для них прививочную ртуть более токсичной. С другой стороны, женский половой гормон эстроген снижает токсичность ртути. Косвенным свидетельством той роли, которую играет ртуть в развитии аутизма и других поведенческих расстройств, являются успехи терапии хелатами, направленной на выведение тяжелых металлов из организма. Данные о заболеваемости аутизмом и поведенческими расстройствами по РФ, не так давно сделавшей обязательной прививку от гепатита В новорожденным, недоступны. Некоторые российские неонатологи отмечают резкий рост желтухи у новорожденных и рост внезапных необъяснимых ухудшений состояния младенцев, требующих подчас лечения в реанимации. Однако никто из тех российских медицинских чиновников, кто должен был бы по долгу службы интересоваться такими данными, интереса в исследованиях в этом направлении не высказывает.

► **Если ртуть и алюминий так опасны, почему они попали в состав вакцин, которые вводят миллионам детей во всем мире? Или это глобальный заговор против человечества?**

Я не сторонник параноидальных и конспирологических теорий. Все, наблюдаемое нами в мире прививок, имеет вполне рациональное объяснение, и об этом речь уже заходила ранее. Одна из самых больших проблем, связанных с прививками, состоит в том, что решения о проведении исследований и об их оценке, о составе вакцин, о прививочных календарях для детей принимаются без всякого контроля людьми, имеющими свои собственные финансовые или карьерные интересы в том, чтобы вакцин было как можно больше, а непривитых — как можно меньше. При этом мнения независимых специалистов игнорируются. Ни перед введением в состав вакцин, ни в течение десятков лет после того никто из тех, кто был обязан это делать, не изучал токсичность ртути или алюминия, не говоря уже об их совместном влиянии. В 1983 г. группа российских ученых предупреждала: «.. Мертиолят, обычно используемый в качестве консерванта, не только непосредственно оказывает токсическое воздействие, но и способен изменять свойства клеток. Этот факт означает, что использование мертиолята для консервации медицинских иммунобиологических препаратов, особенно предназначенных для детей — недопустимо»¹⁴. Несмотря на то, что в 1980-х гг. в СССР этот вопрос обсуждался, в итоге решено было все оставить так, как удобно производителю. В материалах Российского Национального комитета по биоэтике собраны письма российских врачей, гигиенистов, токсикологов, биохимиков, высказывавших единодушное негодование включением высокотоксичных веществ в вакцины, при этом без каких бы то ни было консультаций со специалистами и предварительных испытаний. Так, кандидат биологических наук, старший научный сотрудник Института иммунологии Минмедпрома В. Д. Кольцов писал: «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 в индивидуальной чувствительности неокрепшего детского организма... 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»¹⁵. А вот мнение токсиколога, кандидата медицинских наук д-ра Н. Н. Михайлова: «...Что собой представляет мертиолят? Это — ртутьор-ганическое соединение, иначе называемое этилртутьгисалицилат натрия, относится к пестицидам. Кстати, 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... 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... Я пытался выяснить в свое время, есть ли статья в Государственной фармакопее СССР относительно мертиолята. Нет, в отечественной фармакопее его нет»¹⁶. Как мы видим, даже *полное* отсутствие сведений о препарате не помешало включить его в состав вакцин для детей, в том числе и младенцам. В самом лучшем случае такой подход может быть назван преступно легкомысленным и безответственным. Фактически, первые по-настоящему серьезные исследования ртути и алюминия в составе вакцин начались совсем недавно, спустя десятки лет после того, как их включили в состав вакцин, и прививки этими вакцинами получили миллионы детей и взрослых во всех странах мира.

► **Однако после того, как было открыто вредное влияние ртути, ничто ведь не мешает ее удалить и сделать вакцины безопасными хотя бы в этом аспекте, не так ли?**

Это далеко не так просто, как кажется, поскольку затрагивает интересы производителей вакцин и тех, кого они кормят. Хотя немалым количеством независимых научных исследований доказано, что ртуть крайне токсична для развивающейся нервной системы, чиновники от медицины, от которых зависит принятие решений, отвергают даже самые очевидные факты. Одно лишь публичное признание того, что в течение десятков лет ртуть и алюминий, разрешенные ими к использованию в вакцинах, калечили

детей, может привести к скандалу, последствия которого непредсказуемы. Против производителей вакцин могут быть поданы иски на миллиарды долларов, а многие работники контролирующих органов и различные «прививочные ученые», которых в каждой стране больше, чем достаточно, вынуждены будут распрощаться со своими теплыми доходными местами. На закрытом совещании по проблеме ртути в Норкроссе (Джорджия) в 2000 г. педиатр из крупного университетского госпиталя, заявил: «Медико-правовые последствия данных (о связи ртути и нарушений развития нервной системы у детей — *А.К.*), находятся ли последние в причинной связи друг с другом или нет, просто чудовищны... Стоит лишь допустить, что причиной проблем с развитием нервной системы у ребенка стали вакцины, содержащие тиомерсал, как немедленно найдется псевдоученый, который поддержит иск своим заявлением о «высокой степени вероятности». Но ни один хоть сколь-нибудь честный ученый не сможет заявить обратное при наличии этих данных. Это правда. Так что, если будут возбуждены иски, мы в плохом положении в плане защиты, и я озабочен». Разумеется, делается все, чтобы не допустить разоблачений. Понятно и то, что псевдоучеными называют тех специалистов, которые отказываются закрывать глаза на имеющиеся данные и называть черное белым. Технически удаление ртути возможно, причем не только из готовых вакцин, но даже из процесса их производства, но кроме уже указанного замкнутого круга, в котором оказалась медицинская бюрократия, это приведет к значительному удорожанию стоимости вакцин, что не по нраву их производителям. Поэтому, несмотря на рекомендации Института медицины США и Американской академии педиатрии удалить ртуть из вакцин, она по-прежнему содержится в некоторых вакцинах для внутреннего использования и, как и раньше, остается в экспортируемых вакцинах.

► **Какие еще вредные вещества входят в состав вакцин?**

В состав некоторых вакцин в качестве консерванта входит фенол. Фенол — высокотоксичное вещество, получаемое из каменноугольного дегтя. Он способен вызывать шок, слабость, конвульсии, поражение почек, сердечную недостаточность, смерть¹⁷. Фенол входит в состав раствора для пробы Манту, которая ежегодно делается российским детям. 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. 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, возможности его накопления в детском организме и последствий этого, никогда не проводились.

Помимо фенола, вакцины содержат в своем составе формальдегид (его водная форма называется формалином), которым проводится химическая инактивация используемых в вакцинах вирусов и бактерий. Он является известным канцерогеном (веществом, вызывающим рак). Используется в сельском хозяйстве в качестве гермицида, фунгицида и 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 смерть¹⁸.

Однако список опасных веществ в вакцинах не исчерпывается только химическими препаратами. В процессе приготовления вакцин в них проникают вирусы, бактерии, простейшие, грибки. Это отдельная обширная тема, на которой я остановлюсь лишь вкратце. Например, известно, что многие партии вакцин, в процессе производства которых используется телячья сыворотка, заражены вирусом бычьей диареи¹⁹. Вирусы для некоторых вакцин выращиваются на куриных эмбрионах, которые могут быть заражены вирусом птичьего лейкоза. Известна способность этого вируса «прятаться» в геноме хозяина, дожидаясь благоприятного момента, и потом дать начало росту раковых клеток²⁰. Может быть очень опасной широко распространенная контаминация (заражение) любых биопродуктов, включая вакцины, микоплазмами. Пример для иллюстрации: «Распространенность микоплазменной инфекции в клеточных культурах, широко используемых в научно-исследовательских лабораториях, значительна, причем в некоторых случаях зараженность коллекций культур превышает 50%... Микоплазменная контаминация вакцин, предназначенных для широкого применения, может быть опасна в свете обнаруженной способности микоплазм изменять антигенные детерминанты макроорганизма и вызывать аутоиммунные последствия»²¹. Из уже упоминавшейся выше телячьей сыворотки в вакцины могут попадать нанобактерии — сравнительно недавно открытый и

активно изучаемый микроорганизм, роль которого в развитии рассеянного склероза, артритов, некоторых видов рака и болезни Альцгеймера сейчас обсуждается. В одном исследовании было продемонстрировано, что две из трех серий инактивированной полиовакцины, предназначенной для детей, были заражены нанобактериями²². Вдобавок к уже имеющимся в вакцинах высокотоксичным веществам, для обеззараживания применяются, например, антибиотики и фунгициды, так что в итоге получается ядовитый «суп» со свойствами, которые никто и никогда не изучал. Как опасны могут быть проникающие в организм человека чужеродные вирусы, мы только сейчас начинаем осознавать в должной мере. Так, долгие годы инфицировавший полиовакцины обезьяний вирус SV-40 сегодня обнаруживается в злокачественных опухолях человека, и ученые уже объяснили механизм его участия в развитии рака. Проблема еще и в том, что обнаружить мы можем только то, о существовании чего нам известно. Однако вакцины могут быть инфицированы микроорганизмами, которые науке еще только предстоит открыть и о роли которых в болезнях человека предстоит узнать. Будучи безопасны для человека при поступлении через рот или с вдыхаемым воздухом, попав в его организм уколом, в обход созданных природой барьеров, они могут нанести немало вреда. Даже в теории не существует возможности создания гарантированно чистой и безвредной вакцины. Лучшая вакцина — та, которую никогда не вводили в организм.

Натуральная оспа

► Разве натуральная оспа не была искоренена прививками?

Искоренение натуральной оспы прививками — пожалуй, наиболее часто повторяемый медицинский миф. Кампания по продвижению практически любой вакцины на рынке начинается с вдохновенного рассказа об Эдварде Дженнере и его прививках коровьей оспы, благодаря которым, как нас уверяет прививочная пропаганда, мы не знаем сегодня ужасов натуральной оспы. Беспристрастное изучение материалов показывает, однако, что вирус натуральной оспы мало обращал внимания на то, получал человек прививку коровьей оспы или нет. Зато на «привитость» населения обращали пристальное внимание медицинские власти, меняя по ходу дела определение болезни и присваивая привитым заболевшим любые диагнозы, за исключением правильного. Так создавалась статистика, демонстрирующая пользу прививок. Известны и прекрасно документированы примеры стран, в которых заболеваемость оспой росла по мере увеличения числа прививок от этой болезни и снижалась со снижением «охвата» прививками — например, Япония, Мексика, Великобритания, Филиппины. Тяжелейшая в истории панъевропейская эпидемия оспы в 1871-72 гг. поразила европейские страны с высоким «прививочным охватом» — Англию, Италию, Германию. С другой стороны, в странах, вообще не имевших обязательных прививок против натуральной оспы за всю свою историю или имевших их в течение очень непродолжительного времени (Австралия, Швейцария), почти не страдали от этой болезни. Известен пример английского промышленного города Лейстер, в котором после эпидемии 1871-72 гг. горожане в нарушение существовавших тогда законов решили отказаться от прививок в пользу санитарно-гигиенического контроля. После этого оспенные эпидемии никогда больше не посещали Лейстер и он, оставаясь наименее «привитым» английским городом, славился и наименьшей заболеваемостью оспой.

► Так в чем заключалось открытие Дженнера?

Никакого открытия, вероятнее всего, вообще не было. Дженнер просто сделал достоянием гласности бродившие по его родному графству Глостершир слухи о том, что перенесший коровью оспу не заболевает натуральной оспой, хотя факты, полностью опровергающие это, были ему хорошо известны. Некоторые современ-

ные исследователи аргументировано доказывают: то, что Дженнер принимал за коровью оспу, было следами натуральной оспы человека на вымени коров или на бабках лошадей — вследствие контактов животных с недавно инокулированными конюхами и доярками¹. Подробно о практике инокуляции, предшествовавших прививкам коровьей оспы, о бездоказательных и безнравственных экспериментах Дженнера написано в главе «Натуральная оспа — с чего все начиналось» моей книги «Беспощадная иммунизация».

► **Если прививки от натуральной оспы были неэффективны, почему они распространились по всему миру?**

Наиболее прозорливые из врачей и хирургов того времени сразу поняли, какие блестящие перспективы заработка и усиления своего влияния в обществе откроются им, если поставить дело спасения населения с помощью коровьей оспы (или того, что Дженнер за нее принимал) на коммерческую основу. Используя свои личные связи с политической элитой общества, медики как организованная группа повсюду насаждали прививки, обогащавшие их и усиливавшие их влияние². Огромное число врачей и хирургов наживались на частной оспопрививательной практике и на работе в финансируемых государством оспопрививательных учреждениях. Сам Дженнер дважды получал от английского парламента фантастические суммы, хотя перед парламентской комиссией выступали честные медики, указывавшие на абсурдность «открытия» Дженнера. Натуральная оспа, как и почти любая инфекционная болезнь, ищет для себя подходящих условий — страдающего от бедности и голода населения, скученности проживания, грязи, отсутствия канализации и доступа к чистой воде. Там, где удавалось улучшить санитарно-гигиенические условия проживания людей, оспа неизменно шла на убыль и исчезала — что с прививками, что без них. Истинную цену дженнеровским прививкам точно определил проф. Йозеф Герман, долгие годы бывший главным врачом 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»³.

► **Однако оспу удалось ликвидировать и в странах, которые остаются в числе беднейших и по сей день?**

Кампания ВОЗ по искоренению натуральной оспы прививками стартовала в начале 1960-х гг. и довольно быстро показала свою

полную неэффективность, чего, разумеется и следовало, ожидать, зная историю прививок от этой болезни. В 1967 г. ВОЗ без лишнего шума приняла новую «интенсифицированную» программу, в которой акцент был перенесен с прививок на раннюю изоляцию заболевших и наблюдение за контактировавшими с ними. Именно санитарно-гигиенические мероприятия, а не прививки, стали ключом к искоренению натуральной оспы⁴. Предпосылками к ликвидации натуральной оспы были биологические особенности этой болезни: генетическая стабильность возбудителя и сравнительно невысокая восприимчивость к нему людей, принадлежность натуральной оспы к антропонозам, то есть к болезням, возбудители которых поражают лишь человека; отсутствие животных и насекомых, переносящих возбудителя, а также отсутствие естественных природных очагов и скрытого «здорового» носительства инфекции (заразившийся оспой человек непременно ею заболевает). Все это сделало возможным ликвидацию натуральной оспы в масштабах планеты. Однако публике рассказывают только о прививках.

► **Насколько безопасными были прививки против натуральной оспы?**

Тяжелейшие осложнения, как тень, сопровождали прививки с самого начала их появления. Почти неизменно за прививочной процедурой следовало инфицирование в месте укола или надреза на коже, лечение которого приносило дополнительные барыши вакцинаторам. Поскольку в течение почти всего XIX в. прививки делались методом «от руки к руке», с ними активно разносились сифилис, туберкулез, проказа. Тяжелыми и нередко смертельными осложнениями были ползучая и генерализованная вакцинии и энцефалиты. Еще до того, как была объявлена победа над оспой, США и Англия отказались от оспенных прививок из-за тяжелых осложнений, которые, несмотря на улучшение качества вакцин, продолжали поражать детей и взрослых. 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 ревакцинации⁵; многократно больше людей было ими искалечено. В одном Ленинграде за четыре года в клинике прививочных реакций НИИДИ 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^б. Заявление ВОЗ о ликвидации натуральной оспы в 1980 г. положило конец прививкам и сохранило сотни жизней, которые иначе были бы принесены в жертву прививочным осложнениям.

► **Покончено ли с натуральной оспой навсегда?**

Ответа на этот вопрос никто не знает. В научных лабораториях как минимум двух стран — США и России — все еще сохраняются вирусы натуральной оспы. Их не уничтожают отчасти и потому, что они могут потребоваться для создания вакцин, если натуральная оспа вернется. С другой стороны, сохранение вирусов натуральной оспы увеличивает шанс того, что рано или поздно они могут попасть в руки террористов. Однако вряд ли кто-либо, знакомый с историей натуральной оспы, всерьез предположит, что эти вирусы будут использованы в качестве биологического оружия. В природе существуют, а в специальных лабораториях культивируются и сохраняются намного более опасные для человека микроорганизмы, а методы генной инженерии могут создавать их бесчисленные комбинации, исключающие защиту с помощью вакцин, если даже в такую защиту верить.

Ветряная оспа

► Насколько опасна для ребенка ветряная оспа?

Для здорового ребенка эта болезнь исключительно редко приводит к каким бы то ни было серьезным неприятностям. Болеют ею обычно дети дошкольного и младшего школьного возраста. Новорожденные — только если мать в свое время не перенесла ветряной оспы, а потому и не смогла передать антитела ребенку. Эта болезнь хорошо известна своими везикулами (пузырьками), которые появляются и постепенно исчезают в течение недели-двух. Однако далеко не все дети переносят ветрянку с образованием пузырьков и с другими симптомами — как говорят врачи — в клинически различной форме, когда по симптомам ставится точный диагноз. Ребенок может переболеть ветряной оспой и приобрести иммунитет практически незаметно. Ученые одного канадского университета провели исследование уровня антител к ветряной оспе, в котором приняли участие 2 тыс. учеников четвертых классов. Оказалось, что к возрасту 10 лет 92% детей имеют такой иммунитет, причем он есть также у 63% детей, у которых этой болезни никогда не находили¹.

