

Научно-популярное издание

Вакцино- профилактика и права человека

***Доклад Российского Национального
комитета
по биоэтике***

*Ответственный редактор: доктор философских наук,
профессор, заместитель председателя Российского
Национального комитета по биоэтике (РНКБ) Б.Г.Юдин.*

*Доклад подготовлен при финансовой поддержке Фонда
фундаментальных исследований Российской Академии наук.
Проект 93-06-11141.
Москва, 1994*

Содержание

ПРЕДИСЛОВИЕ	3
МИФЫ И ПРАВДА О ПРИВИВКАХ	5
1. Введение в проблему: система прививок в СССР и в России	5
2. Общие меры борьбы против инфекционных заболеваний	11
3. Противопоказания к прививкам	22
4. АКДС – «вакцина»: состав и методы изучения безопасности	32
5. Осложнения после прививок – разновидность ятрогенной патологии	53
6. «Для проведения исследований были отобраны практически здоровые дети...»	66
7. Обращение к Президенту Российской Федерации Б.Н.Ельцину	78
8. Вместо послесловия. Вакцинопрофилактика – только ли медицинская проблема?	83
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	84

Средства массовой информации, руководители служб здравоохранения и санитарно-эпидемиологического надзора беспрестанно сообщают всё более тревожные данные о росте заболеваемости и смертности от инфекционных болезней, в частности, от дифтерии. Однако средства и методы, применяемые для разрешения этой острой проблемы, вызывают немало вопросов. В докладе, подготовленном междисциплинарной группой, включающей медиков и биологов разных специальностей, а также философов и юристов, обосновывается необходимость серьезного пересмотра проводимой в России политики массовой вакцинации населения.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Российский Национальный комитет по биоэтике (РНКБ) – независимая некоммерческая организация, созданная под эгидой Российской Академии наук в 1992 г. Основная цель РНКБ – способствовать защите фундаментальных прав, свобод и достоинства человека в условиях бурного прогресса биологических и медицинских наук и во взаимодействии человека как пациента со сферой здравоохранения.

Настоящий доклад («Вакцинопрофилактика и права человека») – первый документ такого рода, подготовленный РНКБ. Он посвящён одной из наиболее остро обсуждаемых ныне российской общественностью проблем в этой области – гарантиям защиты прав и здоровья человека при проведении массовой вакцинации населения.

Острота проблемы обусловлена двумя обстоятельствами:

...во-первых, в ходе сложного и болезненного процесса преобразований, переживаемых нашим обществом, в связи с резким ухудшением социально-экономических условий жизни населения, наблюдается явное неблагополучие в санитарно – эпидемиологической сфере, нередко требующее неотложных действий на федеральном, региональном и местном уровнях;

...во-вторых, одной из сторон этого же процесса преобразований является коренное изменение взаимоотношений между гражданином, обществом и государством, которое должно найти своё выражение и в самом серьёзном обновлении принципов деятельности служб здравоохранения и санэпиднадзора, поскольку становится всё более очевидным, что традиционные решения далеко не всегда срабатывают в нынешних ситуациях.

Резко меняющиеся условия общественной жизни порождают, таким образом, и новые, подчас неожиданные проблемы, которые требуют новых подходов и методов для их разрешения. Необходимым предварительным условием для этого, однако, является по возможности корректная и четкая постановка таких проблем, позволяющая увидеть их во всей глубине и многоаспектности. Именно эта задача применительно к современной практике массовой вакцинации населения и определяет основное содержание и общую направленность доклада.

Мы адресуемся не только к службам здравоохранения и санэпиднадзора, но и к другим государственным органам, и к общественности, в том числе – к средствам массовой информации.

Мы стремимся не к углублению конфронтации между сторонниками и противниками проводимой ныне политики в области вакцинопрофилактики – а эта конфронтация уже реально имеет место на страни-

цах печати, — но к выработке согласованных точек зрения. Следует сразу же отметить, что в настоящем докладе представлены главным образом позиции тех, кто выступает с большей или меньшей долей критicisma по отношению к существующей практике вакцинации.

Мы считаем, что политика в области вакцинопрофилактики должна быть серьёзно проанализирована и переосмыслена. Предварительным условием для этого, по нашему мнению, является отказ от кулуарно-ведомственных путей её формирования и открытый диалог как между специалистами, придерживающимися разных взглядов, так и между государственными службами и общественностью.

Несколько слов о структуре доклада. Наиболее объёмная его часть подготовлена вирусологом Г.П.Червонской. Далее следует подборка материалов, написанных биологами и медиками различных специальностей. Следующий раздел доклада составлен из аналитических материалов, подготовленных философами и юристами, специализирующимися в области биоэтики. В заключительной части коротко резюмируется его содержание и формулируются рекомендации.

Следует подчеркнуть, что авторы доклада далеко не со всем согласны между собой, и что доклад не должен восприниматься как формальное отражение единой позиции РНКБ. Таковым можно считать лишь настоящее предисловие и заключение. Каждый из авторов несёт персональную ответственность за точность приводимых им фактических данных и корректность цитирования.

РНКБ рассматривает настоящий доклад как одну из первых попыток организации широкого и общественно необходимого разговора по существу затронутых в нем проблем. Мы будем признательны всем тем, кто откликнется на доклад своими замечаниями, суждениями и предложениями по адресу: г.Москва, 119842, Волохонка, 14, Институт человека РАН и Российский Национальный комитет по биоэтике.

Средства массовой информации, руководители служб здравоохранения и санитарно-эпидемиологического надзора беспрестанно сообщают всё более тревожные данные о росте заболеваемости и смертности от инфекционных болезней, в частности, от дифтерии. Однако средства и методы, применяемые для разрешения этой острой проблемы, вызывают немало вопросов. В докладе, подготовленном междисциплинарной группой, включающей медиков и биологов разных специальностей, а также философов и юристов, обосновывается необходимость серьёзного пересмотра проводимой в России политики массовой вакцинации населения и её оснований.

Сомнительное качество применяемых вакцин, с одной стороны, и ослабленное здоровье населения, с другой, делают противoinфекционные прививки фактором риска.

Вместе с тем, массовая вакцинация порождает немало вопросов этического и юридического характера, обсуждаемых в докладе. Наряду с этим, в докладе приводится обширный перечень данных об испытаниях вакцин на детях и взрослых, проведенных с нарушением этических и юридических норм. На основании проведенного анализа предложены рекомендации по ряду наиболее острых проблем современной политики в области вакцинопрофилактики.

*Г.П.Червонская, кандидат биологических наук, вирусолог,
Российский Национальный комитет по биоэтике РАН,
Международная Организация прав человека при ООН*

МИФЫ И ПРАВДА О ПРИВИВКАХ

1. Введение в проблему: система прививок в СССР и в России

Изложенные здесь наблюдения и соображения – это результат моей многолетней работы в области экспериментальной медицины – изготовления и контроля качества вакцинно-сывороточных препаратов (именуемых «иммунобиологическими») в вирусологии – «культуральной» вирусологии, то есть без использования животных и человека в эксперименте. Вместо этого изучается альтернативная биологическая модель – культура клеток. В современных медико-биологических изысканиях эта модель применяется не только в вирусологии, но в иммунологической диагностике, генетике, токсиколого-гигиенической экспертизе и других областях, к сожалению, в основном на Западе, хотя наша страна располагает и банками клеток разного вида и происхождения, и специалистами.

В фундаментальных исследованиях и в практике одних дисциплин культура клеток резко сокращает число экспериментальных животных; в других, как и в вирусологии – практически полностью их заменяет. Экспресс-тесты с использованием культуры клеток этичны и, кроме того, экономят время, деньги и животных. Следует заметить также, что содержание и отношение к лабораторным животным в отечественных вивариях очень далеки от международного «Этического кодекса по проведению экспериментов с использованием животных». Это не только серьезная проблема этического, философского и морального порядка. Когда нет кондиционных животных, то попросту отсутствуют достоверные результаты. Во многих странах приняты законы, направленные на защиту животных, используемых в медико-биологических исследованиях, на то, чтобы проведение таких исследований допускалось лишь при получении специального разрешения и т.д. Ничего подобного у нас

нет. Поэтому и результаты, полученные на «наших» животных, во многих случаях нельзя считать достоверными.

Вообще говоря, культура клеток – это серьезная, как принято говорить, «отдельная проблема», проблема гуманизации медицинского эксперимента, и мы коснемся её лишь чуть-чуть, в плане сопоставления отечественного варианта вакцины АКДС с отечественным вариантом вакцины против вирусов полиомиелита. Последняя была разработана в 1955-57 гг. под руководством академика М.П.Чумакова в организованном им в Москве Институте полиомиелита.

Самое главное в производстве полиомиелитной вакцины – культура клеток и асептические условия работы. «Культура», т.е. возделывание, получение большого количества клеток. Вирусы, как известно, размножаются исключительно в живой клетке: в клетке человека, животных, растений, рыб, насекомых и т.д. Таким образом, культура клеток, разработанная впервые американскими учеными, явилась субстратом для размножения и накопления большого количества вируса – вирусной массы. После получения необходимого количества вируссодержащей жидкости, отвечающей определенным требованиям для последующего приготовления из нее вакцины, работа ведется уже над изготовлением самого препарата. Первые многочисленные этапы изучения активности и безопасности полиовакцины происходят в культуре клеток – с использованием этого высокочувствительного к различным токсическим проявлениям инструмента. И если бы готовая убитая вакцина против вирусов полиомиелита обладала токсическим действием, как отечественная АКДС (ассоциированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная), то убивала бы клетки в культуре. Такое свойство исключало бы возможность исследования основных показателей качества вакцины. Напомним, что все вирусологические работы по изготовлению вакцин и культивированию клеток, предназначенных для субстрата, ведутся в исключительно стерильных условиях. Абсолютно недопустимо дополнительное введение антибактериальных веществ на случай подстраховки стерильной работы. К этому мы еще вернемся, поскольку данная ситуация – одно из существенных отличий приготовления отечественных вирусных вакцин от бактериальных, каковой является, например, АКДС.

Описывая условия приготовления первых серий убитой (ин-активированной) вирусной вакцины, мы сравниваем их с получением другого отечественного «иммунобиологического» антибактериального препарата – АКДС, в которой инфекционное начало убито тем же инактиватором – формалином. Время создания препаратов в нашей стране совпадает, а вот культура производства не имеет ничего общего.

Серьезность и важность появления культуры клеток в вирусологии отмечена на очень высоком международном уровне. В 1954 г., когда в США борьба с полиомиелитом была в полном разгаре, то Каролинский

институт присудил Нобелевскую премию по физиологии и медицине Д.Эндерсу, Ф.Роббинсу и Т.Уэллеру за разработку метода размножения вирусов полиомиелита в культуре клеток, за замену последними животных – обезьян. Более того, опыт, накопленный международной практикой, теперь уже в течение 35 лет, показал, что культура клеток является более чувствительной системой, чем организм обезьян, для выведения в убитой (ин-активированной) вакцине случайно оставшегося инфекционного полиовируса. Такой остаток должен быть полностью исключен, поскольку это чревато заражением, а не вакцинированием.

Во многих странах производят не живую, а убитую полиовакцину. Поэтому для более высокой гарантии безвредности в культуру вводят гораздо больший объем вакцины, чем в организм обезьяны. Понятно, что при этом в готовом препарате не должно содержаться «гаранта стерильности» – остатков химических веществ, даже тех которые используются и необходимы в процессе изготовления вакцины (например, формалина), не говоря уж о добавках, обладающих токсическим действием в культуре клеток. Исходя из международной практики, имея модель и владея методами её использования, мы применили культуру клеток для изучения АКДС. Начиная с 1976 года, проверили более трёхсот коммерческих серий этой, так называемой, «вакцины». «Коммерческие серии» – это такие, которые прошли все контроли и стандартизацию, были выпущены и доставлены во все детские поликлиники и другие «места применения».

Трудно было поверить в то, что нами обнаружено в составе АКДС отечественного изготовления!.. Все серии, проверенные нами, были нестандартны. Более того, готовый препарат не имеет никакого права называться «биопрепаратом», да ещё «иммунологическим», поскольку является серьезным химико-биологическим конгломератом, содержащим химические вещества, опасность которых давно доказана даже при однократном контакте с их малыми концентрациями. Доза АКДС 0,5 мл, предназначенная для однократного парентерального (внутримышечного) введения грудному ребенку, убивает клетки в культуре. Но модель продолжает погибать и после разведения этих 0,5 мл. в 100... 1000... и более раз! Позже проводили исследования в сравнении с некоторыми зарубежными образцами. Аналогии не установили.

На некоторые серии АКДС, бывшие у нас на контроле и отмеченные как высокотоксичные, пришли рекламации с мест применения с указанием на «сильные местные реакции», «резкое увеличение степени кожных реакций», «гиперемия», «повышенную отёчность в месте введения» и т.д. Установленное нами в культуре диплоидных клеток человека нельзя определить в опытах на животных. Стала совершенно очевидна одна из причин местных реакций на введение АКДС и её модификаций (АДС-М и др.) не только у детей, но и у взрослых. О полу-

ченных результатах мы писали не только в специальной литературе, но и в Минздравы, Комитет вакцин и сывороток (КВС), неоднократно докладывали на ученых советах в ГосНИИ стандартизации и контроля медицинских биологических препаратов им. Л.А.Тарасевича (ГНИИСК).

К более подробному разговору о составе АКДС, об осложнениях на её введение мы ещё вернемся. Сейчас же хочу сказать о том, что моё знакомство с некоторыми отечественными предприятиями, изготавливающими антибактериальные вакцины, произвело на меня очень тяжёлое впечатление. Полное отсутствие культуры производства медицинских препаратов, за которой не надо ехать ни в США, ни в Швецию, ни в Германию, а всего лишь в Институт полиомиелита и вирусных энцефалитов (ИПВЭ РАМН) под Москвой.

С помощью журналистов нам удалось сделать фильм о работе одного из предприятий, производящего АКДС и расположенного в Петрово-Дальнем, Московской области. Администрация с гордостью демонстрировала свои «достижения», даже не понимая, что показывать такой уровень производства в наше время – позор! Никаких представлений о стерильной работе, о стандартном содержании экспериментальных животных, о гуманном обращении с ними! Не стала бы я вводить препарат, изготовленный на таком предприятии, ни себе, ни своим родным и близким. Такие предприятия надо закрывать!.

Телефильм как-то прошел по программе «Добрый вечер, Москва!». Но, заинтересовав несколько десятков специалистов, в том числе участковых педиатров, он не вызвал никакой реакции у организаторов повальных прививок АКДС, которую, как нами установлено, вовсе нельзя считать вакциной.

Позже, в 1992 году, по просьбе российского правительства ведущие специалисты шести стран мира проводили экспертизу нашей лекарственной фармакологической промышленности. Результаты экспертизы частично были изложены в газете «Куранты» (15.09.92). Приглашённые зарубежные специалисты установили, что все предприятия, изготавливающие в нашей стране медицинские препараты, находятся в очень тяжелом состоянии; производственная технология лекарственных фармакологических средств отстаёт на 30-40 лет, полностью отсутствует адекватный контроль качества, нет биологических баз со стандартными экспериментальными животными, условия изготовления абсолютно антисанитарные и т.д.

С чем же сравнивать изготовление АКДС, если известно, что контроль качества, изучение безопасности отечественных лекарственных фарм.средств и добавок к ним, судя по «руководящим методическим материалам», на несколько порядков выше, нежели «унифицированные методы контроля» профилактических лекарственных биопрепаратов и прежде всего АКДС и её «ослабленных» модификаций? Было бы

чуть проще, если бы АКДС- «вакцина» прошла первые стадии изучения безопасности, присущие вирусным препаратам. Уверена, если бы это случилось, то АКДС никогда бы не была допущена в практику детского здравоохранения.

Использование чужеродных белков (если бы только их!) в качестве профилактических средств в сочетании с пестицидами, содержащимися во вполне определяемых количествах в той же АКДС, при инъекционном их поступлении в организм грудных детей приводит к более быстрому истощению функциональных резервов жизнеобеспечивающих систем, к нарушению гомеостаза, к микродеструктивным процессам, не всегда и сразу уловимым и клинически проявляемым, но ведущим к аутосенсibilизации и т.д.

Печальный, а во многом и трагичный опыт массового применения вакцин в нашей стране – всё ещё неосознанный глобальный эксперимент со многими неизвестными, эксперимент, продолжающийся широкомасштабно уже не один десяток лет. В течение всего этого времени мало кто задумывался над тем, как глубоко «медицина» вторглась в природу человека с нашей «уникальной и оригинальной» системой прививок при массовом использовании препаратов в детской практике здравоохранения. Ведь БЦЖ имеет 9 противопоказаний, АКДС и её модификации – 16. Как возможно массовое использование препаратов с таким количеством противопоказаний? Такое количество противопоказаний было вплоть до конца восьмидесятых годов. Сейчас его снизили, из 16 оставив 8, и не очень-то объяснив почему, хотя технология изготовления АКДС не менялась. Хотелось бы узнать на этот счет мнение эпидемиологов и педиатров.