Как и при других детских инфекционных заболеваниях, никакого особого лечения при ветряной оспе не требуется. Отдых в хорошо проветриваемом помещении, отказ от еды до выздоровления, обильное питье и витамин С — лучшие лекарства. Надо стараться отвлекать ребенка, чтобы он не сковыривал зудящие пузырьки, иначе могут оставаться небольшие рубчики. Из гомеопатических лекарств чаще всего применяются *Pulsatilla* и *Rhus toxicodendron*. Перенесенное заболевание, как правило, оставляет пожизненный иммунитет. Это особенно важно для нас, поскольку восприимчивость к этой болезни очень высока (заболевают 9 из 10 контактировавших с вирусом ветряной оспы при отсутствии иммунитета к этой болезни), а во взрослом возрасте эта болезнь переносится намного тяжелее. Подобно другим детским инфекционным болезням, перенесенная в детском возрасте ветряная оспа может быть полезной не только в смысле приобретения пожизненного иммунитета. Недавно 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 глиом².

► **Осложнений не бывает вообще?**

Осложнения бывают чаще всего у взрослых либо у детей с иммунодефицитами или получающими иммуносупрессивное лечение (например, при онкологических болезнях). Обычно речь идет о присоединяющихся бактериальных инфекциях.

► **Если болезнь на самом деле безобидна, зачем нужна прививка?**

Прививка от ветряной оспы не входит в прививочные календари большинства стран, но в последнее время ее все активней продвигают на рынке. Как и в случае с краснухой, прививка предназначена не столько для защиты самого прививаемого от вполне безвредной детской болезни, сколько для защиты его окружения, в данном случае — тех детей с хроническими болезнями, которые могут от ветряной оспы пострадать. Этим детям прививка как раз противопоказана. Поскольку вирус распространяется воздушно-капельным путем, то уменьшение количества больных вокруг уменьшает риск болезни для таких детей. Кроме того, имеется и т.н. экономический аспект прививки. Родителям, чьи дети не болеют ветряной оспой, не придется брать больничных листов по уходу за больными детьми.

► **Что же плохого в том, что дети вообще не заболеют ветряной оспой?**

Как всегда бывает в истории прививок, гладко получается только на бумаге. В реальной жизни приходится сталкиваться с проблемами, о которых не думали или старались не думать, разрабатывая новую доходную вакцину. В случае ветряной оспы главная проблема связана с опоясывающим герпесом. После перенесенной ветряной оспы вирус не исчезает, а «впадает в спячку» в нервных узлах. Пока в человеческом сообществе свободно распространяется вирус ветряной оспы, каждый раз при контакте с ним иммунитет получает необходимый освежающий его «толчок». Как только циркуляция вируса нарушается, то иммунитет, не получающий нужной ему «подпитки», ослабевает и постепенно исчезает. Тогда дремлющий в организме вирус ветряной оспы может активизироваться и вызвать болезнь, которая называется опоясывающий герпес. Эта болезнь намного опаснее ветряной оспы. К смерти она приводит в пять, а к госпитализации — в три раза чаще, чем ветряная оспа. Точно характеризует сильнейшие боли, возникающие при этой болезни,

ее название на голландском языке — «адский огонь». В США, где прививка от ветряной оспы делается массово, в последнее время резко возросла заболеваемость опоясывающим герпесом, при этом не только взрослых, но и детей, ранее переболевших ветряной оспой. Не оправдались и надежды на экономический выигрыш. В Японии, где прививка от ветряной оспы делается уже достаточно давно, значительно возросла заболеваемость ветряной оспой взрослых, что свело на нет экономию на больничных листах по уходу за детьми.

► **Есть ли осложнения у прививки от ветряной оспы?**

Возможные осложнения прививки чаще всего включают в себя повышение температуры, чувствительность, боль, отек, эритему, зуд, гематому, затвердение и онемение в месте инъекции и сыпь, напоминающую таковую при ветряной оспе. В редких случаях прививка может привести к анафилактическому шоку, фебрильным судорогам, пневмонии, синдрому Гийена-Барре, поперечному миелиту, атаксии и другим тяжелым болезням. Не забудем и то, что прививка делается живыми вирусами, которые, проникая в организм противоестественным путем, могут сохраняться в нем неопределенно долгое время с никому не известными последствиями. Вирусы ветряной оспы выращиваются на культурах клеток, полученных от абортированного человеческого плода и эмбриона морской свинки. Соответственно, вакцина содержит чужеродную ДНК в достаточно высокой концентрации. Это один из факторов риска заболевания раком.

► **Можно ли быть уверенным, что привитый от ветряной оспы не заболеет ею?**

В последнее время среди привитых от ветряной оспы регулярно случаются вспышки этой болезни. Согласно данным различных исследований, эффективность вакцины колеблется от 44 до 55%, поэтому уже не за горами решение, что «для создания прочного иммунитета» требуется не меньше двух прививок. Однако обсуждение эффективности не имеет никакого смысла — неважно, эффективна прививка или нет, она в корне противоречит интересам прививаемых детей и ставит их здоровье под угрозу как возможностью заболевания ветряной оспой во взрослом возрасте, так и возможностью заболевания опоясывающим герпесом, не говоря уже об осложнениях самой процедуры прививания.

Гепатиты А и В

► Опасен ли гепатит А для детей?

Гепатит А, который также называют инфекционным гепатитом или болезнью Боткина, относится к числу детских инфекционных болезней, переносимых не тяжелее обычной респираторной вирусной инфекции. Его вызывает вирус, попадающий в организм фекально-оральным путем. Это типичная кишечная инфекция. У детей она обычно неотличима от гриппа, а потому родители могут и не знать, что их ребенок перенес гепатит А. Известные признаки гепатитов (желтушность склер, потемнение мочи и обесцвечивание кала) встречаются, как правило, у взрослых, которые переносят эту болезнь тяжелее. Хронической формы этой болезни не существует, практически все заболевшие выздоравливают в течение нескольких недель. Никакого лечения кроме отдыха и обильного питья чаще всего не требуется. Как и в случае других детских инфекционных болезней, перенесенное заболевание оставляет пожизненный иммунитет.

► Однако в прошлом году в России было несколько крупных вспышек гепатита А, и заболевших госпитализировали...

Это лишний раз показывает, как ловко медики организуют театральные постановки для выбивания денег из бюджета — в том числе и на прививки. Заболевшему гепатитом А делать в больнице нечего. Бессмысленна госпитализация и с целью предотвратить дальнейшее распространение инфекции — в тот момент, когда признаки болезни (в первую очередь желтуха) налицо, больные уже не выделяют вирус.

► Зачем тогда предлагают прививаться от гепатита А?

В этом действительно нет ни малейшей нужды. На каждой прививке зарабатываются немалые деньги — вот единственное разумное объяснение включению как этой, так и других прививок в прививочный календарь. Кроме того, что сама болезнь достаточно безобидна, стоит упомянуть недавнее исследование, показавшее, что инфицирование вирусом гепатита А может в дальнейшем защищать от аллергий и аутоиммунных болезней. Авторы считают, что именно широкая распространенность гепатита А в странах

третьего мира служит причиной того, что там очень редко встречаются аллергические и аутоиммунные болезни¹.

► **Насколько безопасна прививка от гепатита А?**

После появления на рынке американской вакцины «Хав-рикс» были получены сообщения о случаях анафилактического шока, синкопы, желтухи, гепатита, мультиформной эритемы, гипергидроза, ангиоэдемы, диспное, судорог, энцефалопатии, головокружения, нейропатии, миелита, парестезии, синдрома Гийена-Барре, рассеянного склероза; сообщалось также о врожденных уродствах, хотя производитель вакцины и отмечает, что причинно-следственная связь между этими заболеваниями и прививкой не установлена. Кроме отека и боли в месте укола, а также головной боли, производитель признает возможность появления гематомы, зуда, сыпи, фарингита, инфекций верхних дыхательных путей, болей в животе, поноса, тошноты, болей в суставах, болей в мышцах, сонливости или бессонницы, повышение давления, фотофобии, головокружения. Надо еще отметить, что вакцинный вирус гепатита А выращивается на клеточной линии, полученной от абортированного человеческого плода. Это обозначает, что в вакцине присутствуют остаточная ДНК и зародышевый белок. В большинстве развитых стран медики настойчиво рекомендуют родителям прививку против гепатита А, но в прививочные календари она еще не включена.

► **А насколько она эффективна?**

Согласно заявлению самого производителя, длительность защиты, обеспечиваемой прививкой, не установлена². Заявления, согласно которым две прививки от гепатита А обеспечивают защиту в течение десяти лет, ни на чем не основаны.

► **В чем разница между гепатитом А и гепатитом В?**

В первую очередь в путях передачи. Если гепатит А — это «болезнь грязных рук», то передача вируса гепатита В связана с кровью. 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, больных гемофилией или пациентов отделений гемодиализа), и медиков, работающих с кровью. Оба вида гепатита протекают примерно одинаково, оставляя после себя пожизненный

иммунитет, однако гепатит В может принять хроническую форму. От одного до четырех процентов взрослых, заболевших гепатитом В, становятся хроническими носителями болезни. В дальнейшем у некоторых 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. Наиболее опасно заболевание гепатитом В новорожденных, у которых болезнь становится хронической в 9 случаях из 10.

► Кого прививают от гепатита В?

Прививка против гепатита В включена в прививочные календари большинства развитых стран и график ее проведения практически одинаков. Она делается при рождении, в 1-2 и 6-18 или в 1-2,4 и 6-18 месяцев жизни. Ранее не привитым или получившим только одну прививку подросткам прививку делают в возрасте 11-15 лет двукратно с интервалом в 4 месяца. Прививку от гепатита В рекомендуют (при этом очень настоятельно) медикам.

► Но какое отношение новорожденные или младенцы имеют к перечисленным выше группам «профессионального риска»?

Абсолютно никакого. Поскольку ни наркоманы, ни проститутки, ни даже медики, работающие с кровью, не выказывают большого желания прививаться от гепатита В (43% российских медиков *из числа находящихся в группе повышенного риска по гепатиту В* вполне разумно отказываются от этой прививки³), то власти решили прививать новорожденных. Вакцина от гепатита В обеспечивает надежный доход ее производителям и распространителям. Компания «Мерк», производящая эту вакцину, зарабатывает на ней около 1 млрд. долларов ежегодно. Впрочем, это ответ уже на другой вопрос — «кому выгодно?». Реальный риск заразиться гепатитом В есть только у новорожденных, матери которых являются носителями этого вируса, при этом вероятность заражения зависит от определенных факторов (подробнее этот вопрос обсуждается в моей книге «Беспощадная иммунизация»). Однако на прививках единицам заработать трудно, хороший доход обеспечивает только «массовый охват». Поэтому беременных не обследуют на носительство вируса гепатита В, а просто прививают всех новорожденных.

► **Хорошо, младенцы не в группе риска, но почему не защитить детей от гепатита В до того, как они с ним столкнутся в жизни?**

В группе риска дети могут оказаться лишь тогда, когда начнут использовать наркотики для внутривенного введения или практиковать «незащищенный секс», а к этому времени прививочная защита давно уже исчезнет. Последние исследования показывают очень невысокую эффективность прививки от гепатита В. Так, было продемонстрировано, что большинство детей, привитых при рождении, к возрасту 5 лет уже полностью утратили антитела в вирусу гепатита В, при этом у трети не обнаружилось и «иммунной памяти», функционирующей, когда при новом контакте с возбудителем у ранее привитых быстро образуются антитела⁴. Понятно, что к подростковому возрасту или даже позднее, когда только и вырабатывается стиль поведения и жизни, предопределяющий повышенную вероятность заражения, никакой защиты не может быть и по самым заниженным критериям.

► **Однако утверждают, что гепатитом В можно легко заразиться через нестерильные Инструменты при медицинских манипуляциях.**

В России на долю таких заражений приходится от 2 до 10 процентов всех случаев гепатита В. Эта проблема, которую должны решать сами медики. При медицинских процедурах должен использоваться только одноразовый или тщательно стерилизованный инструмент, донорская кровь должна тщательно проверяться (при этом не только на гепатит В!). Деньги налогоплательщиков, на которые должно обеспечиваться здравоохранение, перекачиваются в карманы производителей и распространителей вакцин, а на элементарное наведение порядка в больницах и поликлиниках их не остается. Нельзя не согласиться с утверждением канадского автора, что «финансовые затраты, то есть 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»⁵. Вне всякой связи с тем, получил или нет ребенок прививку от гепатита В, его родители должны в меру своих сил следить, чтобы все медицинские процедуры проводились ему одноразовыми инструментами. Следует помнить, что помимо гепатита В существует гепатит С, намного более тяжелый по своим последствиям, передаваемый точно таким

же путем. Против него нет прививок. С кровью передаются возбудители и других болезней, например, ВИЧ. Соблюдать осторожность при всех медицинских манипуляциях означает и бегаться от гепатита В. Это и есть лучшая защита.

► Безопасна ли эта прививка?

На слушаниях по прививке против гепатита В в подкомитете конгресса США 18 мая 1999 г. было заявлено, что в Систему сообщений о побочных реакциях прививок (VAERS) с июля 1990 г. по октябрь 1998 г. было направлено 24755 сообщений о побочных реакциях, развившихся вслед 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). 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. При этом, как неоднократно заявлялось, в VAERS сообщается лишь от 1 до 10 процентов реально случающихся осложнений, так что легко можно представить себе истинное количество пострадавших от этой прививки: тысячи погибших и искалеченных. После появления вакцины на рынке сообщалось о тяжелых болезнях, последовавших за прививкой, вот некоторые из них: анафилаксия, тромбоцитопения, алопеция, кератит, герпес, тромбоцитопеническая пурпура, боль в ушах, парезы и параличи, нейропатии, поперечный и оптический невриты, синдром Гийена-Барре, рассеянный склероз. Во Франции обязательность прививки для подростков была отменена после того, как начался скандал, связанный с резким ростом заболеваемости рассеянным склерозом после этой прививки, а против французского правительства были поданы иски. Недавнее исследование показало, что в три последовавших за прививкой года частота возникновения этой страшной болезни была в три раза больше у привитых⁶. В других исследованиях была продемонстрирована связь этой прививки с развитием сахарного диабета у детей⁷. Вакцина от гепатита В содержит ртутьсодержащий консервант мертиолят, а также гидроокись алюминия, о которых мы уже говорили, обсуждая токсические компоненты вакцин.

- ▶ **Каким образом эта прививка может стать причиной такого количества несчастий? Ведь повсюду пишут, что именно вакцина от гепатита В делается по новой современной технологии, не содержит живых вирусов и намного безопасней, чем другие вакцины!**

Вакцина от гепатита В относится к числу т. н. генно-инженерных вакцин, разрекламированных как в высшей степени безопасные и эффективные. Вопрос о том, что вакцина от гепатита В не столь безопасна, как это утверждают вакцинователи, обсуждается во всем мире. Вот заявление одного исследователя вакцин — проф. Бонни С. Данбар из Бэйлоровского медицинского колледжа (Хьюстон, штат Техас): «.. Десятки публикаций, связывающих этот вирус и его вакцину с аутоиммунными болезнями... доказывают нам, что вирусный антиген вызывает аутоиммунные болезни». Несмотря на все хвастливые заявления об успехах иммунологии, мы еще очень многого не знаем и не в состоянии прогнозировать последствия бездумного прививочного вмешательства в работу организма.

- ▶ **Но от этой прививки можно отказаться?**

Конечно, как и от любой другой — в полном соответствии с российским законодательством. Только следует помнить, что в российских роддомах прививки новорожденным (от гепатита В — в первые 12 часов жизни!) делают, часто не получив согласия родильницы и даже не ставя ее в известность. Поэтому желающие рожать в роддоме и отказаться в нем от прививок (от гепатита В и от БЦЖ), должны оформить свой отказ заблаговременно в письменной форме и убедиться, что медперсоналу роддома известно о нем.

Грипп

► Что представляет собой грипп?

Грипп — болезнь, вызываемая вирусом и относящаяся к группе острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ). Симптомы гриппа хорошо известны — внезапное начало с высокой температурой, головная боль, светобоязнь, могут быть тошнота или рвота, боли в мышцах спины. Позднее присоединяются насморк и кашель. Подобные симптомы вызывают около 200 известных на сегодня вирусов из этой группы, но грипп заслужил свою особую славу периодически вызываемыми им вспышками или эпидемиями. Обычно болезнь длится около недели и заканчивается полным выздоровлением. Для вирусов гриппа характерна фантастическая изменчивость. Каждый год мы сталкиваемся с гриппом, вызываемым новой разновидностью вируса.