При этом практические врачи в своих письмах нам пишут о том, что по состоянию современного здоровья–нездоровья наших детей противопоказания надо увеличивать!

Из многочисленных публикаций в научной и научно-популярной литературе, центральной прессе известно: отмечается тенденция хронизации болезней, рост аллергических и онкологических заболеваний, детской лейкемии (!), увеличение женского и мужского бесплодия, повышение числа генетических уродств и нарушений в процессе развития плода. А царствующая система прививок опять вне всего этого, будучи же виной всему перечисленному. Пока ещё универсальные механизмы биологической адаптации человека срабатывают, но они же не беспредельны!

Таким образом, вопросы, которые мы поднимаем, относятся к проблемам массовой вакцино-профилактики, осуществляемой отечественными здравоохранительными органами по принципу «Советский Союз всегда занимал ведущее место в мире по массовости планового использования вакцин... что является оригинальностью нашей позиции»

Такой подход, действительно, совершенно оригинален. Подобной практики прививок вслепую не существует ни в одной другой стране, и в этом легко убедиться, если познакомишься со стратегией и методологией проведения прививок в США, Англии, Швеции и многих других странах.

Некоторые аспекты нездоровья – ятрогении, то есть повреждений, вызванных врачами, посредством нашей системы прививок, без соблюдения индивидуального подхода к каждому ребенку, будут рассмотрены в этом докладе специалистами разных дисциплин. И это очень важно, поскольку прививки давно вышли за рамки собственно вакцинопрофилактики и стали серьезной социальной проблемой.

Сбор материалов по анализируемой проблеме занял у меня более трёх десятилетий. Информация, которую я здесь представляю (разумеется, не всю!) включает:

1. ...Собственные экспериментальные данные;
2. ...Знание обстановки на отечественных предприятиях, производящих вирусные и бактериальные препараты – вакцины;
3. ...Представления об «Этическом кодексе Совета международных медицинских научных организаций по проведению экспериментов с использованием животных» (из публикаций и личных контактов), а также знания о некачественном, нестандартном содержании экспериментальных животных в наших вивариях, об антигуманном и безнравственном обращении с ними; об ограниченном использовании альтернативных моделей, помогающих сокращению и замене животных в опытах;
4. ...Знания о состоянии (или практическом отсутствии) вакцинологии в нашей стране – ни одна вакцина не изучена на прогноз отдалённых последствий ни на животных, ни в условиях *in vitro*;
5. ...Публикации многочисленных авторов, в их числе контролеров ГНИИСКА, о низком качестве, низком уровне изучения безопасности вакцин, о некачественной АКДС, требующей серьезного усовершенствования, о чём пишут со дня внедрения её в практику – а между тем неусовершенствованную вакцину продолжают вводить грудным детям;
6. ...Существование мало кому известных и мало кем учитываемых медицинских противопоказаний;
7. ...Отсутствие диагностических, генетических, иммунологических и др. служб;
8. ...Наличие перечня «обильных» поствакцинальных осложнений, особенно после применения АКДС, её модификаций и БЦЖ;
9. ...Отсутствие юридически обоснованного статуса добровольца в отечественном медицинском эксперименте;
10. ...Публикации ВОЗ и международную практику использования вакцин и многих других в опросах, в том числе правовых, в области стратегии и методологии прививок.

Международная практика предполагает, что лица, подлежащие прививкам или их родители, в обязательном порядке заранее ставятся в известность о том, что именно будут прививать, какие имеются вакцины, по каким причинам рекомендуется сделать прививку. Они предупреждаются о пользе и возможных опасностях, связанных с вакцинацией, чтобы прививки проводились среди полностью проинформированного населения. Каждый ребенок должен иметь паспорт здоровья и паспорт иммунологического статуса. Прививки должны проводиться строго индивидуально, с учётом всех «за» и «против». Строжайше при этом учитываются наследственные противопоказания; должна быть предусмотрена выплата «компенсаций за нанесенный иммунизацией ущерб здоровью, что служит официальным признанием риска, связанного с вакцинацией (например, в США выплачивается компенсация в размере до 10 млн. долларов (Benefits, risks, vaccines and the courts – «Science», 1985, v. 227, № 4692). Фирмы платят неустойку за неблагоприятный исход вакцинации (поэтому в США закрылись две фирмы по изготовлению АКДС. Они отказались её производить из-за осложнений и выплат больших компенсаций).

В России же ни одно из перечисленных требований не выполняется. Долгое замалчивание многих аспектов этой проблемы привело к тому, что массовый насильственный охват инъекциями, являясь, по сути, необъявленным широкомасштабным страшным экспериментом, стал в нашей стране повседневным и обыденным явлением.

2. Общие меры борьбы против инфекционных заболеваний

...Вряд ли теперь можно установить, когда и почему, в силу каких обстоятельств у нас в стране сложилось убеждение в том, что только прививки спасают мир от инфекционных заболеваний!

...Только благодаря, якобы, вакцинам будут «побеждены и ликвидированы» все или почти все вирусные и бактериальные инфекции!

...А такие, как туберкулёз, дифтерия, коклюш, корь, полиомиелит и некоторые другие, стали, якобы, «управляемыми»!

Вместе с тем известно, что вакцины не действуют на возбудитель, а искусственно перестраивают, иммуномодулируют функциональное состояние организма.

Руководители отечественных эпидслужб до сих пор продолжают приводить в пример кампанию по оспо-прививанию, хотя мировая практика давно считает, что эта кампания не является подходящей моделью в борьбе с другими инфекционными и паразитарными заболеваниями. Модель совершенно не подходит и для дифтерии, с одной стороны, из-за невозможности выработки у населения эффективного устойчивого иммунитета против дифтерии, а с другой, из-за персисти-

рования, то есть хронического носительства дифтерийной палочки здоровыми и не болеющими лицами. Сами они не болеют, хоть и инфицированы, и именно поэтому являются передатчиками возбудителя восприимчивой к дифтерии части населения.

В мировой практике прослежено и другое в отношении повышения сопротивляемости инфекционным заболеваниям. Очень многие страны добились существенного улучшения не только в области санитарно-эпидемиологического надзора: слежения, выявления, прерывания цепи передачи, знания и контролирования эндемичных регионов по тем или другим инфекционным заболеваниям, но и питания. Последнее в существенной мере и привело к повышению сопротивляемости организма многим инфекционным заболеваниям. А у нас все ещё продолжают удивляться тому факту, что «иммунизация относительно мало способствовала этому достижению, и не потому, что была неэффективной, а потому, что снижение смертности наблюдалось в период, когда уровень охвата иммунизацией был довольно низким». Кроме того, изучение международных программ по этой проблеме показывает, что приоритет в области борьбы с инфекционными заболеваниями отдан диагностическим службам. Ранняя диагностика резко снижает распространение заболевания.

Про оспо-прививание известно, что ещё в условиях наличия опасности завоза инфекции из эпидемических районов во многих странах эта вакцинация была отменена – в США, Англии, ФРГ, Дании и многих других государствах в начале 60-х годов. А в СССР ещё двадцать лет ослабляли иммунитет детей тотальным охватом этой вакциной, потому что не могли наладить надзор, которого нет и по сей день!

Между тем, некоторые эпидемиологи и педиатры продолжают ссылаться на оспо-прививание и его победу, а также на международную практику, уверяя, что в СНГ прививки осуществляются по «единой» схеме, придуманной для «всего мира», и, якобы, требуемой Всемирной Организацией здравоохранения (ВОЗ).

Однако не всё то, что рекомендует ВОЗ, является прямым руководством к действию, о чем, кстати, ВОЗ постоянно напоминает в своих публикациях:

«...Доклад не обязательно представляет решения или официальную политику ВОЗ»;

«...Упоминание некоторых компаний или продукции отдельных изготовителей не означает, что ВОЗ отдаёт им предпочтение по сравнению с другими, не упомянутыми в тексте, или рекомендует их к использованию. Как правило, патентованные наименования выделяются начальными прописными буквами»;

«...Разработка универсальных рекомендаций по иммунизации детей не представляется возможной или желательной.... Каждая страна

должна сформулировать свои собственные принципы, основанные на рекомендациях многопрофильной национальной консультативной группы, в зависимости от необходимости, в соответствии с эпидемиологической ситуацией в каждой стране, регионе».

Так, например, в **Нигерии** в 1989 г. был принят новый закон о лекарственных средствах для решения проблем их распределений и использования. В Нигерии считают: «Ни в коей мере не умаляя работы ВОЗ в этом направлении, мы не хотим, чтобы кто-то нам указывал, какие препараты нужно включать в наш национальный перечень» [«Здоровье мира», 1992, №3-4].

Другой пример. **Тунис**: «Отказ от массовых кампаний». При разработке программы иммунизации (вакцинопрофилактики), в Тунисе была осуществлена «важная стратегическая перемена – отказ от проводимых ранее массовых кампаний. Иммунизация превратилась в обычную процедуру, органичную составную часть общей системы здравоохранения с другими службами медицины». С 1981 г. на всех детей, родившихся в Тунисе, заведен «паспорт здоровья». В этом паспорте проставлены все медико-генетические показания, состояние иммунологического статуса семьи (в динамике!) и родившегося ребенка и т. д. На первом месте – отнюдь не прививки!

Третий пример. **Франция**. «Дьявольским упорством» названа кампания ВОЗ по Расширенной программе иммунизации (РПИ). В статье «Размышления о кампании массовой вакцинации» [Франция, 1989] даётся критический анализ РПИ. Кроме того, в этой стране всё больше упорядочивается отношение к применению разных лекарственных средств. (Отступая несколько в сторону, не могу не заметить, что именно фирмы Франции привезли нам (!) АКДС, содержащую ртутную соль!!!

Четвертый пример. **США**. Нет вакцинации в роддомах против туберкулёза (как и во многих других государствах)!. Общегосударственное законодательство по вопросам прививок в стране отсутствует, кроме вакцинации перед международными поездками. Законодательства имеются в 21 штате. Эти законодательства предусматривают обязательную вакцинацию против пяти инфекционных болезней до поступления ребенка в школу. В 13 штатах законы о прививках включают препараты против кори, полиомиелита, дифтерии, коклюша, столбняка; в 17 штатах – против кори; в 20 – против полиомиелита; в 18 – против дифтерии и т.д. Есть штаты, в которых отсутствуют все названные прививки. Ответственность за выполнение законов несут в разных штатах: отделы здравоохранения штатов и местные, отделы образования штатов и местные. Почти все законы об обязательных прививках предусматривают освобождение детей, родители которых не хотят делать прививку по религиозным или другим соображениям. Поэтому, факти-

чески, **вакцинопрофилактика, как всякое медицинское вмешательство, а тем более парентеральное, является добровольным мероприятием.**

«Вакцинация нас в СССР – мера обязательная. А куда целесообразней проводить ее на добровольной основе...», – писал академик РАМН М.П.Чумаков [«Медицинская газета», 01.11.88].

«США и Австралия представляют наиболее населенные развитые страны, которые не сообщают в ВОЗ об иммунизации детей в возрасте до одного года, за исключением противокоревой вакцины».

Какова же практика в СНГ? Известно, что в роддомах на полные третьи сутки после рождения ребенку вводят БЦЖ: безо всякого обследования, без семейного анамнеза и прочих «мелочей». Родителей практически никто не спрашивает: «Делать – не делать?». «Так положено! Ещё тебя спрашивать будем!» (из писем родителей). Ребенку вводят парентерально сильнейший иммуномодулятор – ослабленную, но живую вакцину из микобактерий туберкулёза – БЦЖ. При этом, как известно, даже такая тотальная «забота» о здоровье не привела к искоренению и ликвидации туберкулёза!... Наоборот, смертность, по данным специалистов, от туберкулёза – на первом месте среди других инфекционных заболеваний, и заболеваемость туберкулёзом растёт.

Торжественно-победные отчеты вводили в заблуждение, дезинформировали не один десяток лет не только специалистов бывшего СССР, но и ВОЗ, международную медицинскую общественность. На самом деле, рост заболеваемости туберкулёзом и дифтерией, и не только ими, увеличивался, причем дифтерией – с 1980 г. – именно так сказано в новой «Федеральной целевой программе Российской Федерации «ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА» на 1993-1997 гг., одобренной президиумом Совета Министров – Правительством РФ 13 июля 1993 г.

Вот одно из свидетельств: «Несмотря на массовое проведение профилактических прививок в последние годы в СССР, отмечается увеличение заболеваемости дифтерией, на некоторых территориях формируются очаги групповых заболеваний, регистрируются осложнения и летальные исходы» – написано было ещё в 1986 г.. Конечно же, это – не единичная публикация, рассчитанная не на широкого читателя. А вот многие руководители здравоохранения и санэпиднадзора и сейчас еще продолжают утверждать, что заболеваемость дифтерией начала свой рост с 1988 г., то есть после того, когда появилась наша первая публикация о составе отечественной АКДС [«Комсомольская правда», 15.09.91], вызвавшая многочисленные отказы от её введения. Но широким массам нашей страны неизвестны и другие положения, как, например: «С помощью современных противодифтерийных вакцин (анатоксина, содержащегося в АКДС), обеспечивающих выработку напря-

женного антитоксического (но не антибактериального) иммунитета, ликвидация дифтерии невозможна».

Вообще обращает на себя внимание отсутствие сколько-нибудь надёжной статистики, инфекционных заболеваний. Нижеследующий перечень убеждает нас в этом:

1. «Независимая газета», 24.09.92: Автор Монисов, Госкомэпиднадзор: «Заболеваемость дифтерией увеличилась в два раза...»

2. «Российская газета», 24.10.92: По данным Московского Общества эпидемиологов и микробиологов: «...Количество заболевших дифтерией в Москве в 1992 г. уже 340 человек».

3. В передаче «Открытого радио» 30.10.92: Шестопалов Н., бывший гл. санитарный врач г. Москвы «...Количество заболевших дифтерией в Москве в 1992 г. Уже 600 человек».

4. «Независимая газета», 04.11.92: Карниз А., председатель подкомиссии «Медицина катастроф», член Моссовета, народный депутат: «Количество заболевших дифтерией в Москве в 1992 г. Уже 688 человек».

5. Программа «Маяк», 17.11.92: Котова Е., Госкомсанэпиднадзор: «Количество заболевших дифтерией в Москве в 1992 г. уже 499 человек».

6. «Известия», 08.12.92: Брагинская В., Озерцовский Н. «В Москве к концу октября заболели уже 732 человека...»

7. Газета «Центр плюс», №1, 1993 «В 1992 г. дифтерией в Москве заболели 787 человек».

8. «Московская правда», 20.05.1993: Надеждин И. «Только в 1993 г. в Москве заболели дифтерией 938 человек».

9. Сведения по Москве за 1993 г. «Московская правда», 20.05.1993. «Уже заболели 335 человек».

10. Сведения по Москве за 1993 г. «Московская правда», 25.05.1993. «В текущем году поражены этим вирусом (?) уже 200 человек».

Комментарии, как говорят, излишни, тем более, что возбудитель дифтерии – не вирус. Кроме того, как можно определить «практический риск заболеваний», когда на конец октября – такое разнообразие? Не лучшей была обстановка по «статистически достоверным данным» и в 1991 году. Так, Монисов заявил в центральной прессе, что в Москве в 1991 году было «около тысячи заболевших дифтерией» («Независимая газета». 24.09.92), а в Государственном докладе «О состоянии здоровья населения Российской Федерации в 1991 году» написано: «Наибольшее число заболеваний дифтерией в 1991 году отмечено в Москве и Московской области – 604 случая...». За тот же 1991 год у А.Карниза сведения совершенно иные: «...В 1991 году в столице заболели дифтерией 435 человек...».

А вот сведения «об эпидемии дифтерии в Москве» из письма Н.Шестопалова – «Об эпидемиологической обстановке по дифтерии в Москве и мерах по её стабилизации», официального послания, направлен-

ного всем главным санитарным врачам округов г. Москвы. Письмо №7-41/95 от 17 декабря 1991 г.: «...Рост заболеваемости среди детей эпидемиологически закономерен и не является на сегодня неблагоприятным прогностическим признаком... Поздняя диагностика и поздняя госпитализация заболевших являются причинами распространения инфекции и формирования групповых очагов: в первые два дня за помощью обращаются 75,5% детей, а госпитализируются в эти же сроки 28,8% всех обратившихся...». О «формировании очагов» было известно из публикаций 1986 г, президента РАМН В.И. Покровского: «Несмотря на массовое проведение профилактических прививок... формируются очаги групповых заболеваний... и летальные исходы...».

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

...Много странного в этой «эпидемии дифтерии», но самая большая странность в том, что иммунитет закончился сразу у всего взрослого населения и притом в одночасье.

...Ещё большее удивление вызывает желание руководителей санитарно-эпидемиологической службы «победить» (в который раз!) дифтерию исключительно прививками.