► Опасны ли осложнения гриппа?

Да. Как правило, они встречаются у тех, кто страдает от хронических болезней или получает не в меру агрессивное и не вызванное необходимостью лечение. Чаще всего это бактериальные осложнения — например, воспаление легких.

► Существуют ли какие-то общепризнанные методы лечения гриппа?

Да, и они стандартны для всех вирусных болезней. Заболевший должен оставаться в постели в течение всего лихорадочного периода, как можно больше пить, отказаться от еды (тем более, что аппетит и так отсутствует, и все силы организма направлены на борьбу с инфекцией), помещение должно периодически проветриваться. Сбивание температуры ненадолго улучшает состояние, но затягивает выздоровление, поэтому бороться с ней не следует. Ни в коем случае не следует применять аспирин, который может вызвать тяжелую и нередко смертельную болезнь, синдром Рея. Это основные рекомендации. Хорошо зарекомендовало себя использование витамина С, гомеопатических лекарств, чеснока.

► Что можно использовать для профилактики?

То же, что и для лечения — витамин С, гомеопатические или близкие им по духу лекарства (чаще других предлагается фран-

цузский препарат «Осциллококцин»), лук и чеснок, мед как общеукрепляющее средство. Частое проветривание помещений и мытье рук во время эпидемий также полезны.

► Прививки тоже могут сыграть свою роль в профилактике?

Существует несколько видов гриппозных прививок. Общее для них то, что вакцины делаются «вслепую». Это означает, что в тот момент, когда готовят вакцину на данный сезон, еще неизвестна разновидность вируса гриппа, от которого ожидают эпидемию. В результате производят вакцины против одного вида гриппа, а на деле приходится столкнуться с другим. В одной из статей автор пишет: «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»¹. Таким образом, велика вероятность того, что согласившийся на прививание против гриппа получит в самом лучшем случае совершенно бесполезную прививку. Однако даже тогда, когда удастся угадать разновидность вируса, число слегших с ОРВИ не уменьшается, поскольку прививка подавляет иммунитет. Даже если она делает привитого более устойчивым к определенному вирусу, в то же время она снижает его устойчивость в отношении других респираторных вирусов (и не только их). В статье коллектива российских авторов сообщается: «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»².

► Бывают ли осложнения прививок от гриппа?

В гриппозных вакцинах содержатся все те же вредные вещества, что и в других вакцинах. «Коронным» осложнением является синдром Гийена-Барре, от которого пострадали сотни американцев в период массовых прививочных кампаний 1977-1981 годов и от которого прививаемые от гриппа продолжают страдать и по сей день. Описаны также энцефалиты. Встречаются межреберная

невралгия, нарушения слуха, параличи мышц глаз. Хотя это и достаточно редкие осложнения, однажды случившись, они навсегда могут изменить жизнь привитого, и при этом далеко не в лучшую сторону. Чаще всего получившие прививку просто заболевают гриппом сами и переносят ничуть не менее тяжелую болезнь, чем «естественный» грипп. Представление о количестве осложнений и их характере могут дать результаты прививок медперсоналу в одной из канадских больниц. 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)³.

► Есть ли ситуации, в которых прививки от гриппа могут быть рекомендованы?

Мне такие не известны. Находящиеся в группе риска осложнений по гриппу больше всего рискуют и осложнениями прививки. А для тех, кто не рискует осложнениями болезни, прививка бесполезна.

Дифтерия

► Что это за болезнь?

Дифтерия — заболевание, вызываемое токсином. Его вырабатывают микроорганизмы, которые называются палочками Леффлера или дифтерийными коринебактериями. Заражение может происходить как от больных дифтерией, так и от здоровых носителей токсигенных штаммов коринебактерий. Путь передачи — воздушно-капельный, редко — контактный (через посуду, игрушки и другие предметы домашнего обихода). Восприимчивость к дифтерии сравнительно невысокая, она не превышает 30%. Это обозначает, что при контакте заражается примерно каждый третий. Однако заражение далеко не всегда переходит в болезнь. Формы дифтерии разнообразны, но чаще всего, когда мы говорим о дифтерии, мы имеем в виду дифтерию рта и глотки (85-95% всех случаев болезни). Образование дифтеритных пленок, состоящих из фибрина, может привести к удушью и смерти. Поскольку дифтерийный токсин поражает также сердечную мышцу и нервную систему, то смерть может наступить также от сердечной недостаточности и паралича дыхательной мускулатуры. Нередко после перенесенной дифтерии остаются парезы и параличи, которые, правда, с течением времени чаще всего проходят. Перенесенная болезнь не оставляет за собой прочного иммунитета. В старых руководствах, написанных в ту пору, когда вспышки или эпидемии дифтерии случались сравнительно часто, отмечается, что немалое количество случаев дифтерии регистрируется у ранее болевших ею.

► Каким образом ставится диагноз? Ведь при дифтерии так важна ранняя постановка диагноза?

Диагноз дифтерии, особенно в дебюте болезни, ставится по клиническим, а не по лабораторным (бактериологическим и серологическим) данным. Последние представляют больше академический интерес, и в любом случае об их достоверности и информативности можно говорить лишь тогда, когда судьба пациента уже определилась. Именно поэтому так важна настороженность в отношении дифтерии, при этом как врачей, так и родителей. Благодушные врачи, основанное на вскармливавшейся прививочной пропагандой убежденности в том, что привитые от дифтерии ею уже заболеть не могут, стала одним из факторов, которые способство-

вали небывалой за вторую половину XX в. вспышке дифтерии и многочисленным жертвам. Даже в случаях выраженной токсической дифтерии правильный диагноз ставился врачами лишь примерно в трети случаев. Не изолированные вовремя больные становились источником инфекции, и заболело все больше людей. В итоге, несмотря на все принимаемые властями отчаянные меры (главным из которых был, разумеется, «прививочный охват»), дифтерия в странах бывшего СССР прошла положенный ей эпидемиологический цикл в 4-5 лет. В то же время, например, в Польше, куда дифтерия была занесена из Украины, слаженные и вовремя принятые карантинные меры не позволили болезни распространиться.

► Что должно привлечь к себе внимание врачей и родителей?

Более всего опасны токсические формы болезни, когда состояние пациента становится тяжелым не с постепенным течением болезни, а с самого ее начала, но они же имеют и самую выраженную клиническую картину. Кроме умеренной боли в горле и температуры (следует обратить внимание на то, что при дифтерии она обычно не превышает 38°C), с самого начала у больного появляется сильная слабость, миндалины значительно увеличиваются и покрываются толстым грязно-серым налетом, становится заметным отек шеи, появляется характерный «мышинный» запах. В случаях более мягкой формы дифтерии диагноз поставить сложнее. Сделанные ранее прививки нередко приводят к стертым симптомам на ранних стадиях болезни, что еще более усложняет постановку правильного диагноза. Обратит на себя внимание может затруднение дыхания, свистящий шум на вдохе и втяжение межреберных промежутков, нехарактерные для ангины. При дифтерии гортани появляется лающий кашель, а при дифтерии рта и глотки при глотании почти не бывает болей (в отличие от ангины). На мысль о дифтерии прежде всего наводит обнаружение на миндалинах характерных, расположенных в виде островков, пленок, часто плотно спаянных с подлежащими тканями и не снимающихся шпателем.

► Как лечат дифтерию?

Считается, что в первые три дня болезни эффективно назначение антитоксической противодифтерийной сыворотки. Кроме этого, назначают антибиотики. Они никак не влияют на уже выработавшийся токсин, но уменьшают количество коринебактерий, снижая тем самым дальнейшее образование токсина и опасность заражения для окружающих. Другие мероприятия носят симп-

томатический характер (кортикостероиды, витамины). При опасности удушья пациента интубируют и подключают к аппарату искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Как для лечения, так и для профилактики дифтерии гомеопаты рекомендуют препарат *Mercurius cyanatus* в 30-ом и 200-ом сотенном разведении (подробнее об этом см. главу о дифтерии «Беспощадной иммунизации»). Имеются сведения об успешном лечении дифтерии с помощью мегадоз витамина С.

► Кто рискует заболеть дифтерией?

Когда-то дифтерия была болезнью преимущественно детского возраста (дети составляли 80-90% заболевших), но во второй половине XX в. картина начала постепенно меняться. Дифтерией сегодня чаще всего болеют не дети, а взрослые, в первую очередь из специфических групп риска. Речь, как правило, идет об алкоголиках, наркоманах, бродягах, беженцах, пациентах психиатрических клиник и специализированных интернатов, военнослужащих — то есть лицах, ведущих антисоциальный образ жизни или живущих в условиях скученности и плохой санитарии, чаще всего плохо питающихся. В этом отношении дифтерия не является исключением из других инфекционных болезней. Например, в 1994 г. в Боткинской больнице в Санкт-Петербурге находилось на лечении 1860 взрослых больных дифтерией. 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%¹. 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) обоого пола страдали хроническим алкоголизмом, более 1/3 их были социально дезориентированы, не работавшие лица БОМЖ...»². Факторами риска являются иммунодефициты, а также хронический тонзиллит или удаление миндалин в прошлом, что выглядит вполне логичным, учитывая воздушно-капельный характер передачи инфекции. Все сказанное выше, конечно, не означает, что дифтерией не может заболеть здоровый, нормально питающийся и живущий в хороших условиях человек. Но шансы его как заболеть дифтерией, так и серьезно пострадать от нее, намного ниже.

► **Какие еще факторы повлияли на резкий подъем заболеваемости дифтерией?**

Раньше, до эры широкого использования антибиотиков, коринебактерии постоянно циркулировали между людьми, благодаря чему у большинства населения, включая, разумеется, детей, вырабатывался к ним прочный иммунитет. Однако когда врачи научились «забывать» любую боль в горле антибиотиками, количество циркулирующих коринебактерий снизилось, и возможностей для контакта с ними, выработки и поддержания иммунитета стало значительно меньше. Предполагается, что важную роль в заболеваемости дифтерией играет дефицит витамина С. В пользу этого может говорить хотя бы тот факт, что те млекопитающие, которые способны сами синтезировать витамин С, не подвержены дифтерии.

► **Так что же все-таки произошло в 90-х годах на территории бывшего СССР?**

Дифтерия начала быстро распространяться по России в 1991 г., а в 1992 г. РФ пришлось признать казавшийся немыслимым для развитой страны конца XX в. позорный факт: на ее территории крупная вспышка дифтерии. Откуда появились в России штаммы дифтерии, вызвавшие вспышку, так и остается неизвестным. Предполагается, что их могли принести выведенные из Афганистана войска, или же они были занесены из других среднеазиатских государств беженцами. В 1991-92 гг. дифтерия перекинулась на Украину и Беларусь, а в 1993 г. — на все остальные страны, возникшие на месте СССР, где с ней не могли справиться до 1996-97 гг. Кроме России, сильно пострадала также Украина, где провал экстренных прививочных кампаний, в финансировании и обеспечении вакцинами которых принимали участие другие страны, был очень показательным. Анализ литературы, написанной по горячим следам обсуждаемой вспышки, приводит к однозначному выводу: каким бы низким ни был «прививочный охват», разгул болезни никогда бы не стал возможным, если бы не развал служб здравоохранения в странах бывшего СССР и некомпетентность их руководителей, помноженные на глубоко укоренившуюся веру в прививки как единственное средство контроля заболеваемости и неумение работать в новых условиях, потребовавших энергичных мер карантина, а также активного наблюдения и выявления больных и инфицированных.

► Значит, прививки — не самая эффективная мера контроля дифтерии?

Как и очень многие инфекционные болезни, дифтерия — болезнь социальная. Хотя «прививочный охват» в течение доброго десятка-полутора лет, предшествовавших вспышке, на территории СССР, а затем России, был по меркам вакцинаторов явно недостаточным (главным образом потому, что порядочные врачи, многократно наблюдавшие в своей практике осложнения прививок, щедро давали от них отводы всем желающим — или, точнее не желающим), заболеваемость дифтерией оставалась сравнительно стабильной, а в течение предшествовавших вспышке пяти лет она даже снижалась. Вспышка болезни произошла именно тогда, когда случился развал СССР со всеми вытекающими отсюда факторами, перечисленными выше. При этом «прививочный охват» в России был выше, чем, например, в сытой Ирландии, давно уже забывшей о дифтерии в хоть сколько-нибудь серьезных масштабах. Ни в одной из развитых (или даже среднеразвитых, вроде уже упоминавшейся Польши) стран, куда дифтерия «импортировалась» из России туристами, дело не пошло далее нескольких sporadических случаев болезни. Заболеваемость дифтерией и смертность от нее снизились в европейских странах в десятки раз в предшествовавшие появлению прививок 50 лет. Произошло это в первую очередь благодаря улучшению жизни населения, лучшему питанию, лучшей санитарии и гигиене.

► Что представляет собой вакцина от дифтерии?

Это анатоксин, то есть инактивированный токсин. Введение его в организм вызывает образование антитоксических антител, т.е. антител не к коринебактериям, а к вырабатываемому ими токсину. Таким образом, прививка от дифтерии не препятствует ни распространению инфекции, ни повышению невосприимчивости к ней, ни выработке коринебактериями токсина. Она призвана лишь сделать этот токсин сравнительно безопасным для организма. Насколько ей это удастся — отдельный вопрос. Дифтерийный анатоксин входит в состав комбинированных российских вакцин АКДС (против коклюша, столбняка и дифтерии) и АДС (против столбняка и дифтерии), также «щадящих» вакцин АДС-М и АД-М. Кроме того, на российском рынке имеются вакцины компании «Авентис Пастер» — «Тетракок», «Д.Т. Вакс» и «Д.Т. Адюлт». Консервантами во всех вакцинах, за исключением «Тетракока», является соль ртути

— мертиолят (в «Тетракоке» — 2-феноксиэтанол). Дифтерийный и столбнячный анатоксины сорбированы на гидроксиде алюминия. Инактивация токсина проводится формальдегидом, поэтому он обнаруживается в вакцине во вполне определяемых количествах.

► Как часто делаются прививки от дифтерии?

Согласно последнему российскому прививочному календарю, дети на первом году жизни получают курс из трех прививок в возрасте 3,4,5 и 6 мес. Первая ревакцинация проводится в 18 месяцев, вторая — в 7 лет, третья — в 14. Взрослые должны ревакцинироваться от столбняка и дифтерии каждые 10 лет.

► Насколько безопасны прививки от дифтерии?

С каждой прививкой от дифтерии, если она только не делается «Тетракоком», в составе комплексной вакцины ребенок получает 25 мкг неорганической ртути. Как читатели уже знают из главы «Токсические вещества в составе вакцин», никто и никогда не проверял безопасности введения ртути (в любых количествах) ни младенцам, ни взрослым. Российским вирусологом к.б.н. Г.П. Червонской в ее книге «Прививки: мифы и реальность» (М., 2003 г.) собран и обобщен огромный материал, из которого явствует, что для советских и российских прививочных властей никогда не было секретом, что на вакцину АКДС возможны самые тяжелые реакции, вплоть до смертей прививаемых, а включение ртути в состав вакцин никогда не было предметом серьезного обсуждения и консультаций со специалистами в токсикологии и фармакологии. Это, как и многое другое, происходящее в мире прививок, есть следствие вседозволенности вакцинователей, права, с одной стороны, бесконтрольно принимать решения, которые могут повлиять на судьбы миллионов детей и их родителей, и не нести за этой никакой ответственности — с другой. Относительно встречающихся после прививок АКДС поражений центральной нервной системы утверждается, что за них отвечает исключительно коклюшный компонент вакцины. Однако внимательное изучение истории прививок от дифтерии не дает оснований для такой уверенности. Не раз и не два дифтерийный анатоксин становился причиной массовой гибели детей. Чаще всего это происходило из-за технологических ошибок в процессе инактивации токсина, вследствие чего дети получали прививки настоящим дифтерийным токсином, нередко в большой дозе.

► **Какая из вакцин предпочтительнее — «Тетракок» или АКДС?**

«Тетракок» имеет все те же осложнения, что и АКДС. В отношении 2-феноксиэтанола я могу лишь повторить то же самое, что я говорю о мертиоляте: никто и никогда не проверял безопасность этого вещества. Тем более в комбинации с формальдегидом, алюминием и многим другим, входящим в состав вакцины.