...Прививают всех подряд, без диагностики, без определения иммуностатуса: кого надо и кого не надо, а про «нельзя-противопоказано» и речи нет.

...Следует сказать и о другом: нередко, если человеку после прививки вызывают «Скорую», то участковый врач, выдающий листок нетрудоспособности, по указанию сверху ставит заключительный диагноз «ОРЗ». Мы располагаем документом, в котором первоначальный диагноз: «осложнение на АДС», а заключительный – «ОРЗ».

...А тем временем всё идут новые приказы и постановления – типа постановления Главного государственного санитарного врача России.

«Я, Главный... постановляю...», а в этом «постановляю» есть **пункт №6 – «Ввести экономическое стимулирование медицинских работников за своевременное проведение и достижение высокого уровня охвата профилактическими прививками»**. [Постановление «О массовой иммунизации населения против дифтерии», 02.02.1993 г.] Экономическое стимулирование не за грамотное проведение прививок, а за... охват! За слепое выполнение плана по валовой продукции охвата!

...Не должен быть новостью для 1993 года и прирост заболеваемости дифтерией среди взрослого населения:

– во-первых, условия жизни делают значительную часть населения иммуноослабленной – и, в данной ситуации, прививай – не прививай – искусственного иммунитета не будет,

– во-вторых, уже в 1968 году было известно из учебника «Эпидемиология» под редакцией проф. И.И. Ликина: «В настоящее время повсеместно отмечается передвижение заболеваемости дифтерией на более старшие возрасты...».

Так что же происходит с дифтерией: эпидемия или обычные вспышки, которые были всегда? И для какой группы населения такое неясное положение является «неблагоприятным прогностическим признаком»?

Обратимся опять к международной практике и рекомендациям ВОЗ: «Эпидемия или вспышка всегда означает своего рода вызов руководителям служб здравоохранения. Успешное осуществление ими противоэпидемических мероприятий требует определённой готовности к таким ситуациям, которая не может быть импровизированной... Эпидемия – это возникновение необычайно большого или неожиданного для конкретной территории и времени года числа случаев заболеваний...». А что можно сказать о «неожиданном числе случаев» из той таблицы, которую мы составили?

Не должно быть никакой неожиданности в случаях заболеваний среди взрослого населения. Этот процесс нарастал, начиная с 60-х годов (когда все поголовно были охвачены и дифтерия уже была «побеждена»! – так написано в учебнике по эпидемиологии 1968 года). По данным Н.Шестопалова, дифтерия среди детского населения «эпидемиологически закономерна и не является на сегодня неблагоприятным прогностическим признаком...», а по разноречивым сведениям, приведённым нами в таблице, нереально определить, можно ли охарактеризовать ситуацию как эпидемию. Более того, в том же постановлении Главного государственного санитарного врача России от 02.02.91 г. сказано: «...Отмечаю, что в стране за последние три года резко осложнилась эпидемиологическая обстановка по дифтерии...».

В Федеральной целевой программе Российской Федерации «Вакцинопрофилактика» на 1993-1997 гг. написано, что **«заболеваемость дифтерией за период с 1980 по 1992 годы возросла в 13**

раз». Наряду с этим, в центральной прессе, по радио и телевидению объявили криминальной и виновной в «эпидемии» нашу первую статью в «Комсомольской правде», то есть конец 1988 года. Прошло пять лет. Если быть последовательными и логичными, то почему вдруг за последние три года заболевает и умирает в основном взрослый контингент лиц? Ведь они должны были быть охвачены отечественной АКДС ещё в детстве, в котором пребывали и до 1980, и до 1988 годов?

Ещё большую путаницу и неразбериху вносит спокойный тон изложения материалов в 1987 году в «Состоянии и перспективах дальнейшего снижения инфекционной заболеваемости в СССР»: «...По ленинским принципам советского здравоохранения... и благодаря стройной системе государственного санитарного надзора, профилактических и противоэпидемических мероприятий... динамика снижения заболеваемости дифтерией, как в зеркале, отражает наши успехи... Ничем подобным не располагает ни одна капиталистическая страна...».

Совершенно непонятна объявленная «эпидемия дифтерии» в нашей стране, когда от туберкулёза, педикулёза, сифилиса, гепатитов и других инфекционных болезней гораздо больше бед и трагедий, чем от дифтерийной палочки. Спрашивается, почему дифтерия, существовавшая в нашей стране не менее 30 последних лет, судя по публикациям отечественных специалистов (да и было ли время, когда от неё не умирали в СССР?), вдруг объявлена эпидемией? **Может, потому, что «бороться» легче с тем, чего на самом деле меньше?**

Из международной практики. **Иордания**. Проведённые там исследования показали, что три дозы вакцины АКДС получили более 70% детей, поэтому возникшая вспышка дифтерии была для них неожиданной. После госпитализации первого больного с подозрением на дифтерию, обследовали всех подозреваемых и контактных лиц. А дальше в описании этой вспышки и вовсе всё, как из области фантастики. Например, пациенты, отказавшиеся от инъекций, получали в течение 7 дней пенициллин перорально, а те, у кого он вызывал аллергические реакции (что было известно из «карт здоровья») – эритромицин тоже в течение 7 дней. Неиммунизированным, контактировавшим с больными, было рекомендовано провести вакцинацию. Лицам, контактировавшим с больными, проводили профилактическое лечение бензатин-пенициллином С, но только после пробы материала, взятого для диагностики из зева. При таких методах проведения санитарно-эпидемиологической работы вспышка была остановлена. Умер один из заболевших. Сделаны выводы о том, что «регулярное появление спорадических случаев дифтерии обусловлено бессимп-

томным течением инфекции или здоровым бактерионосительством». Спорадические случаи не ограничивались каким-либо определённым районом Иордании, всё происходило на фоне продолжающейся вакцинации. «Большинство заболевших принадлежало к непривилегированным слоям общества с низким социально-экономическим уровнем жизни».

Другой момент из этой же статьи во время вспышки дифтерии в штате Техас, **США**, инфекция, обусловленная дифтерией, успешно лечилась также пенициллином и эритромицином, которые вводили в течение всего лишь... двух дней!

При установлении эпидемии, как известно из международной практики, пользуются различными аналитическими методами, чтобы подтвердить факт существования эпидемии или угрозы её: «Было бы ошибкой считать эпидемией ещё нераспознанную эндемичную ситуацию или просто сезонный подъём заболеваемости». Данные, сообщаемые за один и тот же период руководителями разных рангов, представленные в нашем перечне, вряд ли могут убедить в «грядущей эпидемии дифтерии». Для этого обратимся к методике, опубликованной в одном из специализированных журналов – «Журнале микробиологии, эпидемиологии и иммунологии» (ЖМИИ). С точки зрения принятых критериев, регистрируемые на территории СССР инфекционные болезни различаются по степени распространенности среди населения – на 100000:

1. Наибольшая распространенность – более 1000 больных на 100000 населения.
2. Широкая распространенность – более 100.
3. Часто встречающееся заболевание – от 10 до 100.
4. Сравнительно малораспространенное – от 1 до 10.
5. Редко встречающееся -1.

Вернемся к перечню. За один и тот же период на конец октября 1992 г. или за весь год в целом были обнародованы самые разнообразные показатели. Не будем обращать внимания на резкий разброс данных. Предположим, что верно последнее, самое большое число. Посчитаем и получаем степень распространенности дифтерии в Москве – четвертую – «сравнительно малораспространенную». А если учесть, что за последние три года население Москвы значительно превышало 10 млн., то степень распространенности надо ещё и уменьшить.

Наряду со странной «эпидемией дифтерии», из центральной прессы и специальной литературы известно, что сейчас у нас в стране довольно большой процент смертности от туберкулеза, растёт распространение сифилиса, а чума XX века – ВИЧ-инфекция, в основном, передаётся тем же путём. Не один год газеты пишут о педикулезе. Всё

возрастает процент отравлений от фальсифицированных пищевых продуктов и от содержащихся в них странных добавок, химических веществ – консервантов, от чего «Россия теряет 50 тысяч человек каждый год» (по сведениям Российского токсикологического информационного центра) [«Мегаполис-экспресс», 12.08.92 г.].

И всё равно – дифтерия! Не просмотрим ли за этим что-то более серьёзное, с чем, действительно, бороться сложно, а в наших условиях – при нынешнем уровне работы санитарно-эпидемиологической службы – вряд ли возможно? Дифтерии же необходима ранняя диагностика и лечение. Ни один случай нельзя запускать.

Невозможно определить «на глазок», без диагностических служб, максимальное или минимальное число заболевших дифтерией при том, что установлено: «...В последние годы преобладает локализованная дифтерия зева (более 80% случаев) с преимущественно легким течением (ангины, пара-тонзиллярные абсцессы и др.); тяжелое течение, осложнения и летальные исходы по-прежнему и обусловлены поздней диагностикой...». Какая же диагностика при отсутствии... диагностических служб?

В каких случаях прививать против дифтерии не надо:

...детей, родившихся от иммунных к дифтерии матерей, получивших трансплацентарно антитоксические антитела, которые защищают их в течение нескольких месяцев после рождения;

...после приобретения «бытового» иммунитета, то есть образования иммунитета без отмеченного случая заболевания. Иммунизация в этом случае снижает титры антитоксинов; прививка – во вред во всех отношениях;

...хроников-носителей дифтерийной палочки, их необходимо выявлять и лечить;

...тех, которые упорно не поддаются выработке иммунитета. Отмечено, что к разным антигенам таковыми являются не одни и те же лица, но это надо определить, и не на ребенке. Таких не менее 15% среди населения.

Всё приведённое в связи с дифтерией относится и к другим инфекционным заболеваниям.

Пост-инфекционный иммунитет переболевших дифтерией (хотя бы и в скрытой форме, без явных клинических проявлений) достаточно напряжён, продолжителен, и повторное заболевание дифтерией встречается крайне редко (до 5%).

Известно, что дифтерия передается от человека к человеку – прямой путь передачи; другой -непрямой – через предметы контакта: грязные руки, стаканы, ложки, вилки, полотенца, туалетные принадлежности, медицинские инструменты и т.д. Установление пути

передачи для такого вида инфекций в очагах, в группах очень важно при решении вопроса о том, какие меры борьбы следует принимать.

Из международной практики, что: **при вспышках инфекционного заболевания** типа дифтерии, где единственным носителем является человек, **вспышку можно «ликвидировать» (снизить, остановить) при:**

- ...наличии диагностических служб, своевременной диагностике первого заболевшего ребёнка или взрослого;

- ...своевременной изоляции источника инфекции – заболевшего;

- ...выявлении и лечении здоровых носителей с субклиническими формами дифтерии;

- ...своевременном прерывании цепочки передачи (практическая неусыпная работа эпидемиологов!);

- ...наличии и готовности всех неспецифических мер профилактики для проведения экстренной дезинфекции предметов контакта;

- ...проведении специфических мер профилактики – прививок, а также лечения, но не всего населения, а только контактных лиц, что сказывается и на экономической стороне проводимых мероприятий;

- ...знаниях об эффективности вакцинопрофилактики, включающих не просто охват, а определение частоты серо-конверсии (выявления антител до и после прививки).

Надеясь только на прививки, которые не всегда и не для всех эффективны, без соблюдения строжайшего надзора и представленного комплекса противоэпидемических мероприятий (не всех!), давно известных и широко применяемых «во всём мире», мы никогда не выберемся из дифтерии и других инфекционных заболеваний. Без прививок будет эпидемия – такой альтернативы быть не может, она изначально неграмотна.

Еще одна цитата: «Население, подлежащее иммунизации: это могут быть только дети (следовательно, требуемое количество доз может быть меньше) или только взрослые. Все взрослые группы требуют иммунизации, если серологические и эпидемиологические данные не определяют другую тактику. В этих условиях преимущество проведения вакцинации состоит в том, что нет необходимости исследовать индивидуальный иммунологический статус».

Наивные зарубежные специалисты! Они и не знают, что, исходя из отечественной системы прививок, навязанной русофобами, из «пожизненной» необследованности, без выявления иммунологического статуса прививаемого (основная масса населения и не знает, что это такое!), можно сделать заключение, что... последние 75 (!) лет СССР и СНГ находятся в состоянии эпидемий по всем видам «управляемых» инфекций: ту-

беркулёза, коклюша, дифтерии, столбняка, кори, паротита, полиомиелита и др.

3. Противопоказания к прививкам

«Я – автор вакцины, но не могу утверждать, что она совершенно, полностью, безвредна. Прежде чем наступать таким образом на инфекции, следует спросить у людей: хотят ли они идти по этому пути? Известны ли им все «за» и «против»? Как хотите, но обязанность сохранить жизнь даёт нам одно право – знать. А я пока не знаю, что лучше...».

Г.Рамон – создатель дифтерийного анатоксина, входящего в АКДС

Как известно, что родителей не только не спрашивают, но и не ставят в известность ни о дне проведения прививки, ни о составе АКДС, ни о том количестве противопоказаний, которые десятилетиями существуют к введению БЦЖ и АКДС. Почему мы рассматриваем именно эти препараты? Потому, что они вводятся в первые полгода жизни ребенка, парентерально, причем АКДС – трижды, это – вакцины самого массового использования в нашей стране.

Г.Рамон, выдающийся исследователь, один из самых блестящих микробиологов нашего времени, высказывал свои сомнения не только в отношении профилактических прививок как панацеи. Он считал, что уничтожить и не ждать ответного удара, не подумав, что на освободившиеся места под солнцем придут другие, куда более агрессивные патогенные агенты – серьёзный и актуальный вопрос на фоне устоявшихся представлений некоторых специалистов. Казалось бы, не надо особо обсуждать положение о том, что прививки должны проводиться среди здорового контингента детей и взрослых.

Этого требует не только получение полноценного специфического иммунологического ответа, но, главным образом, забота о безопасности здоровья прививаемого и профилактика поствакцинальных осложнений. Однако, как констатирует зам.начальника Главного эпидемиологического управления МЗ СССР Г.Г.Онищенко: «...Дети в нашей стране, к большому сожалению, не обладают хорошим здоровьем...» Эти проф.средства изначально были предназначены для введения их здоровому человеку. Залог успеха прививок во многом: в качестве вакцин, в «качестве» организма, в соблюдении комплекса противоэпидемических мероприятий, среди которых прививки – лишь одно из звеньев. Все перечисленные положения, выдвинутые на заре применения вакцин, пока ещё не оп-

ровергнуты никем в мире. Выпадает одно звено, последовательность и взаимосвязь нарушается – и не будет тогда никакого санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Во всех наставлениях по применению вакцин смысл написанного сводится к тому, чтобы перед применением препарата врач внимательно (!) ознакомился со всеми противопоказаниями, помещёнными в наставлениях, и неукоснительно их выполнял.

Далее мы представляем перечень противопоказаний к введению БЦЖ и АКДС. Врачи и другие медицинские работники, имеющие отношение к иммунопрофилактике, не могут оправдываться незнанием этого списка, поскольку наставления с противопоказаниями вложены в каждую коробку с вакциной.

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

Едва ли найдётся хоть несколько роддомов в нашей стране, где у новорожденных не было гнойно-воспалительных заболеваний кожных покровов; где знали бы о ферментопатиях до введения БЦЖ; где определялось иммунодефицитное состояние (т.е. слабая работа иммунной системы, обусловленное не-ВИЧ-инфицированием), или недефицитное – нормальное функционирование иммунокомпетентных клеток. Очень сомневаюсь и в том, что у нас вылечивают поражения мозга, которые установлены «при выраженных клинических проявлениях»...

Детей, как правило, обследуют не в полной мере, а родителей не ставят в известность о противопоказаниях!...

Современные противопоказания к введению АКДС (существующие последние 2-3 года)

1. Острые инфекционные заболевания и неинфекционные – вакцинацию проводят не ранее 1 месяца после выздоровления;
2. Обострение хронических заболеваний – вакцинацию проводят индивидуально через 1-3 месяца от начала ремиссии;

3. Длительно текущие и тяжёлые заболевания (вирусные гепатиты, туберкулёз, менингиты, миокардиты, геморрагический васкулит и др.) – вакцинацию проводят индивидуально через 5-12 месяцев после выздоровления;

4. Необычные реакции и осложнения на предыдущее введение АКДС-вакцины, тяжёлые формы аллергических реакций (шок, отёк Квинке, полиморфная экссудативная эритема); судороги, эпизоды пронзительного крика, расстройство сознания; тяжёлые обширные реакции (повышение температуры свыше 39,5С, выраженные симптомы интоксикации);

5. Болезни нервной системы, судорожный синдром, общая или локальная неврологическая симптоматика;

6. Недоношенность (масса тела при рождении меньше 2500 г.) – вакцинацию проводят в возрасте 6 мес. при условии нормального психомоторного и физического развития;

7. Тяжёлые формы аллергических заболеваний: шок, синдром сыпчатой болезни, рецидивирующий отёк Квинке, генерализованная экзема, тяжёлые формы бронхиальной астмы;

8. Иммунодефицитные состояния, злокачественные заболевания крови и новообразования, назначение иммунодепрессантов.