► **А что Вы можете сказать об эффективности прививок от дифтерии?**

Начнем с того, что антитоксический иммунитет сам по себе непрочен. Российский вакцинатор В. Учайкин пишет: «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 один год после введения трех доз АКДС-вакцины иммунитет утрачивали от 25% до 37% детей, или титры антител снижались в 4-5 раз»³. Но мало этого. У 10-12% привитых детей антительный антитоксический иммунитет не создается *вообще*, в силу одних лишь биологических особенностей, а потому им прививка, кроме вреда, ничего не приносит. У взрослых дела обстоят еще хуже: у 19% привитых образуются «дефектные», неспособные к защите от дифтерийного токсина антитела⁴. А 7-8% «удачно» привитых взрослых уже через год или два вновь становятся «незащищенными»⁵. При этом важно отметить, что, судя по имеющимся научным данным, иммунитет к дифтерийному токсину отнюдь не связан с одними лишь антителами. Девять британских ученых в середине прошлого века изучили заболеваемость дифтерией в Англии в 1939-1942 гг., особенно вспышку дифтерии в Данди в 1941-1942 гг., и никакой связи между заболеваемостью дифтерией и наличием антител не обнаружили: успешно заболели дифтерией 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. Это подтверждается и давно известным фактом, что люди, не имеющие антител к токсину, нередко остаются совершенно здоровыми, но при этом заражают окружающих.

- ▶ **Если все, что Вы говорите, правда, как же получается, что, по заявлениям медиков, привитые болеют дифтерией легко, а непривитые — тяжело, и даже умирают?**

Здесь я снова повторю то, о чем говорил раньше. Статистика в пользу прививок может фальсифицироваться как прямо, так и опосредованно. В первом случае непривитыми объявляют тех, кто на самом деле был привит, полностью или частично. Но это слишком грубая работа. Более тонкий и более «научный» подход — объявить, что полученные заболевшим дифтерией прививки были «неправильными» (неправильно введены, просроченной вакциной, в инкубационном периоде какой-либо болезни, или же привитый от дифтерии вскоре перенес скарлатину или корь, и прививка в итоге «не взялась» — вариантов много). Во втором случае речь идет о том, что прививки на самом деле не делались. Однако вакцинаторы умалчивают, что причиной этого были вовсе не антипрививочные убеждения родителей совершенно здоровых детей, а истинные медотводы — из-за иммунодефицитов, например. Что с прививками, что без прививок хронически больные дети при прочих равных всегда будут болеть чаще и тяжелее своих сверстников. Кстати, и категоричность утверждения о легкости перенесения дифтерии привитыми не соответствует истине. Это один из культивируемых мифов. Публикации в специализированной российской периодике демонстрируют, что случаи, когда полностью привитые дети заболевали дифтерией в тяжелой форме, а иногда от дифтерии и умирали, также не были казуистикой.

- ▶ **Ваш вывод?**

То, что верно для других инфекционных болезней, верно и для дифтерии. В защите от этой болезни важен здоровый, правильно развивающийся, без прививочных костылей, иммунитет, его неспецифическое звено, в первую очередь — выработка интерферона. Меры специфической профилактики вторичны.

Коклюш

► Правда ли, что коклюш — болезнь, которая протекает очень тяжело и может даже привести ребенка к смерти?

Большинству из нас коклюш известен своим характерным изнурительным спастическим «лающим» кашлем. Приступы такого кашля обычно случаются в теплом душном помещении. Опасен не сам по себе кашель, а сопутствующие ему осложнения — удушье, кровоизлияния в мозг, коклюшный энцефалит, воспаление легких вследствие присоединения вторичной инфекции, воспаление среднего уха. Эта болезнь, которую вызывают токсины микроорганизма, называемого бордетеллой, может стать действительно тяжелой, если ею заболевает ребенок в возрасте до полугода, редко — до года. Традиционно эта болезнь считалась самой опасной для детей из беднейших слоев населения, живущих в условиях большой скученности в подвальных помещениях. По мере улучшения социальных условий, снижалась как заболеваемость, так и особенно смертность от коклюша. С конца XIX в. до середины XX в. смертность от коклюша в США, Англии и Швеции снизилась на 90%. Примерно в таких же пропорциях за тот же период времени снизилась смертность от тифа, скарлатины, кори, туберкулеза и гриппа, что лишний раз доказывает, что главными факторами борьбы с инфекционными болезнями являются социальные условия. В середине XX в., когда появилась прививка от коклюша, только один из тысячи заболевших детей в Великобритании умирал от этой болезни. Еще более снизило смертность появление антибиотиков, благодаря которым стали успешно лечить воспаление легких, одно из осложнений коклюша. Приступы кашля выглядят устрашающими, но, как правило, больше пугают родителей, особенно молодых, чем самого заболевшего. Их страх усиливается и неспособностью традиционной медицины предложить хоть сколько-нибудь эффективное средство от коклюша, в результате чего болезнь затягивается на положенные ей природой несколько месяцев.

► Как лечат коклюш?

При обычной неосложненной форме болезни не требуется никакого особого лечения. Спать больной должен в чистом проветриваемом помещении, в самом остром периоде пользу может принести голодание в течение нескольких дней. Нужны витамины А и

С, пить следует натуральные фруктовые соки и чистую воду. Очень хорошо себя зарекомендовали такие гомеопатические препараты, как *Drosera* и *Pertussinum*, при этом не только для лечения, но и для профилактики болезни. Если ребенок находится на грудном вскармливании, то лучшее, что можно сделать — продолжить его, давая ребенку грудь по первому требованию.

► **Что Вы можете сказать об иммунитете к этой болезни?**

Перенесенная болезнь обычно оставляет пожизненный иммунитет. До появления прививки коклюш был преимущественно болезнью детей в возрасте от 2 до 10 лет, когда она редко бывает опасной, а дети в возрасте до 1 года были защищены материнскими антителами. Заболеваемость и смертность были обусловлены недоеданием, скверными гигиеническими условиями, неправильным уходом и неправильным лечением. Однако долгосрочный иммунитет к коклюшу лишь в очень небольшой степени зависит от антител; главную роль играют другие факторы, о которых мы знаем еще очень мало. Описано немало случаев, когда полное отсутствие антител не мешало детям оставаться совершенно здоровыми, и наоборот — наличие их не мешало заболеть коклюшем, в том числе и в тяжелой форме.

► **Как повлияли прививки на эпидемиологию коклюша?**

Самым неблагоприятным образом. Сделанные в детстве, они не дают возможности перенести болезнь естественным образом и приобрести к ней пожизненный иммунитет, в результате чего резко возросла заболеваемость коклюшем подростков и взрослых. Если во времена многодетных семей дети заражались друг от друга, то теперь они заражаются от утративших недолгий прививочный иммунитет подростков и взрослых, у которых болезнь протекает в стертой форме (обычно в виде хронического кашля). Поскольку и матери сегодняшних младенцев были привиты в детстве и утратили иммунитет к коклюшу, то они не могут передать никакой защиты своим детям. Таким образом, коклюш сегодня случается в самом опасном возрасте, до полугода. 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.

► **Однако прививка внесла свою лепту в снижение заболеваемости коклюшем?**

Трудно сказать, так ли это на самом деле. Коклюш, как никакая другая болезнь, позволяет совершать огромное количество злонамеренных статистических манипуляций, к которым адвокаты прививок всегда были склонны. Возбудитель болезни выделяется только в начальном (катаральном) периоде болезни, когда правильный диагноз ставится редко, а после начала лечения антибиотиками или у привитых он не обнаруживается обычными лабораторными методами вообще. Тогда заболевший даже самым что ни на есть типичным коклюшем привитый ребенок получает другой диагноз — ОРВИ, бронхита, ларингита. Диагноз коклюша у ребенка на участке влечет за собой целый комплекс неприятных для педиатра последствий, поэтому обычно врач делает все от него зависящее, чтобы ребенок получил «правильный» и не мешающий прививочной статистике диагноз. Если среди ваших знакомых имеется порядочный педиатр, то он подтвердит вам, что привитые от коклюша болеют этой болезнью и не меньше, и не легче непривитых, да еще получают осложнения от самой прививки. Исследования независимых ученых демонстрируют, что защитная сила прививки от коклюша очень невелика. Так, проф. Вольфганг Эренгут указал, что во время вспышки коклюша в Великобритании в 1970-71 гг. (при 70-80% привитых против коклюша детей!), было зарегистрировано 33 тыс. случаев коклюша и 41 смерть от него, тогда как во время очередной вспышки в 1974-75 гг., при значительном снижении процента привитых (до 30%, в некоторых районах до 10%), были отмечены 25 тыс. случаев и 25 смертей. В той же статье Эренгут указал и на другие любопытные цифры. После серии несчастий, следовавших за прививкой комплексной вакцины, 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 снизилось¹. Проф. Говард Стюарт, сотрудник кафедры общественного здравоохранения университета в Глазго, изучал динамику заболеваемости коклюшем в Великобритании в 1970-х годах. 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 мо-*

жет представлять реальную опасность, а именно детей в возрасте до года. Примерно 30-50% заболевающих во всех вспышках и эпидемиях неизменно составляли полностью привитые. Около 95% непривитых детей в возрастной группе от рождения до пяти лет либо вообще не заболели коклюшем (хотя известно о высокой восприимчивости к этой болезни), 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 в 1977-1978 годах эпидемия была вполне ожидаема по срокам, и ничего удивительного в ней не было. 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 Великобритании². Шведский эпидемиолог Б. Троллфорс тщательно изучил вакцину против коклюша и заявил в 1984 г., что максимальный ее защитный эффект, если и существует на самом деле, то длится не более двух-пяти лет, и что она не способна предотвратить заболевания коклюшем даже в таких странах с 90-95-процентным «охватом» прививками, как США. Он указал, что смертность от коклюша в индустриально развитых странах крайне низка и *никоим образом не связана с процентом привитых*, 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. Российские авторы также признают, что и самая высокая заветная «иммунная прослойка» не способна «управлять» болезнью: «... С конца 80-х и начала 90-х годов в США, Канаде, Германии, Японии, Испании, Польше, Финляндии и др. 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... Оказалось, что вакцина против коклюша оказывает лишь ограниченное воздействие на эпидемический процесс, что выражается в недостаточной напряженности и

продолжительности поствакцинального иммунитета. Кроме того, АКДС-вакцина считается самой реактогенной среди всех существующих вакцин»³. Примеров подобных признаний можно привести очень много. Периодически возникающие вспышки и даже эпидемии коклюша ясно указывают на то, что прививки как профилактическая мера против этой болезни оказались несостоятельными. Кроме того, появились и новые штаммы возбудителя, которые были обнаружены в конце 1990-х годов в Голландии, Германии, Италии и Франции, против которых нет прививок.

► Вы начали говорить о высокой реактогенности вакцины. Расскажите подробнее об осложнениях прививки против коклюша.

По российскому Календарю профилактических прививок вакцина АКДС планоно вводится всем российским детям три раза с перерывом в один месяц с трехмесячного возраста. Ревакцинацию делают в 18 месяцев. Из-за большого количества тяжелых осложнений коклюшная вакцина в возрасте старше семи лет не назначается.

Коклюшный токсин — один из самых опасных из числа существующих в природе, а вакцина от коклюша легко могла бы занять первое место по числу убитых и изувеченных ею детей, если бы соревнование такого рода проводилось между вакцинами. Тяжелейшие осложнения и смерти на введение коклюшной вакцины описываются с самого начала ее применения. Советские авторы приводили следующую статистику частоты 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 реакции встречались в 25,4% случаев, после третьей — в 22,0%⁴. Самыми тяжелыми последствиями являются поражения центральной нервной системы — энцефалиты, менингоэнцефалиты, энцефалопатии. Они могут привести даже к смерти. Вероятность поражения нервной системы оценивается примерно как 1 на 60 тыс. прививок. Для того, кто считает, что это настолько редко, что этим можно пренебречь и лучше рискнуть прививкой, чем болезнью, поясню, что по законам биологии на одного погибшего приходится десятки искалеченных и сотни, если не тысячи, пострадавших «легко». «Легко» надо брать в кавычки, потому что на

самом деле никто не имеет представления, чем это «легко» может обернуться в дальнейшем. Есть немало публикаций, связывающих прививку от коклюша с аутизмом, снижением интеллекта, трудностями обучения, нарушением миелинизации черепно-мозговых нервов. Судороги на фоне высокой температуры, появляющейся как следствие реакции на прививку, и которые, как пытаются уверить родителей вакцинаторы, ничем опасным ребенку в будущем не грозят, могут на самом деле быть далеко не столь безобидными, как обычные судороги на фоне высокой температуры. Они могут стать предвестниками эпилепсии. Пронзительный многочасовой необычный крик (визг) ребенка после прививки — следствие раздражения мозговых оболочек при развивающемся отеке мозга. Пройдет ли это бесследно для мозга младенца — никто не знает. Есть публикации, связывающие эту прививку с синдромом внезапной детской смерти (СВДС). После 37 смертей младенцев и 57 других «совпавших по времени» тяжелых заболеваний, случившихся в Японии в 1970-74 гг. и начавшегося бойкота вакцинации со стороны родителей и врачей, прививка DPT (АКДС) была сначала прекращена, а потом возобновлена с двухлетнего возраста. Япония, бывшая на 170-ом от конца месте по детской смертности в мире, немедленно стала *страной с самой низкой детской смертностью на планете*. Так продолжалось до начала 1980-х гг., когда на рынке появилась новая бесклеточная коклюшная вакцина, 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 мес. За 12 лет (с 1981 по 1992 гг.) частота СВДС возросла в Японии с 0,07% до 0,3% — в 4,7 раза. Не следует также забывать о наличии ртути в составе прививки АКДС, которой планомерно прививают детей в России и других странах, образовавшихся после распада СССР. Об этом уже шла речь в разделе «Токсические компоненты вакцин».

► **А что Вы можете сказать о новой бесклеточной (ацеллюлярной) вакцине? Она преподносится как значительно менее реактогенная.**

Данные различных исследований противоречивы. Похоже, что эта новая вакцина, в которой нет самого микроорганизма, а иммунный ответ вызывается смесью коклюшного анатоксина и антигенов возбудителя, действительно дает местные осложнения намного реже, чем традиционные корпускулярные (цельноклеточные) вакцины, однако вопрос о том, дает ли она меньшее число

самых тяжелых системных реакций, остается открытым. Я считаю, что родителям в первую очередь следует решить вопрос о том, нужна ли вообще ребенку прививка от коклюша. Я считаю, что риск прививки во много раз превосходит ее сомнительную, если существующую вообще, пользу.

Корь

- ▶ **Все мы в детстве болели корью, но родители не считали эту болезнь чем-то особенно серьезным... А сегодня корь разве что с чумой не сравнивают.**

Совершенно верно. Как это часто бывает в мире прививочного бизнеса, ужасы кори стали известны населению лишь после появления прививки от нее. Сто лет назад для больных, ослабленных, недоедающих детей эта болезнь в самом деле могла стать смертельной. В развитых странах с 1915 г. по 1958 г., еще до появления первых вакцин от кори, смертность от этой болезни снизилась на 95%¹. По данным Центра контроля заболеваний, с 1920 г. по 1960 г. смертность от кори в США снизилась в 35,5 раз. Эти цифры в целом верны и для СССР². Демонстрируемая сегодня статистика с тысячами умирающих от кори детей основана на данных из развивающихся стран. Однако для детей из этих стран в равной степени опасными являются почти все инфекционные болезни, в том числе и такие, о которых как о причине смерти и думать забыли в развитых странах (например, дизентерия), вне всякой связи с тем, существуют ли прививки против них. Настоящее решение проблемы не в разорительных для национальных бюджетов прививках, а в улучшении питания и уровня медицинского обслуживания населения. Как только африканские медики получили регидратационные растворы, больные корью дети перестали умирать от диареи, бывшей главной причиной смертей при кори³.

- ▶ **Но при кори бывают осложнения? Пусть и редко, но все-таки бывают?**

Чаще всего это бактериальные осложнения (отиты, пневмония). Практически всегда они — следствие безграмотного лечения, вмешательства медиков там, где вмешиваться категорически противопоказано. При кори иммунная система работает на пределе, и назначение антибиотиков «для профилактики инфекционных осложнений» может привести к ее срыву. Не следует снижать температуру. Все, что требуется для заболевшего — отдых в постели в проветриваемом помещении, обильное питье, отказ от еды (особенно от мясных и молочных продуктов) на несколько дней или употребление исключительно легкоусвояемой пищи в малых количествах. Обычно этого вполне достаточно для того,

чтобы организм без особых проблем справился с корью. Прекрасный эффект дает гомеопатическое лечение и витамины А и С. К слову, роль витамина А как крайне необходимого для нормального развития ребенка известна уже достаточно давно. В исследованиях показано, что добавка витамина А к рациону детей позволяет значительно сократить число осложнений и, соответственно, смертей от кори⁴.

► Но почему не ликвидировать корь, как это планирует ВОЗ? Почему не избавить мир от болезни, которая уносит жизни детей в развивающихся странах, и пусть даже в ничтожно малой степени, но остается потенциально опасной для всех остальных?

Вопрос о том, насколько «лишней» является корь, остается открытым. Так, 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 миновала⁵. В другом исследовании были приведены данные о том, что взрослые, перенесшие в детстве корь, имеют меньшую заболеваемость различными онкологическими болезнями, включая рак шейки матки; при этом те, у кого корь протекала без сыпи (что нередко бывает при т. н. прививочной кори), имеют большую вероятность развития в будущем аутоиммунных и нейродегенеративных болезней⁶. Недавнее исследование показало, что вирус кори вызывает усиленный приток нейтрофилов, которые разрушают некоторые опухоли⁷. Натуропаты и гомеопаты считают корь важной вехой в развитии ребенка, способствующей развитию и укреплению иммунной системы. Опыт Финляндии, заявляющей о том, что она ликвидировала корь, эпидемический паротит и краснуху прививками, красноречиво демонстрирует, чем приходится платить за истинные или мнимые победы такого рода. Вместе с исчезновением безобидных детских болезней Финляндия получила беспрецедентный рост аутизма⁷ и болезни Крона⁸. Согласно отчету Министерства здравоохранения и социального обеспечения Финляндии за 2000 г., в этой стране «самый высокий в мире уровень... инсулинозависимого сахарного диабета, и этот уровень продолжает повышаться». Отмечен рост заболеваемости астмой, болезнями соединительной ткани. Не дороговат ли получился обмен, даже если он на самом деле состоялся? Пока что Финляндия продолжает прививки против кори, эпидемического паротита и краснухи, поскольку боится заноса болезни извне.

Продолжает расти и заболеваемость перечисленными выше болезнями. Для ликвидации кори, как заявляют вакцинователи, требуется «охватить» прививками не менее 95% восприимчивого населения. Однако огромному числу детей прививки живыми вакцинами, к числу которых относятся и прививка против кори (в виде моновакцины или в составе тривакцины MMR), противопоказаны. Тем не менее, прививают и их, превращая малышей в хронически больных или даже в инвалидов. По поводу обоснованности Цифры 95% д-р Джейн Донеган, гомеопат из Лондона, очень точно заметила: «Что же касается вопроса коллективного иммунитета (который должен защищать тех, кто не может прививаться живыми вакцинами) и необходимого охвата в 95%, чтобы искоренить корь, то эта цифра основана всего лишь на том, что охват в 60% не дал искоренения кори, не дал его и охват 70%, равно как и 80% и 90%, и когда мы дойдем до 95%, а корь все еще будет циркулировать (а она будет циркулировать, к тому времени от нее будут умирать маленькие дети, чьи вакцинированные родители не смогли передать им долговременный иммунитет высокого качества к естественной кори), нам будут говорить, что для искоренения нужен охват в 99% — равно как и дополнительные ревакцинации, и все это на основании гадания на кофейной гуще..»¹⁰. Д-р Донеган обращает внимание на еще один важный аспект проблемы. Отказывая девочкам в возможности перенести корь, мы подвергаем опасности их будущих детей, которые не получают защитные антитела к этой болезни и будут восприимчивы к ней в самом опасном возрасте, младенческом. Известно, что в нормальных условиях корью болеют дети в возрасте старше года. Прививки, дающие в лучшем случае непрочный кратковременный иммунитет, «сдвигают» заболеваемость корью в младенческий и взрослый возраст, когда эта болезнь неизмеримо опаснее. В недавно вышедшей книге российских авторов сообщается: «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»¹¹. Уже появились исследования, показывающие, что перенесенная во взрослом возрасте корь является одним из факторов риска для рассеянного склероза. Эти сведения вызывают сильную тревогу.

► **До сих пор Вы говорили о «глобальных» последствиях борьбы с корью при помощи прививок. А есть ли осложнения у самой прививки?**

В центре научных дебатов сегодня — связь вакцины MMR, одним из компонентов которой является коревая вакцина, и аутизма. Немалое число родителей описывают появление первых признаков аутизма у их до того нормально развивавшихся детей после прививки вакциной MMR. В огромном количестве статей описан коревой энцефалит — возможное осложнение как кори, так и прививки против нее. По данным японских исследователей, 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 болезням¹². В другом исследовании было показано, что у детей, получивших прививку против кори, резко и надолго снижается уровень витамина А¹³.

► **Эффективны ли прививки от кори?**

Согласны данным разных авторов, от 70%¹⁴ до 95%¹⁵ заболевших корью во время вспышек этой болезни были ранее от нее привиты. Многочисленные исследования показывают, что прививки не предотвращают ни заболевания корью, ни дальнейшей передачи инфекции.

► **Однако в Финляндии корь ведь ликвидирована?**

То, что в течение ряда лет корь не регистрируется в стране, еще не является гарантией того, что корь не вернется туда позднее. Кроме того, Финляндия — маленькая страна с живущим крайне рассеянно генетически однородным населением, среди которого практически нет иностранцев. Неуспех прививок обычно обнаруживается в странах с генетически разнообразным и живущим скученно населением — например, в США или в России.

► **Так в чем же выход?**

Нужно дать ребенку спокойно перенести эту болезнь в том возрасте, который предназначен для этого природой. При условии продолжающейся нормальной циркуляции вируса в человеческом обществе иммунитет к кори у подавляющего большинства людей сохраняется на всю жизнь. Это мнение, которое разделяют очень многие врачи. А родители сами сделают свой выбор.

Краснуха

► Что собой представляет краснуха?

Это безобидная детская инфекционная болезнь, характеризующаяся умеренным (обычно до 38-38,5 °С) повышением температуры, увеличением шейных лимфатических узлов и сыпью. Обычно краснуха переносится легче гриппа, не требует никакого специального лечения, а возможные осложнения ее относятся скорее к разряду казуистических. Однако эта болезнь может быть опасна для беременных, особенно на ранних сроках, приводя к нарушениям развития плода. Ранее, во времена многодетных семей или когда практически все дети ходили в ясли и сады, краснуха была распространена в детских коллективах, и подавляющее большинство детей в той или иной форме переносили ее, приобретая при этом пожизненный иммунитет. С уменьшением количества детей в семьях и детских садах все большее число девочек вырастают, не переболев краснухой и оставаясь восприимчивыми к вирусу этой болезни.

► Получается, прививка ребенку не нужна, а делают ее, чтобы ребенок не заразил какую-нибудь беременную женщину?

Совершенно верно, прививки малышам должны защитить беременных, которые могут заразиться от них краснухой. То есть здоровье и будущее прививаемых детей приносится в жертву интересам защиты других людей. Позволяя сделать девочке прививку, родители лишают ее возможности переболеть ею в детстве и приобрести пожизненный иммунитет, искусственно перенося эту болезнь именно в тот возраст, когда она более всего опасна. Сделанная в детском возрасте, прививка не защитит от краснухи во время беременности, поскольку уже через несколько лет уже и следа не останется от антител, выработку которых стимулировала прививка.

► Значит, прививку все равно придется повторять перед беременностью?

Так задумано, и так выходит на самом деле. Сегодня всем молодым женщинам рутинно рекомендуется проверять титр антител к краснухе вне зависимости от сделанных в детстве прививок, и нередко он недостаточен для защиты от инфекции даже по меркам

вакцинаторов. В этом случае предлагают сделать прививку не ранее, чем за три месяца до предполагаемого зачатия.

Согласно российскому прививочному календарю, первая вакцинация от краснухи делается в 12-15 месяцев жизни, вторая — в 6 лет, третья, для девочек, не получивших прививок ранее или получивших лишь одну — в 13 лет. Такая же схема принята во многих странах мира.

Таким образом, сначала прививки делают в детстве, чтобы защитить других людей и лишить своего собственного ребенка возможности перенести эту болезнь и получить к ней пожизненный иммунитет. Потом требуется прививка перед беременностью, чтобы защититься самой. Чем больше прививок, тем выше заработок для разработчиков, производителей и распространителей вакцин. Посадить всех людей на пожизненную прививочную иглу — золотая мечта тех, кто зарабатывает на вакцинах.

► Врачи говорят, что прививка от краснухи совершенно безопасна.

Безопасных прививок не бывает. И многие врачи это хорошо знают и не соглашаются делать прививку себе. В одном исследовании, проведенном в крупном университетском медицинском центре в Южной Калифорнии, было обнаружено, что из 2456 медработников 345 не имели антител к вирусу краснухи. Но на прививку согласились только 197 человек, при этом лишь *один* из 11 акушеров-гинекологов, входивших в число этих 345¹. Думаю, вывод о вере врачей в безопасность прививки очевиден.

Нередко привитые против краснухи заболевают артритом и страдают от болей в суставах, причем начаться они могут несколько недель спустя после прививки, а продолжаться — от недель до многих лет и даже стать пожизненными, превращая «защищенного от краснухи» в инвалида. «Артрит хронический, вызванный вакциной против краснухи» — официально признаваемое властями РФ осложнение прививки от краснухи². По некоторым сообщениям в медицинской литературе, от боли в суставах страдают от 12% до 20% женщин, привитых от краснухи. В других исследованиях приводятся большие цифры частоты артритов у привитых. Американский Департамент здравоохранения, образования и социального обеспечения (HEW) сообщил в начале 1970-х гг., что «у 26% детей, получивших прививку против краснухи в рамках национальной программы... развились артралгии и артриты... Многим потребовалась медицинская помощь, некоторые были госпитализи-

зированы для проверки на ревматизм и ревматоидный артрит»³. Следует также отметить публикации, связывающие прививку от краснухи с тяжелой инвалидизирующей болезнью, которая называется «синдром хронической усталости». Вакцина против краснухи входит в состав вакцины MMR, связь которой с аутизмом у детей сегодня активно обсуждается. В 1972 г. были описаны 36 случаев болезни спинного мозга — миелорадикулоневрита, причем у детей, привитых пятью разными вакцинами от краснухи⁴. Продолжают поступать сообщения о развитии синдрома Гийена-Барре и синдрома запястного канала, различного рода нейропатий и миелитов после прививки⁵.

► Про прививку детям, особенно девочкам, понятно. А делать ли прививку перед беременностью тем женщинам, у которых нет иммунитета к краснухе?

Это должны решать только они сами. Но не стоит забывать о возможных осложнениях и о том, что прививка совсем не гарантирует защиту. Кроме того, прививка делается живыми вирусами краснухи, которые могут сохраняться в организме неопределенно долгое время. Хотя и не доказано, что живые прививочные вирусы краснухи могут наносить ущерб плоду, вряд ли их наличие в организме на фоне беременности следует приветствовать. К слову, помимо краснухи существует еще не менее десятка инфекционных болезней (самые известные среди них цитомегалия, герпес, парвовирусная и различные энтеровирусные инфекции, токсоплазмоз и ВИЧ), которые могут вызвать выкидыши или аномалии развития плода, и против которых не существует прививок. На долю краснухи, по данным некоторых авторов, приходится не более 15% всех случаев врожденных аномалий развития плода⁶. Однако мысли об этих болезнях не мешают женщинам беременеть и спокойно вынашивать детей. Истерия вокруг краснухи раздувается искусственно. Понятно, кому это на руку. Некоторые гомеопаты указывают на нозод краснухи (*Rubella*)⁷ и часто использующийся в гомеопатической практике препарат *Pulsatilla* в качестве средств как для профилактики, так и для лечения краснухи. Эти рекомендации заслуживают пристального внимания и клинической проверки.

Полиомиелит

- ▶ **С этой болезнью связано столько ужасных историй... Всю ду читаешь о людях, переболевших полиомиелитом и оставшихся на всю жизнь калеками. Президент Рузвельт — самый яркий пример.**

Полиомиелит — преимущественно детская болезнь, которую вызывают вирусы из рода энтеровирусов, антропоноз (т.е. передают инфекцию и болеют только люди). Паралитический вариант полиомиелита, при котором вирус поражает нервные клетки спинного мозга, и о котором мы слышим чаще всего — редкость. От полиомиелита в этой форме страдают около 2-3 человек на 10000 инфицированных, у остальных болезнь протекает в форме ОРВИ или типичной кишечной инфекции, не оставляя после себя никаких последствий, если не считать таковыми прочный иммунитет. При этом даже в случае паралитической формы не менее 30% заболевших выздоравливают полностью и дефекта не остается. Самыми опасными являются формы болезни, при которых поражается головной мозг. Они могут закончиться смертью. Являются ли несчастные, которых нам любили демонстрировать в качестве жертв полиомиелита, на самом деле пострадавшими от этого недуга, остается под большим вопросом. Острые вялые параличи (ОВП) — визитная карточка полиомиелита — могут вызываться большим числом причин, далеко не одним только полиомиелитом. Это, к слову, относится и к болезни Рузвельта — некоторые современные исследователи утверждают, что его болезнь не была вызвана полиомиелитом. Важное значение имеют и различные провоцирующие факторы.

- ▶ **Какие именно?**

Полиомиелит в эпидемических масштабах был практически неизвестен человечеству до самого конца XIX в. Внезапное появление и быстрое распространение этой болезни вызывает логичный вопрос, что послужило тому причиной. Некоторые исследователи связывают появление полиомиелита с массовыми оспопрививочными кампаниями (первой страной, столкнувшейся с эпидемическим полиомиелитом, была образцовая в смысле прививок Швеция). Способность уколов (любых, не только прививочных — в Румынии дети заболели полиомиелитом после инъекций антибиотиков, в Индии — жаропонижающих препаратов) провоцировать полиоми-

элит хорошо документирована, хотя механизм до сих пор не вполне понятен. Предполагается, что травма, вызываемая уколом, может «забросить» вирус полиомиелита в центральную нервную систему. Очень показательно, что полиомиелита на территории СССР в годы Второй мировой войны не было. Но как только вернулась мирная жизнь, а вместе с нею и прививки, среди детей начались эпидемии полиомиелита. Известно, что важным фактором риска является удаление миндалин — заболеваемость полиомиелитом у перенесших тонзилэктомию выше в десятки раз, нежели у тех, у кого миндалины остались на месте. Свою роль в развитии полиомиелита, вероятно, могут играть избыток легкоусвояемых углеводов в пище и контакт с инсектицидами и пестицидами, из которых более всего известен ДДТ. Есть свидетельства, что имеющие третью группу крови рискуют заболеть полиомиелитом намного меньше, чем имеющие первую или вторую. Способствуют заболеванию полиомиелитом и разные формы эндокринной недостаточности.

► Как лечат полиомиелит?

Лечение главным образом симптоматическое, направленное на устранение отдельных симптомов. При поражении дыхательного центра продолговатого мозга или дыхательной мускулатуры больных подключают к аппарату искусственной вентиляции легких. Как для профилактики, так и для лечения полиомиелита гомеопаты используют препарат *Laihyrus sativus*, приготовляемый из семян чины посевной, отравление которыми вызывает нейролатиризм — болезнь, своими симптомами очень напоминающую полиомиелит.

► Практически во всей литературе, так или иначе затрагивающей проблему полиомиелита, утверждается, что конец ей положили прививки, уже первый успех которых в 1950-х годах превзошел все ожидания. Разве это не так?

Скорее, как я указал выше, прививки, только другие, положили ей начало в конце XIX — начале XX в. Первые прививки от полиомиелита делались в середине 1950-х гг. инактивированной вакциной Солка. Исследование, на основании которых они были рекомендованы к широкому использованию в США, якобы показавшее их высокую эффективность, было методологически порочным и включало в себя разнообразные статистические махинации. Кроме того, встретившиеся в процессе испытания вакцины и работы над ней побочные реакции и сложности, связанные с инактивацией полиовирусов, были скрыты не только от публики, но и от исследо-

вателей. В результате утаивания информации от беспристрастного изучения и последующих выводов случилась трагедия «Каттер» — в вакцинах, произведенных этой американской компанией, инактивация оказалась недостаточной, и дети получали прививку полноценными вирусами полиомиелита. В результате прививочным полиомиелитом заболели 260 человек в результате привитых и контактировавших с ними, причем 10 скончались, а многие остались с пожизненными параличами. В июне 1955 г. 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». Эффективность вакцины тоже оказалась очень сомнительной. После интенсивной прививочной кампании, проводившейся весной и летом 1955 г., в большинстве штатов было зарегистрировано большее число заболевших полиомиелитом, чем за аналогичный период 1954 г.

► Откуда же тогда сведения о снизившейся заболеваемости?