А это – противопоказания к АКДС, существовавшие 30 лет до введения «новых»...

«Клинические противопоказания к проведению прививок»

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

Ниже приводится дифференцированный перечень противопоказаний к иммунизации АКДС-вакциной и АДС-анатоксинами.

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

Допустимость прививок			
-	АКДС-вакцина	АДС-токсин	АДС-М анатоксин
1. Острые заболевания (инфекционные и неинфекционные), включая период реконвалесценции	Не ранее месяца после выздоровления	Не ранее месяца после выздоровления	Не ранее месяца после выздоровления
Инфекционный гепатит (гепатит А)	Не ранее 6 месяцев после выздоровления	Не ранее 6 месяцев после выздоровления	Не ранее 6 месяцев после выздоровления
Сывороточный гепатит (гепатит Б)	Не ранее 12 месяцев после выздоровления	Не ранее 12 месяцев после выздоровления	Не ранее 12 месяцев после выздоровления
Менингококковая инфекция (генерализованная форма без менингита), инфекционные заболевания с затяжным и хроническим течением (сепсис, дизентерия, отит и др.)	Не ранее 6 месяцев после выздоровления	Не ранее 6 месяцев после выздоровления	Не ранее 6 месяцев после выздоровления
Хронические тонзиллит и аденоидит, требующие хирургического лечения	Не ранее 2 месяцев после операции или санации по заключению отоларинголога	Не ранее 2 месяцев после операции или санации по заключению отоларинголога	Не ранее 2 месяцев после операции или санации по заключению отоларинголога
2. Туберкулёз: лёгочные и внелёгочные формы в открытой фазе; выраженная туберкулёзная интоксикация с субфебрилитетом; вираж туберкулиновых проб	После выздоровления по заключению фтизиатра	После выздоровления по заключению фтизиатра	После выздоровления по заключению фтизиатра
3. Хроническая пневмония	Противопоказана	Не ранее 12 месяцев с момента ремиссии	Не ранее 6 месяцев с момента ремиссии
4. Аллергические заболевания Анафилактический шок, сывороточная болезнь в анамнезе, рецидивирующие отёки Квинке, распространённая крапивница, синдромы Лайела и Стивенса- Джонса	Противопоказана	Противопоказана	Противопоказана
Бронхиальная астма, астматический бронхит	Противопоказана	Противопоказана	Не ранее 2 лет от начала ремиссии (по заключению аллерголога)

Распространённая экзема, нейродермит, скрофулюс	Противопоказана	Противопоказана	Не ранее 12 месяцев от начала ремиссии
Аллергические реакции на отдельные аллергены (разнообразные сыпи и др. клинические расстройства)	Не ранее 3 месяцев после реакции	Не ранее 3 месяцев после реакции	Не ранее 3 месяцев после реакции
Реакция на АКДС-вакцину в анамнезе а) повышение температуры до 40°C и выше в первые двое суток; б) тяжёлые аллергические реакции в) неврологические осложнения (судорожный синдром, пронзительный непрерывный крик в первые сутки)	Противопоказана	Противопоказана	Не ранее 12 месяцев после реакции (по заключению специалиста)
5. Болезни нервной системы: Наследственные, дегенеративные и прогрессирующие болезни нервной системы	Противопоказана	Противопоказана	Противопоказана
Эпилепсия, судорожный синдром в анамнезе	Противопоказана	Противопоказана	Не ранее 6 месяцев после припадка
Родовая травма с остаточными явлениями (детский церебральный паралич и др.)	Противопоказана	Противопоказана	При благоприятно текущих формах в возрасте старше одного года
Родовая травма, длительная асфиксия в родах без остаточных проявлений со стороны нервной системы	В возрасте после года	В возрасте после года	В возрасте после шести месяцев
Гидроцефалия де- и субкомпенсированная	Противопоказана	Противопоказана	Противопоказана
Гидроцефалия компенсированная	При стойкой компенсации в течение года	При стойкой компенсации не менее 6 месяцев	При стойкой компенсации не менее 6 месяцев
Дети из группы повышенного риска (угроза выкидыша у матери, акушерские пособия или оперативные вмешательства в родах)	В возрасте после 6 месяцев	В возрасте 3 месяцев	В возрасте 3 месяцев

Инфекционные заболевания ЦНС (менингиты, энцефалиты, энцефаломиелиты) с остаточными явлениями	Противопоказана	Противопоказана	Не ранее 2 лет после окончания острого периода
Без остаточных явлений	Через 12 месяцев после окончания острого периода	Через 12 месяцев после окончания острого периода	Не ранее чем через 6 месяцев после окончания острого периода
Черепно-мозговые травмы (сотрясения мозга, ушибы, кровоизлияния в мозг и оболочки) с остаточными явлениями	Противопоказана	Противопоказана	Не ранее 2 лет после окончания острого периода
Без остаточных явлений	Через 12 месяцев после окончания острого периода	Через 12 месяцев после окончания острого периода	Не ранее 6 месяцев после окончания острого периода
6. Тяжёлые формы рахита (II-III), гипотрофии (II-III), авитаминозы	После выздоровления	После выздоровления	После выздоровления
7. Гемолитическая болезнь новорожденных. Тяжёлая недоношенность (Вес меньше 2 кг.)	В возрасте после 1 года, при нормальных показателях общего развития и крови	В возрасте после 1 года, при нормальных показателях общего развития и крови	В возрасте после 1 года, при нормальных показателях общего развития и крови
8. Болезни сердечно-сосудистой системы: декомпенсированные врождённые и приобретённые пороки сердца; подострый септический эндокардит	Противопоказана	Противопоказана	Противопоказана
Пороки сердца в состоянии компенсации	По заключению специалиста	По заключению специалиста	По заключению специалиста
Ревматизм	Противопоказана	Не ранее 3 лет с момента клинико-лабораторной ремиссии	Не ранее 3 лет с момента клинико-лабораторной ремиссии
Миокардит	Противопоказана	Не ранее 12 месяцев от выздоровления по заключению специалиста	Не ранее 12 месяцев от выздоровления по заключению специалиста
9. Болезни почек Хроническая почечная недостаточность, врождённые нефропатии	Противопоказана	Противопоказана	Противопоказана
Диффузный гломерулонефрит	Противопоказана	Противопоказана	Через 5 лет после полной клинико-лабораторной ремиссии
Пиелонефрит	Противопоказана	Противопоказана	Через 3 года после полной клинико-

			лабораторной ремиссии
Токсические нефропатии (транзиторные)	Не ранее 6 месяцев после выздоровления	Не ранее 6 месяцев после выздоровления	Не ранее 6 месяцев после выздоровления
Инфекции мочевыводящих путей	Противопоказана	Противопоказана	Через 12 месяцев после полной клинико-лабораторной ремиссии
10. Болезни печени и поджелудочной железы Цирроз печени, хронический гепатит и панкреатит	Противопоказана	Противопоказана	Противопоказана
Острый панкреатит	Противопоказана	Противопоказана	Не ранее 6 месяцев после выздоровления
Воспалительные заболевания желчевыводящих путей	Не ранее 6 месяцев после выздоровления (при условии санации желчи)	Не ранее 6 месяцев после выздоровления (при условии санации желчи)	Не ранее 3 месяцев после выздоровления
11. Болезни крови лейкозы, лимфогранулематоз, апластическая анемия, гемофилия, болезнь Верльгофа, конституциональная дисгаммастобулинемия	Противопоказана	Противопоказана	Противопоказана
Геморрагический васкулит (капилляротоксикоз)	Противопоказана	Противопоказана	Не ранее 2 лет с момента полной клинико-лабораторной ремиссии
Анемии дефицитные	После выздоровления	После выздоровления	После выздоровления
12. Злокачественные новообразования	Противопоказана	Противопоказана	Противопоказана
13. Коллагенозы	Противопоказана	Противопоказана	Противопоказана
14. Болезни эндокринной системы сахарный диабет, тяжёлые формы тиреотоксикоза, недостаточности (или дисфункции) надпочечников, микседема, врождённые ферментопатии	Противопоказана	Противопоказана	Противопоказана
Тимомегалия	Противопоказана	Противопоказана	По наступлении возрастной инволюции
15. Неспецифический язвенный колит	Противопоказана	Противопоказана	Противопоказана
16. Оперативные вмешательства	Не ранее 2 месяцев после операции	Не ранее 2 месяцев после операции	Не ранее 2 месяцев после операции

Примечания:

К1. При контакте с инфекционными больными в семье, детском учреждении и т.д., прививки проводятся по окончании срока карантина. В очагах дифтерии по показаниям прививают АДС-анатоксинами.