Успех прививки в статистических отчетах был гарантирован не ее высоким качеством, а 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 ставить окончательный диагноз по-новому. Теперь для диагноза «полиомиелит» требовалось, чтобы паралич возникал через 10-20 дней после начала болезни, и должен был оставаться еще как минимум 40-50 дней. Таким образом, полиомиелитом стало фактически новое заболевание: *паралитический полиомиелит с продолжительным параличом*. Паралитический период при неосложненном течении болезни обычно кратковременный, всего несколько дней. Отсюда ясно, что при таком изменении диагноза количество случаев полиомиелита должно было уменьшиться. Кроме того, 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 ЕСНО, вызывающими неотличимые от полиомиелитных симптомы. Таким

вирусным болезням неполиомиелитной природы дали обобщенное название вирусного или асептического менингита. Все эти махинации, разумеется, никак не могли повлиять на число случаев ОВП. Например, когда в Канаде в 1959 г. непаралитический полиомиелит превратился в вирусный менингит, было зарегистрировано десятикратное увеличение заболеваемости этим менингитом. В следующие 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, перемена мест слагаемых сумму не изменила. Так на самом деле прививки «резко снизили заболеваемость полиомиелитом».

► **Значит, от вакцины Солка отказались из-за ее невысокой эффективности? И перешли к тем «капелькам», что дети сегодня получают в прививочных кабинетах?**

Вакцинаторы не были удовлетворены вакциной Солка главным образом потому, что она не могла решить проблему в принципе: даже если она и работала, то лишь защищая самого привитого. Однако попадающие в его организм полиовирусы продолжали размножаться и странствовать между людьми, находя восприимчивых и вызывая у них болезнь. Требовалось создать вакцину, которая бы лишала природные полиовирусы возможности находить в организме привитых удобную среду и размножаться, но чтобы сохраняла такую возможность за прививочными полиовирусами. Такой вакциной стала оральная полиовакцина Сэбина, которую дают в каплях, чтобы вирусы сразу попали в кишечник.

► **Получается, сегодня размножаются и циркулируют между людьми не природные, а прививочные вирусы?**

Совершенно верно. Контактирующие с привитым невольно вакцинируются. Обычно, понятно, речь идет о родителях, ухаживающих за ребенком. Такую вакцинацию можно назвать «вакцинацией исподтишка» — она не предполагает ни права на отказ от Прививок, гарантируемого законом в уважающих своих граждан государствах, ни определения показаний и противопоказаний, также требуемых по закону перед процедурой прививания.

► А разве ослабленные прививочные вирусы опасны?

Да. Как и в случае вакцины Солка, первые эксперименты с вакциной Сэбина закончились трагедией, только уже не в США, а в СССР: в 1957 г. 27 ленинградских детей умерли после прививки вакциной Сэбина. Главная проблема заключается в том, что полиовирусам присуща высокая изменчивость. Небольшая мутация — и «совершенно безопасная вакцина» становится смертельно опасной. Так, в 2000 г. на Иspanьоле, острове в Карибском море, была зарегистрирована вспышка ОВП. Сначала предполагалось, что причиной этому было отравление пестицидами, но потом 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. Циркулирующие прививочные полиовирусы вытесняют «дикие» полиовирусы — это правда. Но правда также и то, что они опасны сами по себе, вызывая ВАПП — вакциноассоциированный паралитический полиомиелит. В РФ ежегодно регистрируется от 8 до 16 случаев ВАПП у детей в возрасте до 14 лет, у недавно привитых живой полиовакциной или у контактировавших с ними. Часто это обозначает инвалидность на всю оставшуюся жизнь. Вакцинаторы цинично заявляют, что это — цена, которую они готовы платить за искоренение полиомиелита. Действительно, им не привыкать платить чужим здоровьем и даже чужими жизнями за «необходимый прививочный охват» и «активное участие национальных прививочных программ в программах ВОЗ». Однако родители ничего не знают о том, что здоровье их детей — это разменная монета в вакцинаторских планах.

► **В течение какого времени привитый живой полиовакциной опасен для окружающих?**

Прививочная теория утверждает, что выделение вируса продолжается около двух месяцев, после чего образующийся иммунитет подавляет размножение вирусов. Как правило, так оно и бывает, однако у детей, страдающих от иммунодефицита, этот срок может затянуться. По поводу опасности для окружающих (обычная причина для паники родителей) — следует уточнить, что чаще всего ВАПП как следствие контакта с недавно привитым регистрируется в больницах или детских домах, и жертвами его становятся страдающие от иммунодефицитов.

► **Если использование вакцины сопряжено с опасностями, по чему не перейти на убитую полиовакцину, вакцину Солка?**

Этот переход уже осуществлен в развитых странах. Так, в США все прививки от полиомиелита детям делают только убитой вакциной. Однако стоимость вакцины Солка в три раза превышает стоимость вакцины Сэбина, и более бедные страны не могут себе этого позволить.

► **Где еще встречается полиомиелит?**

В беднейших развивающихся странах третьего мира. В РФ полиомиелит не регистрируется с 1998 г., в 2002 г. страна была сертифицирована ВОЗ как свободная от полиомиелита.

► **А что Вы скажете о вспышке полиомиелита в Чечне?**

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 медпоказаниям, и родители двоих отказались от прививок. Как сообщают российские авторы в статье, анализирующей эту вспышку, «у остальных детей сведения о прививках отсутствовали, или они не были привиты по вине медработников». Формулировка очень уклончивая, и скорее всего надо понимать ее так, что некоторое количество прививок от полиомиелита большинство детей все же получило. Вывод авторов: «Резкое ухудшение условий проживания, массовые миграции населения на фоне низкой иммунной прослойки среди детского населения явились причиной широкого территориального распространения инфекции»¹. И снова, как и в случае дифтерии, мы встречаемся с обычной для вспышек инфекционных болезней ситуацией — они неизменно

случаются во времена массового обнищания населения, голода, антисанитарии, появления беженцев.

► **Что Вы можете предложить в отношении прививок от полиомиелита?**

Болезни больше нет, и прививка от нее — единственный серьезный шанс ею заразиться. Позволю себе процитировать проф. Роберта Мендельсона, написавшего в своей книге: «Как вырастить здорового ребенка... вопреки Вашему врачу»: «...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 использование 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 — проследить, чтобы ему не сделали прививку против него!»².

Столбняк

► **О столбняке Вы ведь не скажете, что эта болезнь такая же легкая, как краснуха или свинка?**

Без надлежащих профилактики и лечения эта болезнь может стать даже смертельной, с этим никто не спорит. Однако столбняк так редок, а возможность заражения им так мало зависит от получаемых в детстве профилактических прививок, что остается в высшей степени сомнительным, оправдывает ли серьезность заболевания риск прививки. Хотя в большинстве стран принята практика, когда ребенок на ПЕРВОМ году жизни должен трижды получить прививку от столбняка, группой риска по столбняку являются вовсе не дети, и уж тем более не младенцы. Сегодня столбняк встречается главным образом у наркоманов, использующих наркотики для внутривенного введения, 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). Столбняк новорожденных представляет сегодня серьезную проблему только в развивающихся странах, не способных обеспечить даже минимальную стерильность при перерезании пуповины и при обработке пупочной культи после родов, что приводит к столбняку и смерти.

Столбняк вызывается токсином, который выделяют столбнячные палочки (клостридии). Эти микроорганизмы наши постоянные спутники, они живут в кишечнике человека и выделяют небольшое количество токсина, делающее многих из нас невосприимчивыми к болезни по меньшей мере частично¹. Выработка токсина в больших количествах начинается тогда, когда клостридии из окружающей среды попадают в рану, в которой нет доступа кислорода (анаэробные условия). Это не обычные детские ссадины или порезы, а глубокие, как правило, колотые раны (классический пример — ржавый гвоздь), укусы животных и ожоги. В целом же резкое уменьшение заболеваемости столбняком среди детей и взрослых произошло в индустриально развитых странах с уменьшением доли ручного труда в сельском хозяйстве и широким внедрением антибиотиков и антисептических мероприятий.

► Что сделать, чтобы предупредить заболевание столбняком?

Раны, из которых обильно течет кровь, не являются опасными в отношении столбняка. Поэтому крови надо позволить некоторое время вытекать свободно, если только речь не идет о повреждении магистральных сосудов, когда кровотечение необходимо немедленно остановить. Затем рану следует промыть перекисью водорода, которая должна иметься в каждой домашней аптечке и ежегодно обновляться. Из гомеопатических средств может быть рекомендован трехкратный прием *Ledum* 30 через каждые четыре-пять часов после ранения или укуса животного. Серьезные раны требуют своевременного обращения за медицинской помощью. В приемном отделении больницы или в медпункте должна быть произведена хирургическая обработка раны — хирург должен раскрыть рану, осмотреть ее, очистить и ушить. При необходимости вводят столбнячный анатоксин или противостолбнячный человеческий иммуноглобулин (или вместо него противостолбнячную лошадиную сыворотку).

► Как лечится столбняк?

При развившихся симптомах столбняка (сначала возникают скованность в мышцах и затруднения при глотании, потом появляются судороги и дыхательные нарушения из-за паралича дыхательной мускулатуры) больных подключают к аппарату искусственной вентиляции легких. Смертность в современных больницах равна примерно 20%; в ближайшие годы планируется снизить ее до 10%. Используют также препараты, направленные на борьбу с клостридиями (метронидазол или пенициллин G).

► Что Вы можете сказать о прививке?

Прививка от столбняка делается анатоксином, то есть инактивированным токсином столбняка. Инактивация токсина проводится формалином, поэтому он обнаруживается в анатоксине. Ошибки в технологии инактивации могут привести к трагическим результатам. Кроме того, в составе анатоксина присутствуют ртуть (мертиолят) и алюминий. Учитывая такой состав, неудивительно, что прививка столбнячного анатоксина приводит к подавлению иммунитета, и как результат — к частым и длительным болезням. В одном исследовании описывается, как у 11 здоровых добровольцев, получивших ревакцинацию против столбняка, резко снизилось соотношение важных иммунных клеток, называемых Т-хелперами, к другим иммунным клеткам, Т-супрессорам, причем

у четырех испытуемых — до уровня, характерного для больных СПИДом². Это снижение указывает на серьезную поломку и неспособность иммунной системы работать нормально после прививки от столбняка.

Самым опасным осложнением противостолбнячной прививки является анафилактический шок, и описано немало случаев, когда он становится причиной смерти привитых. Очень редко, но все же встречаются осложнения со стороны нервной системы — неуропатии, невриты, энцефалиты, слуховой и оптический невриты, а также синдром Гийена-Барре. Столбнячные прививки, как никакие другие, сенсибилизируют организм, т.е. повышают его чувствительность к специфическому раздражителю — каждая последующая вызывает все более тяжелую реакцию. Однако поскольку прививку столбнячного анатоксина, как правило, делают в составе комплексной вакцины АКДС, разобраться в истинной причине побочных реакций не всегда возможно. Существует столбнячная моновакцина. Те родители, кого пугает столбняк, но которые при этом не желают получать «в нагрузку» дифтерийный анатоксин и коклюшную вакцину, могут сделать прививку одним столбнячным анатоксином. В любом случае, до возраста примерно двух лет образ жизни ребенка обычно не создает даже теоретической опасности столбняка.

► Однако прививка, при всех ее недостатках, все же защищает от столбняка?

В сущности, т.н. защитный титр антител — отнюдь не обоснованная надежными научными данными цифра, а всего лишь догадка, основанная на результатах опытов на морских свинках почти что семидесятилетней давности³. Никто из исследователей не может определить, насколько минимальный защитный уровень противостолбнячных антител, достигаемый серий прививок, способен защитить от заражения столбняком в реальной жизни, а не на страницах научных журналов. «Нет абсолютного или универсального защитного уровня антител... Уровень нейтрализующих антител у людей, считающихся ныне защитным, 0,01 МЕ/мл, основан на исследованиях на животных, и сравним с таковым у человека уже при симптомах наступающей смерти»⁴. С другой стороны, научная литература полна примеров, когда при самых что ни на есть защитных титрах антитоксических антител, созданных прививками, люди заражались столбняком. Один 29-летний пациент заболел столбняком при титре антител, превышающем защит-

ный в 100 (!) раз⁵. По имеющимся данным из разных стран, около десяти процентов заболевающих столбняком получали ранее четыре противостолбнячных прививки и более, большинство — от одной до трех. Это означает, что наши представления о механизмах защиты от столбняка все еще очень неполны. Вряд ли можно считать нынешние прививочные рекомендации относительно столбняка имеющими твердые научные основания. Следовать им или нет — пусть решает каждый родитель. Мое мнение — своевременная медицинская помощь, определяемая тяжестью полученной травмы, гораздо важнее профилактических прививок и именно она, а не прививки, определяет истинную меру защиты от заражения столбняком.

Туберкулез

► **Об этой болезни приходится слышать постоянно: в поликлиниках, детском саду, школе... Действительно ли в России настоящая эпидемия туберкулеза?**

К сожалению, это так. С 1993 г. заболеваемость туберкулезом в России стремительно растет. Эпидемический порог, установленный ВОЗ для туберкулеза — 50 заболевших на 100 тыс. населения. Имеющиеся данные различаются между собой и довольно существенно, однако даже самые низкие цифры заболеваемости (около 71,7 заболевших на 100 тыс. населения в 2004 г.) все же значительно превышают этот порог.

► **В нескольких словах — что это за болезнь?**

Туберкулез — болезнь, вызываемая микобактериями туберкулеза и поражающая, как правило, легкие (90% случаев), но способная поражать практически любой орган. Для нее характерно образование бугорков со склонностью к последующему распаду. Хронический процесс в легких приводит к разрушению легочной ткани, образованию каверн и кровотечениям. Основным источником заражения — больной туберкулезом в открытой форме, т.е. выделяющий при кашле микобактерии.

► **Правда ли, что туберкулезом можно заболеть очень легко?**

Если бы это было так на самом деле, то человечество давным-давно вымерло бы. Человек и микобактерии сосуществуют тысячами, однако заболевают даже в самые неблагоприятные периоды лишь очень немногие. На самом деле заразность туберкулеза *низкая*. Необходимо отметить, что туберкулез, как никакая другая болезнь, имеет выраженную социальную природу. Это традиционная болезнь нищих, беженцев, недоедающих, живущих в скверных условиях людей, в первую очередь, заключенных. По имеющимся сведениям, как минимум каждый третий, заболевший туберкулезом в России, побывал в местах заключения. Микобактерии быстро гибнут под влиянием ультрафиолетового излучения, то есть на солнце. Отсюда понятно, что улучшение жилищных условий, доступ солнечного света и свежего воздуха в совокупности со здоровым иммунитетом являются решающими факторами в борьбе с туберкулезом. Заболеваемость и особенно смертность, связанные с тубер-

кулезом, начали снижаться со второй половины, но особенно — с конца XIX века, когда успехи медицины привели к открытию возбудителя и определению мер по предотвращению заражения этой болезнью (пастеризация молока, забой инфицированного скота, изоляция заболевших и пр.). 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%. Понятно, что после развала СССР, когда появились тысячи беженцев, бродяг и нищих, а система здравоохранения пришла в упадок, заболеваемость туберкулезом резко пошла вверх. Важным фактором заболеваемости туберкулезом в современном мире является СПИД. Больные СПИДом очень подвержены заболеванию туберкулезом, а лечение его у таких пациентов сопряжено с немалыми трудностями.

► Как родители могут заподозрить, что ребенок болен туберкулезом?

У туберкулеза есть свои симптомы. Обратить на себя внимание должны постоянное подкашливание, особенно с мокротой, стойкий субфебрилитет (небольшое повышение температуры), быстрая утомляемость, ночные поты, головная боль.

► Какие существуют методы диагностики туберкулеза?

Диагноз туберкулеза считается подтвержденным при нахождении микобактерий в мокроте. Для этого традиционно используются бактериоскопический и культуральный (посев) методы. Однако каждый из них имеет свои недостатки. Бактериоскопия обнаруживает микобактерий туберкулеза при содержании не менее 1000 микробных тел в 1 мл материала, а это бывает уже тогда, когда признаки болезни налицо и без специальных исследований. Намного точнее посев, но он требует длительного времени, дорогих питательных сред и связан со сложностями обработки материалы. В последнее время используются метод ПЦР (полимеразной цепной реакции), эффективность которого в определении специфических фрагментов ДНК туберкулезной микобактерий в мокроте превышает 80%, но который дает очень много ложноположительных реакций, и метод ИФА (иммуноферментного анализа), определяющий антитела к микобактериям. Однако при использовании этого метода очень трудно добиться баланса между чув-

твительностью и специфичностью. Большую помощь в диагностике болезни оказывают рентгеновские методы исследования.

► **Об этом стоит поговорить особо. Постоянно требуют флюорографию — то от родителей, то от ребенка... В последнее время при записи к любому врачу требуется свежий снимок!**

Рентгеновского облучения, не вызванного максимально строгими показаниями, надо всячески избегать. В последнее время на смену пленочным флюорографам приходят дигитальные (цифровые), лучевая нагрузка которых ниже в 10-30 раз. Тем не менее, при отсутствии беспокоящих симптомов предпочтительнее отказываться от исследований, включающих любой вид ионизирующего излучения. Массовая флюорография, практикуемая до сих пор в России, чаще всего оказывается бессмысленной растратой денег, что признается и специалистами: «.. В Щелковском районе в 2001 г. при обследовании 19415 человек из числа декретированных контингентов выявлен 1 больной туберкулезом; его выявление обошлось в 446546 рублей. Выявление 1 больного из числа декретированных контингентов в Новомосковском районе в 1999 г. обошлось в 28350 руб. Формирование групп риска по туберкулезу среди декретированных контингентов позволит сократить расходы на выявление 1 больного туберкулезом до 5200 руб.. »². Какие-либо предварительные требования для оказания медицинских услуг, в том числе и требование прохождения флюорографии, являются незаконными. Если врач упорствует, то необходимо направить жалобу в вышестоящие медицинские органы или, что еще эффективнее, сразу в прокуратуру.

► **Каждый в год в школах проводится проба Манту. Расскажите о ней.**

Проба Манту (туберкулиновая проба) вполне может занять первое место в списке наиболее бессмысленных и опасных по своим непредсказуемым результатам исследований. Во-первых, в состав раствора для этой пробы входит фенол — известный протоплазматический яд, о котором я вкратце уже говорил (см. главу «Токсические составляющие вакцин»). Исследования последствий ежегодного применения фенола у детей никогда не проводились. Кроме фенола, в составе раствора имеется стабилизатор — моноолеат полиоксизетиленсорбита, он же Твин-80. О нем известно, что он обладает выраженной эстрогенной активностью³. Проба Манту предназначена для определения инфицированности микобактериями. Однако у большинства эта инфицированность имеется после прививки

БЦЖ, то есть почти что с рождения, или же она приобретается позднее, после контакта с окружающими нас микобактериями. На величину папулы, образующейся после проведенной пробы, по размеру которой гадают об инфицированности, влияет огромное количество не поддающихся учету факторов. Более того — ревакцинации БЦЖ делают пробу практически невозможной для однозначной интерпретации. Сами фтизиатры пишут, что проба Манту в самом лучшем случае малоинформативна: «...Большинство сомнительных и положительных реакций на туберкулин в школьном возрасте обусловлено поствакцинальной аллергией; в этих условиях невозможно судить об уровне инфицированности декретированных контингентов... Многократные ревакцинации БЦЖ затрудняют или делают невозможным установление первичного инфицирования туберкулезом из-за поствакцинальной аллергии перед заражением. .. Ошибки при определении этиологии чувствительности к туберкулину приводят к тому, что 44% детей и подростков необоснованно состоят на учете в противотуберкулезных диспансерах и получают химиопрофилактику»⁴. Традиционная «туберкулезная настороженность» приведет к тому, что совершенно здорового ребенка, размер папулы которого не понравится школьному врачу, отправят в туберкулезный диспансер, где его подвергнут облучению и, возможно, начнут «профилактическое лечение» препаратами с большим количеством побочных эффектов, превращая в хронически больного. Имеются наблюдения, что проба Манту может приводить к такой болезни крови, как идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура⁵. Своевременно оформленный отказ от пробы Манту поможет предотвратить все эти неприятности.

► **Вы уже начали говорить о прививке БЦЖ. Она вызывает много споров...**

В России прививка БЦЖ делается в роддоме и дважды повторяется в школьном возрасте. Полная бессмысленность и вред ревакцинаций давно уже доказаны как международными, так и российскими исследованиями. Повторные прививки БЦЖ не прибавляют ничего к защите организма от туберкулеза, но влекут за собой немало осложнений и, как я уже сказал, делают невозможной хотя бы отдаленно точной интерпретацию пробы Манту. Относительно БЦЖ при рождении до сих пор не стихают дискуссии. В вопросе о том, помогает ли БЦЖ в защите от самого распространенного, легочного туберкулеза поставило точку крупное ВОЗовское исследование в Индии, показавшее не только нулевой защитный

эффект БЦЖ, но и большую заболеваемость в группе привитых⁶. Адвокаты БЦЖ заявляют, что эта вакцина, тем не менее, эффективна в защите от внелегочных и диссеминированных форм туберкулеза. Однако беспристрастный анализ приводимой в поддержку БЦЖ статистики неизменно показывает, что куда больше, нежели прививка, влияния на заболеваемость такими формами туберкулеза оказывает общее здоровье детей и условия их жизни. Среди заболевших мы неизменно видим детей из «социально-дезадаптированных семей», страдающих фоновыми болезнями⁷, при этом факт привитости или непривитости, насколько можно судить, играет очень незначительную роль. Зав. кафедрой фтизиатрии и пульмонологии Донецкого государственного медицинского университета проф. Б. В. Норейко считает, что наличие прививки БЦЖ не улучшает, а ухудшает шансы заболевшего туберкулезом на успешный исход болезни: у привитых БЦЖ туберкулез подчас протекает не по типу первичного, обычно доброкачественного и заканчивающегося спонтанным выздоровлением, а по типу вторичного, характеризующегося тяжелым течением и высокой смертностью⁸. Значительно и число осложнений прививки БЦЖ. Это не поддающиеся лечению келоидные рубцы, а также холодные абсцессы, язвы, лимфадениты, оститы, узловатая эритема, различные сыпи. Генерализованная БЦЖ-инфекция у новорожденных приводит к смерти. Можно предположить, что от осложнений различной степени тяжести в России страдает не менее тысячи детей ежегодно. Не исключено, что существуют и очень серьезные отсроченные последствия прививки. Так, в одной статье было показано, что введение прививки БЦЖ в прививочный календарь приводит через несколько лет к повышению заболеваемости инсулинзависимым сахарным диабетом, а удаление ее из прививочного календаря — к снижению⁹. Все это, учитывая очень сомнительную эффективность БЦЖ, должно заставить родителей всерьез обдумать, насколько необходима эта прививка для их ребенка.

Эпидемический паротит (свинка)

► Что это за болезнь?

Эпидемический паротит — вирусное заболевание, передаваемое воздушно-капельным путем, при котором поражаются околоушные и подчелюстные слюнные железы.

► Насколько она опасна?

Для подавляющего большинства детей эта болезнь совершенно безопасна. Более того, примерно половина детей переносит эту болезнь вообще без симптомов. Российские авторы сообщают: «... Среди непривитых и не болевших ранее эпидемическим паротитом до 47,5% детей оказались серопозитивными к данному вирусу (паротита — *A. K.*), то есть с большой долей вероятности их можно считать перенесшими в прошлом незарегистрированную паротитную инфекцию»¹.

► Требуется ли какое-то специальное лечение?

Нет. Как и при других детских инфекционных болезнях, заболевшему свинкой нужен лишь покой, отдых в теплом, но проветриваемом помещении, обильное питье, отказ от еды или исключительно мягкая легкоусвояемая пища в небольшом количестве. Уменьшить неприятные ощущения в воспаленных железах могут помочь леденцы. Для лечения и профилактики эпидемического паротита с успехом может использоваться гомеопатия. Известный английский гомеопат Дж. К. Бернетт считал лекарство *Pilocarpinum muriaticum* специфическим для лечения свинки.

► Свинку тоже лучше перенести в детском возрасте?

Конечно. Переболев в детстве, ребенок получит пожизненный иммунитет, который защитит его от болезни, когда он станет взрослым, т.е. в том возрасте, в котором она может быть для него опасна. Мужское бесплодие как следствие орхита, осложнения свинки, чаще всего возникает в результате болезни в подростковом или взрослом возрасте, когда прививочный иммунитет угасает. Если в конце 1960-х гг. 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%². В Великобритании в прошлом году была настоящая эпидемия свинки среди молодых мужчин, при-

витых в детстве от этой болезни тривакциной MMR и давно утративших иммунитет. При этом следует уточнить, что, как правило, воспаление затрагивает только одно яичко, и даже если это вызовет нарушение сперматогенеза в нем, второе остается незатронутым, и репродуктивная функция не пострадает.

Нельзя забывать, что в природе все взаимосвязано, и что мы многого не знаем об этих взаимосвязях. Нам кажется, что болеть плохо всегда, даже в самой легкой форме. Однако «детские» инфекции не случайно столь распространены — перенесенные в детском возрасте, они, возможно, могут предохранить нас от более тяжелых заболеваний в будущем. Одно эпидемиологическое исследование показало, что у женщин, перенесших в детстве свинку, реже развивается рак яичников³. Другое исследование подтвердило, что женщины, перенесшие свинку в клинически выраженной форме и имеющие высокий титр антител, менее подвержены заболеванию раком яичников, нежели перенесшие эпидемический паротит в субклинической (стертой) форме и имеющие низкий титр антител⁴.

► Что Вы можете сказать о прививке от паротита?

Считаю ее не только бессмысленной, но и крайне вредной. Кроме того, вакцина небезопасна. Американский педиатр проф. Роберт Мендельсон выразил свое отношение к ней следующим образом: «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?»⁵. В ряде стран вакцина от эпидемического паротита вместе с вакцинами от кори и краснухи входит в состав тривакцины MMR, о вероятной связи которой с аутизмом я уже упоминал в главе о кори. Поскольку прививка делается живыми вирусами, то возможные редкие осложнения прививки включают те же самые осложнения, которые редко встречаются и при самой болезни — орхит, панкреатит, асептический менингит. Известна печальная история вакцинных штаммов «Urabe», «Ленинград-3» и «Ленинград-Загреб», которые

пришлось снять с производства из-за многочисленных случаев асептического менингита у привитых ими детей. Даже если кто-то из родителей предпочтет закрыть глаза на документированную небезопасность прививания, он должен помнить, что эффективность самой вакцины от эпидемического паротита очень низка. При изучении эпидемиологических особенностей вспышек этой болезни в трех школах Санкт-Петербурга в 1992-1993 годах выяснилось, что большинство заболевших были привиты. Сами вакциноаторы признали, что «основной причиной эпидемического неблагополучия является слабая эффективность используемой в настоящее время живой паротитной вакцины (ЖПВ) и низкая иммуногенность отдельных серий препарата..»⁶. Следует упомянуть также, что вирус паротита способен к мутации, что делает прививки совершенно бессмысленными. Так, в Великобритании, начавшей массовые прививки против эпидемического паротита в 1988 г., в 1998 г. были обнаружены два новых генотипа вируса, против которых прививка не действует⁷.

► И каков же вывод?

От прививки от эпидемического паротита можно совершенно спокойно отказаться. Она не приносит прививаемому ничего, кроме вреда, с любой точки зрения.

Свободный информированный выбор

► В каких законах Российской Федерации закреплено право граждан на отказ от прививок?

В ст. 32 «Согласие на медицинское вмешательство» «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» указано: «Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина... 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». Эти сведения — информация о состоянии здоровья. Ст. 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» (в ст. 34 указывается, что медицинская помощь без согласия граждан «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»). Конкретно об отказе от прививок говорит Федеральный Закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» в ст. 5: «Граждане при осуществлении иммунопрофилактики имеют право на... отказ от профилактических прививок». В той же ст. 5 (п. 3) указывается: «При осуществлении иммунопрофилактики граждане обязаны... в письменной форме подтвердить отказ от профилактических прививок».

► **Как следует оформить отказ от прививок для ребенка?**

Достаточно написать самое простое заявление по следующему образцу:

Директору школы / Зав. детским садом / Зав. поликлиникой № _____ (город) _____
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. № 157-ФЗ, статья 5)
Я, _____, отказываюсь от всех профилактических прививок / прививок против следующих заболеваний _____
_____ для моего (-ей) сына / дочери _____
(Ф.И.О. ребенка), обучающегося (-ейся) в школе / посещающего (-ую) детский сад / обслуживаемому (-ой) в поликлинике № ____.
Дата Подпись

► **А если педиатр отказывается принять заявление или выдать медицинскую карту для садика или школы, заявляя, что родители сначала должны получить какие-то бумаги от городского иммунолога или СЭС?**

Право на отказ от прививок установлено Федеральным Законом РФ и не зависит от решений СЭС, иммунологов или любых других должностных лиц. Родители, не желающие обсуждать мотивы своего отказа, должны просто потребовать обеспечения своих законных прав от педиатра. В случае отказа последнего родителям следует обратиться с жалобой в прокуратуру, чтобы та организовала проверку в рамках прокурорского надзора и приняла соответствующие меры для пресечения нарушения закона.

► **В поликлинике потребовали подписать их собственную форму, в которой написано, что родители берут на себя ответственность за последствия отсутствия прививки. Законно ли это?**

В законах нет ни слова о том, что отказ должен оформляться по какой-то установленной форме медицинской документации. Следовательно, требование подписать бумагу с какими-то собственными доморощенными формулировками незаконно. Должностные

лица обязаны без разговоров принять ваш отказ. Все устрашающие фразы об «ответственности в случае болезни и смерти» лишены какой-либо юридической силы и представляют собой всего лишь средство примитивного психологического давления.

► **Отказ приняли, но требуют его возобновлять каждые пол года. Это правильно?**

Требование может быть законным, если родители просят *отсрочку*, а не отказываются от прививок. *Отказ* бессрочен по определению и требование каждый раз писать его заново лишено оснований. Это также разновидность давления на родителей — а вдруг передумают и согласятся на прививки?

► **Что делать, если все разговоры не помогают? Если педиатр или заведующий детской поликлиникой отказываются оформить медицинскую карту, отказываются обслуживать ребенка или выдать направление на молочную кухню, поскольку родители отказываются от прививок?**

Родители могут сразу же обратиться с заявлением в прокуратуру, а могут сначала оставить в секретариате поликлиники официальное заявление, заверив для себя копию, в котором предупредят зав. поликлиникой, что если не будут обеспечены законные права родителей и ребенка, то в прокуратуру будет подана жалоба. Обычно этого более чем достаточно, чтобы давление на родителей прекратилось, и все необходимое было сделано в кратчайшие сроки. Любые попытки шантажа, давления и запугивания, исходящие от медработников, должны пресекаться максимально жестко и по всей строгости закона, их нельзя оставлять без последствий. Именно безнаказанность и вседозволенность, к которым так привыкли вакцинологи, все еще делают возможными подобные дикие выходки.

► **Однако педиатр ссылается на какие-то инструкции и говорит, что он обязан подчиняться им.**

Никакие инструкции и иные подзаконные акты не могут противоречить федеральным законам. Если такие противоречия где-то возникают, то разрешение их не относится к компетенции родителей, это внутренняя проблема различных учреждений. Родители опираются на федеральные законы, и их требования должны быть удовлетворены.

► **Могут ли отказать в приеме в детский сад или школу на основании отсутствия прививок?**

В ст. 5 Федерального Закона «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» п. 2 сказано: «Отсутствие профилактических прививок влечет... *временный* отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий».

► **А кто определяет «возникновение массовых инфекционных заболеваний или угрозу возникновения эпидемий?»**

Согласно ст. 51 «Закона о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» эта функция возложена на Главных государственных санитарных врачей и их заместителей: «Главные государственные санитарные врачи и их заместители... наделяются следующими полномочиями... при угрозе возникновения и распространения инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих, выносить мотивированные постановления о... проведении профилактических прививок гражданам или отдельным группам граждан по эпидемиологическим показаниям... введении (отмене) ограничительных мероприятий (карантина) в организациях и на объектах». Разумеется, это не отменяет право граждан на отказ от прививок и право ребенка быть принятым в детсад или школу, когда карантин закончится. Если руководство школы или детсада заявляет родителям, что такой карантин объявлен, то оно обязано предоставить и подтверждение этого в виде соответствующего решения Главного санитарного врача.

► **Нередко возникает проблема с пробой Манту. Без нее так же отказываются подписывать карту или принимать в детский сад.**

В Российской Федерации нет законов, устанавливающих, что без пробы Манту (а также флюорографии или других медицинских исследований) ребенка могут не допустить в детский сад или школу. Кроме того, выдвигание каких-либо предварительных условий, имеющих отношение к состоянию здоровья ребенка, противоречит ст. 5 «Государственные гарантии прав граждан Российской Федерации в области образования» российского «Закона об образовании», где сказано: «Гражданам Российской Федерации гарантируется возможность получения образования независимо

от... состояния здоровья». К сожалению, российская реальность такова, что родители должны постоянно и в максимально жесткой форме демонстрировать знание своих прав, если нужно привлекая на помощь и правоохранительные органы, чтобы защитить своих детей от «необходимых» прививок и биопроб, «совершенно безопасного» рентгеновского облучения и иных медицинских процедур, навязываемых чиновниками.

► **Хорошо, с помощью законов мы добьемся того, чтобы ребенка приняли в сад. Но какое к нему и к нам будет отношение со стороны персонала и других родителей?**

Это зависит только от вас и больше ни от кого. Прежде всего, помните и предупредите об этом персонал детсада, что факт разглашения медицинской истории (есть или нет у ребенка прививки или какие-либо болезни) является нарушением закона. Если родители других детей поднимут с вами эту тему, то спросите их, сделали ли они прививки своим детям. Если да, и их дети теперь «защищены» вакцинами, то им незачем беспокоиться, что непривитой может их заразить. Если же они сами не уверены в том, что прививки дают защиту, то тем более они не могут требовать от других родителей, чтобы они прививали своих детей.

Примечания

Общие вопросы вакцинопрофилактики

- ¹ Рейтц В. Критический взгляд на оспопрививание. СПб., 1873. С. 37-38.
- ² Червонская Г.П. Прививки: мифы и реальность. М., 2002. С. 384.
- ³ Coulter H. L. Vaccination, Social Violence and Criminality. The Medical Assault on the American Brain. Washington, 1988.

Токсические компоненты вакцин

- ¹ Slikker W. Developmental neurotoxicology of therapeutics: Survey of novel recent findings *Neurotoxicology* 2000; 21:250. См. также: Takahashi Y. et al. Release of Mercury from Dental Amalgam Fillings in Pregnant Rats and Distribution of Mercury in Maternal and Fetal Tissues *Toxicology* 2001, V21; 163(2-3), p. 115, Ramirez G. B. et al. C Pediatrics, 2000, V106(4), p. 774 и Report on Mercury Toxicity from Dental Amalgams and Thimerosal. Presented to Congressional Hearing 8 May 2003 by Prof. Boyd B. Haley.
- ² Haley B., Lovell M. Synergistic toxicities [unpublished material].
- ³ Bernard S. et al. The role of mercury in the pathogenesis of autism *Mol Psychiatry* 2002; 7:42-43.
- ⁴ О возможных механизмах связи поражения ключевых ферментов мозга ртутью и болезнью Альцгеймера см. Haley B. The Relationship of the Toxic Effects of Mercury to Exacerbation of the Medical Conditions Classified as Alzheimer's Disease *Nordisk Tidsskrift for Biologisk Medicin* 2003.
- ⁵ 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.
- ⁶ Authier F. J. et al. Central nervous system disease in patients with macrophagic myofasciitis *Brain* 2001\ May; 124(Pt 5):974-83.
- ⁷ Gherardi R. K. Lessons from macrophagic myofasciitis: towards definition of a vaccine adjuvant-related syndrome *Rev Neurol (Paris)* 2003 Feb; 159(2):162-4.
- ⁸ Redhead K. et al. Aluminium-adjuvanted vaccines transiently increase aluminium levels in murine brain tissue *Pharmacol Toxicol* 1992 Apr; 70(4):278-80.
- ⁹ 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.
- ¹⁰ См. прим. 2.
- ¹¹ Stajich G. V. et al. Iatrogenic exposure to mercury after hepatitis B vaccination in preterm infants *J Pediatr* (2000) May; 136(5):679-81.
- ¹² Homig M. et al. Susceptibility of mice to disturbances of behavior and brain architecture following postnatal thimerosal exposure parallels strain sensitivity to thimerosal *IMFAR* 2002, Orlando, FL; 85-86.
- ¹³ Geier D., Geier M. A comparative evaluation of the effects of MMR immunization and mercury doses from thimerosal-containing childhood vaccines on the population prevalence of autism *Med Sci Monitor* 2004; 10(3):133-39. Цит. по Miller D. Mercury on mind. Перевод О. Ващенко (Москва).
- ¹⁴ Kravchenko A.T. et al. Evaluation of the toxic action of prophylactic and therapeutic preparations on cell cultures. Paper III: The detection of toxic properties in medical biological preparations by degree of cell damage in the 132 continuous cell line. *Zh Mikrobiol Epidemiol Immunobiol* 1983;3:87-92.
- ¹⁵ Мнения специалистов разных дисциплин (материалы собраны Червонской Г. П.) // Вакцинопрофилактика и права человека. Доклад РНКБ. М., 1994.
- ¹⁶ Там же.

- ¹⁷ Anderson K. et al. Mosby's Medical, Nursing, and Allied Health Dictionary 1994, p. 1208. Цит. по Diodati C J. M. Immunization: history, ethics, law and health. Quebec, 1999, p. 69.
- ¹⁸ Budavari S. et al. The Merck Index: An Encyclopedia of Chemicals, Drugs and Biologicals. 1996, p. 662. Цит. по Ibid.
- ¹⁹ Rolleston W. B. Bovine serum: reducing the variables through the use of donor herds *Dev Biol Stand* 1999;99:79-86.
- ²⁰ Nevins JR. Cell Transformation by Viruses in: Knipe DM et al (ed.) *Fields Virology* (4th ed), 2001, Vol. I, chapter 10; 245-283, Joklik W. K. Tumor Viruses in: Joklik W. K. et al. *Zinsser Microbiology* (20th ed), 1992, chapter 59; 869-905.
- ²¹ Борхсениус С. Н., Чернова О. А. Микоплазмы. Молекулярная и клеточная биология, патогенность, диагностика. Л., 1989. С. 106.
- ²² Nanobacteria detected in vaccines *NanoNews* 2001 July; 1(2).

Натуральная оспа

- ¹ Razzel P. Edward Jenner's Cowpox Vaccine: The History of a Medical Myth. Caliban Books, 2nd ed., 1980.
- ² Huerkamp C. The History of Smallpox Vaccination in Germany: A First Step in the Medicalization of the General Public *J Contemp Hist* Oct. 1985; (20)4:617-635.
- ³ Die falschen Grundlagen des Reichs-Impfzwangsgesetzes von 1874, von Gustav Heymann, 1882. С 16-17. Цит. по: Бразоль Л.Е. Дженнеризм и пастеризм. Критический очерк на ученых и эмпирических оснований оспопрививания. Харьков, 1885. С. 138-139.
- ⁴ Vaxby D. Surveillance-containment is key to eradication of smallpox *BMJ* 1995; 310:62.
- ⁵ Профилактические прививки в практике педиатра. Киев, 1975. С. 179.
- ⁶ 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.

Ветряная оспа

- ¹ *Fed Inf Dis J* 2001; 20:1087-1088.
- ² 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.

Гепатиты А и В

- ¹ McIntire J. J. et al. Immunology: hepatitis A virus link to atopic disease *Nature* 2003 Oct; 425:576.
- ² Havrix ® (Hepatitis A Vaccine, Inactivated). Prescribing information.
- ³ Тайц Б.М., Рахманова А.Г. Вакцинопрофилактика. Краткий справочник. 3-е изд., СПб, 2001. С. 196.
- ⁴ 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.
- ⁵ 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.
- ⁶ Hernan M. A. et al. Recombinant hepatitis B vaccine and the risk of multiple sclerosis *Neurology* 2004; 63:838-842.
- ⁷ Classen J. B. Diabetes epidemic follows hepatitis B immunization program *New Zealand Medical Journal* 1996; 109:195, DeStefano F. The timing of hepatitis B immunization and risk of insulin dependent diabetes mellitus *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 1997;6:2-60, 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.

Грипп

- ¹ Медуницын Н.В. Вакцинология. М., 1999. С. 175-176.
- ² Сельповский А.П. и др. Зима без гриппа. Вакцинация — основной метод борьбы с гриппом *Медицина для всех* 1999; 3(14).
- ³ Scheifele D. W. et al. Evaluation of Adverse Events after Influenza Vaccination in Hospital Personnel *Canadian Medical Association Journal* 1990; 142(2):127-130.

Дифтерия

- ¹ Rakhmanova A.G. et al. Diphtheria outbreak in St. Petersburg: clinical characteristics of 1860 adult patients *Scand J Infect Dis* 1996; 28:37-40.
- ² Кадырова С.Н. Особенности дифтерийной инфекции взрослых в современных условиях. СПб, 1997. С. 8.
- ³ Учайкин В.Ф. Вакцинопрофилактика. С. 117.
- ⁴ Демиховская Е.В. и др. Варианты иммунного ответа на ревакцинацию дифтерийным анатоксином у взрослых *ЖМЭИ* 1999, сентябрь-октябрь. С. 94-98.
- ⁵ Nicolay U. et al. Diphtheria antitoxin level 2 years after booster vaccination *Wien Med Wochenschr* 2000; 150:435-9.

Коклюш

- ¹ Ehrengut W. Whooping cough vaccination. Comment on Report from Joint Committee on Vaccination and Immunization *Lancet*, 1978, 18 Feb.; 370-371.
- ² См. 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 Epic* 1984; 119(1):135-9.
- ³ Покровский В.М. и др. Эволюция инфекционных болезней в России. М., 2003. С. 253, 255.
- ⁴ Резник Я.Б. Реактогенность коклюшно-дифтерийной вакцины и методы ее снижения // Сизимова Г.А. и др. Дифтерия. Кемерово, 1971. С. 90.

Корь

- ¹ Anderson M. International mortality statistics: facts on file. Washington, 1981, pp. 182-183.
- ² Покровский В.И. и др; Эволюция инфекционных болезней в России в XX веке. М., 2003. С. 260-261.
- ³ Marufu T. et al. Measles complications: the importance of their management in reducing mortality attributed to measles *Cent Afr J Med* 1997 Jun; 43:162-5.
- ⁴ См., например, 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 и Barclay A. J. G. et al. Vitamin A supplements and mortality related to measles: a randomized clinical trial *BMJ* 1987; 294 (294-296).
- ⁵ *Lancet* June 29, 1996.
- ⁶ Ronne T. Measles virus infection without rash in childhood is related to disease in adult life *Lancet* January 1985; (5)1-5.
- ⁷ 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.
- ⁸ Kielinen M. et al.. Autism in Northern Finland *European Child & Adolescent Psychiatry* 2000; 9:162-167.
- ⁹ Nuutinen H. et al. Incidence and prevalence of Crohn's disease in Finland from 1986 to 1991 *Gastroenterology*, vol. 112:4.
- ¹⁰ Письмо в ВМЖ <http://bmi.bmjournals.com/cgi/eletters/330/7483/U2-d> Перевод А. Казачек.
- ¹¹ См. прим. 2, с. 271.
- ¹² Nakayama T. et al. Long-term regulation of interferon production by lymphocytes from children inoculated with live measles virus vaccine *J Infect Dis* 1988 Dec; 158(6):1386-90.
- ¹³ Yalcin S. S. The effect of live measles vaccines on serum vitamin A levels in healthy children *Acta Paediatr Jpn* 1998 Aug; 40:345-9.
- ¹⁴ Hutchins S. et al. Measles outbreaks in the United States 1987 through 1990 *Paediatr Infect Dis J* 1996;15:31-8.
- ¹⁵ FDA Workshop to Review Warnings: Use Instructions and Precautionary Information [on Vaccines] Rockville, Maryland, Sept. 18, 1992, p. 37.

Краснуха

- ¹ Orenstein W. A. et al. Rubella vaccine and susceptible hospital employees. Poor physician participation *JAMA* 1981, Feb 20; 245(7):711-3.
- ² См. «Перечень поствакцинальных осложнений, вызванных профилактическими прививками, включенными в Национальный календарь профилактических прививок РФ и профилактическими прививками по эпидемическим показаниям, дающих право гражданам на получение государственных единовременных пособий», утвержденный российским правительством 2 августа 1999 г.
- ³ *Science* March 1977, p. 9.
- ⁴ Gilmartin R. C. et al. Rubella vaccine myeloradiculoneuritis *J Pediatrics* 1972; 80(3):413-417.
- ⁵ Из последних сообщений можно отметить Cecille A. et al. A case report of post-rubella myelitis in an adult *Pathol Biol* (Paris) 1999 May; 47:531-3 и Tsuru A. et al. Acute disseminated encephalomyelitis after live rubella vaccination *Brain Dev* 2000 Jun 22:259-61.
- ⁶ 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.
- ⁷ См. главу «A Specific Homeopathic Program» книги Golden I. Vaccination? A Review of Risks and Alternatives. 5th ed., Australia, 1998.

Полиомиелит

- ¹ Онищенко Г.Г. и др. Вспышка полиомиелита в Чеченской республике в 1995 г. *Журнал микробиологии* 1996, №3 (приложение). С. 5-8.
- ² Mendelson R. How to raise a healthy child... in spite of your doctor. NY, 1984, p. 252.

Столбняк

- ¹ Veronesi R. et al. New concepts on tetanus immunization: naturally acquired immunity *J Hyg Epidemiol Microbiol Immunol* 1975; 19:126-34, Matzkin H., Regev S. Naturally acquired immunity to tetanus toxin in an isolated community *Infect Immun* 1985 Apr; 48(1):267-8, 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.
- ² Eibi et al. Abnormal T-lymphocyte subpopulations in healthy subjects after tetanus booster immunization *N Engl J Med* 1984 Jan 19; 310(3):198-9.
- ³ 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.
- ⁴ Passen E. L., Andersen B. Clinical tetanus despite a protective level of toxin-neutralising antibody *JAMA* 1988;255:19:1171-3.
- ⁵ Pryor T. et al. Elevated antitoxin titers in a man with generalized tetanus *J Earn Pract* 1997 Mar; 44(3):299-303.

Туберкулез

- ¹ Taylor R. Medicine Out of Control. Melbourne, 1979, fig. 1.1, pp. 8-9, использованные источники: Crofton J., 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.
- ² Кучеров А.Л., Ильичева Е.Ю. Пути повышения эффективности противотуберкулезных мероприятий и сокращения затрат на их проведение *Проблемы туберкулеза и болезней легких* 2003, 2004. С. 7-11.
- ³ Gajdova et al. Delayed effects of neonatal exposure to Tween 80 on female reproductive organs in rats *Food Chem Toxicol* 1993; 31(3):183-90.
- ⁴ Аксенова В.А. и др. Проблемы массовой противотуберкулезной иммунизации в современных условиях *Российский медицинский журнал* 1997, 5. С. 31—36.
- ⁵ Петров В.Ю. и др. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура у детей, ассоциирующаяся с введением туберкулина. *Педиатрия* 2004, 4. С. 16-19.
- ⁶ См. ICMR/WHO Scientific Group. Vaccination against tuberculosis *WHO Tech Rep Series* 1980, No. 651 и Вакцинация БЦЖ. Доклад Научной группы ВОЗ. Женева, 1982.

- ⁷ Гаврилов А.А. и др. Туберкулезный менингит у детей раннего возраста *Проблемы туберкулеза* 2001, 1. С. 34-36
- ⁸ Нореико Б.В. Иммунологические аспекты фтизиатрии *Новости медицины и фармации* Донецк, 2003. 12(140).
- ⁹ 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.

Эпидемический паротит (свинка)

- ¹ Покровский В.И. и др. Эволюция инфекционных болезней в России в XX веке. М., 2003. С. 345.
- ² Neustaedter R. *The Vaccine Guide. Making an Informed Choice* Berkeley, California, 1996. P. 152.
- ³ West R. O. Epidemiological studies of malignancies of ovaries *Cancer* July 1966:1001-1007.
- ⁴ Menczer J. Possible role of mumps virus in the etiology of ovarian cancer *Cancer* Apr 1979; 43:1375-9.
- ⁵ Mendelson R. How to raise a healthy child... in spite of your doctor NY, 1984, pp. 235-236.
- ⁶ Тайц Б.М., Рахманова А.Г. Вакцинопрофилактика. Краткий справочник. 3-е изд., СПб., 2001. С. 169-170.
- ⁷ Li Jin et al. Genetic Heterogeneity of Mumps Virus in the United Kingdom: Identification of Two New Genotypes *J Inf Dis* 1999; 180:829-833.

Коток Александр

К 73 Прививки в вопросах и ответах для думающих родителей. —
Новосибирск, «Гомеопатическая книга», 2006.

ISBN 5-903139-02-7

В последние годы безопасность и эффективность прививок вызывает все больше сомнений, однако основания для подобных сомнений остаются неизвестными заинтересованной публике. В книге д-ра А. Котока дается краткая информация о детских инфекционных болезнях и о прививках против них, позволяющая увидеть не только положительные, но и отрицательные стороны массовой вакцинопрофилактики. Предназначение книги - помочь сделать информированный выбор, основанный на знакомстве со всеми точками зрения на обсуждаемый вопрос.

Книга адресована широкому кругу читателей.

УДК 615.374
ББК 52.54

Коток Александр

Прививки в вопросах и ответах для думающих родителей

Публикуется в авторской редакции

Отв. редактор *Мария Сокольская*

Корректор *Татьяна Сокольская*

Компьютерная верстка *Андрей Попов*

Подписано в печать ???.??.????

Формат А?/??. Бумага ???????. Гарнитура Таймс.

Тираж 1000 экз. Заказ № ????????

Издательство «Гомеопатическая книга».

630090, Новосибирск, а/я 576. Тел. 8-923-235-0881, 8-913-920-9234.

E-mail: info@homeobooks.ru; сайт: www.homeobooks.ru.

Отпечатано в ООО «Принтинг».

630024, Новосибирск, ул. Бетонная, 8. Тел.: 353-02-09, 352-82-54.