К2. Положительная туберкулиновая реакция у клинически здоровых детей не является противопоказанием к прививке.

К4. А). При тяжёлой аллергической реакции на АДС-анатоксины дальнейшие прививки прекращаются. Б). При всех перечисленных в данном пункте заболеваниях прививки проводятся на фоне антигистаминной терапии.

К5. Прививки данного контингента детей проводятся после обследования и рекомендации невропатолога

В каждом отдельном случае заболевания, не содержащегося в настоящем перечне, врач-специалист решает вопрос о показании к прививками и выборе препарата. Дети, временно освобождённые от прививок, должны быть взяты под наблюдение и учёт и своевременно привиты после снятия противопоказаний. Прививки АКДС-вакциной проводят не ранее, чем через 2 месяца после прививок против других инфекций.

Условия и техника проведения прививок

Прививки проводит специально подготовленный средний медицинский персонал под руководством и ответственностью врача. Категорически запрещается проводить прививки на дому. Прививки вакциной БЦЖ нельзя проводить в одной комнате и одновременно с другими прививками. Как исключение, разрешается проводить прививки вакциной БЦЖ в том же помещении, но в разные дни. Прививки вакциной БЦЖ нельзя проводить в одной комнате и одновременно с другими прививками. Как исключение, разрешается проводить прививки вакциной БЦЖ в том же помещении, но в разные дни.

Категорически запрещается применять для проведения других прививок шприцы, иглы и стерилизаторы, которые используют для проведения прививок вакциной БЦЖ.

Непосредственно перед проведением прививок врач (фельдшер на фельдшерско – акушерском пункте) осматривает прививаемого с обязательной термометрией и соответствующей записью в истории развития ребенка.

Необходимо учитывать характер общей и местной реакции на предыдущие прививки АКДС-вакциной.

Перед вскрытием ампулу тщательно просматривают. Препарат не подлежит применению в следующих случаях:

- при отсутствии на ампуле этикетки или неполных сведений на ней;
- при наличии трещин ампулы,

при содержании посторонних включений;
при наличии не разбивающихся хлопьев в жидкой АКДС-вакцине или сухом препарате после растворения;
при изменении внешнего вида сухого препарата (сморщивание таблетки, изменение цвета и т.д.);

при истекшем сроке годности; при неправильном хранении,

Содержимое ампулы с жидкой АКДС-вакциной непосредственно перед введением тщательно встряхивают до получения гомогенной взвеси. Ампулу до и после надреза напильником протирают стерильной ватой, смоченной спиртом, стерильную ампулу покрывают стерильной салфеткой и используют немедленно.

Для каждого прививаемого должны быть использованы отдельный стерильный шприц объемом 1 мл и игла.

Вакцину набирают в шприц из ампулы длинной иглой с широким просветом. Для инъекции используют обязательно другую иглу.

Сухую АКДС-вакцину растворяют растворителем, находящимся в комплекте с препаратом. Ампулу с растворителем протирают стерильной ватой, смоченной спиртом, вскрывают, набирают стерильным шприцем с длинной иглой 1 мл растворителя и переносят его в стерильно покрытую ампулу с сухим препаратом.

Ампулу накрывают стерильной салфеткой, осторожно встряхивают до получения гомогенной взвеси и используют немедленно

Время растворения сухой АКДС-вакцины не должно превышать 3-х минут. При более длительном растворении содержимое ампулы не используют.

АКДС-вакцину вводят внутримышечно в верхне-наружный квадрант ягодицы или передне-наружную область бедра в дозе 0,5 мл. Кожу в месте введения до и после инъекции протирают ватой, смоченной 70% спиртом, место инъекции слегка массируют стерильным тампоном

Учитывая, что после введения АКДС-вакцины в редчайших случаях у особо чувствительных детей может развиваться шок, за каждым привитым необходимо обеспечить медицинское наблюдение в течение часа после прививки, а помещение, где проводятся прививки, должно быть обеспечено средствами противошоковой терапии.

Все проведенные прививки обязательно регистрируют в карте учета прививок (форма 63) и в истории развития ребенка.

При внимательном анализе нового и старого списков противопоказаний легко убедиться в уменьшении пунктов за счет объединения некоторых. Если бы так просто было с «объединённой» диагностикой! Зато доподлинно известно: нет улучшения здоровья российских детей, отсутствует более безопасная форма АКДС, технология – та же, 35-летней давности, диагностических служб как не было, так и нет. Но

достаточно и восьми пунктов, чтобы убедиться в ОТСУТСТВИИ возможностей для грамотного проведения этих прививок.

Общеизвестно, что ни один отечественный педиатр (даже очень квалифицированный и думающий) не имеет практической возможности для определения хотя бы двух противопоказаний: ферментопатий (всех?) и функционального состояния иммунокомпетентных клеток. Более того, продолжают охватывать «на глазок» всех без исключения: как восприимчивых, так и тех, кто имеет естественный иммунитет и надёжно защищен от данной инфекции (дифтерии) силами собственного организма. При этом мало кто из родителей знает о существовании «букета» серьезных отводов от БЦЖ и АКДС.

По всем логическим заключениям, педиатры должны были давным-давно отказаться от подобной практики проведения прививок: без иммунологов и генетиков, без индивидуального паспорта здоровья на каждого ребенка, без медико-генетической карты (кто и как определяет ферментопатию?), без паспорта иммунологического статуса (без знаний об иммунной системе до и после прививки), при отсутствии аппаратуры, необходимого оборудования. Мне самой не раз приходилось слышать от педиатров примерно такое: если мы будем учитывать все эти противопоказания, то не привьем ни одного ребенка.

В ответ на свои выступления в центральной прессе, по радио и телевидению, я получаю много писем от практических врачей.

...Одни пишут о том, что «...Противопоказания надо увеличивать, дети очень слабые».

...Другие доктора в растерянности: «...Нас так не учили, но сами видим, пора остановиться., закололи детей... Ведь чужеродный белок, но планы спускают сверху...».

...Третья категория врачей использует «...Единственное право – не навредить и сохранить здоровье современному ребенку. Давал(а) и продолжаю это практиковать – отводы... Иногда навсегда или хотя бы до школы...».

...Появилась четвёртая группа специалистов (об этом узнала недавно): проставляют все (!!!) прививки, пишут справки с перечнем всего «привит» и... берут за это деньги.

Я бы не торопилась их осуждать. У них нет выхода, грамотно привить они не могут, а «экономическое стимулирование» им подсказал Госсанэпиднадзор!

Между тем сами сотрудники Госсанэпиднадзора, прежде чем проводить прививки, вызвали к себе (!) диагностическую лабораторию и с гордостью сообщили об этом одной из журналисток («Российская газета», 29.01.93). Известно также, как проводят обследование детей перед прививкой в ведомственных поликлиниках: «...Только ультразвуко-

вое исследование делали трёх видов. Узнав, что у ребенка в анамнезе астматический компонент (а есть такие дети, у которых его нет в нашей время?), туг же направили на спирограмму – способ проверить наличие скрытого бронхоспазма. Её обследовали также гастроэнтеролог, невропатолог, нефролог, кардиолог и аллерголог. Последний, только глянув на результат спирограммы, подписал отвод от всех прививок и биопроб. В районных, а мы их «проходили» три, и в разных районах – ничего подобного я не видела» («Совершенно секретно», №7, 1993).

Да, массовый подход иной: противопоказания, ни один из пунктов которых не контролируется и не выполняется подавляющим большинством врачей.

«Прививать – не прививать» без обследования, «вводить – не вводить» препарат с таким количеством противопоказаний – это должны решать только родители. Это право родителей, они должны знать, на что идут, если их ребёнок не будет обследован. Врачи обязаны поставить в известность и взрослое население, охватываемое по приказам и постановлениям, о существующих противопоказаниях, об отсутствии диагностических служб, о составе вакцин и не принуждать угрозами и запугиванием делать профилактические уколы.

Конечно, наше общество в целом ещё не готово к пониманию многих правовых вопросов, относящихся, в том числе, и к проблемам вакцинации, но совершенно очевидно, что нужна государственная система защиты ребёнка с современным уровнем диагностики в прививочной профилактике.

4. АКДС – «вакцина»: состав и методы изучения безопасности

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

За почти 13-летний период работы в ГНИИСКе мною выполнены три темы НИР, поданы три отчета: два – в Минздрав СССР, третий – в Президиум АМН СССР по разделу: «Педиатрия», задание ГКНТ. Одна из тем называлась: «Разработка новых информативных методов количественной оценки и качества ведущих свойств профилактических препаратов массового использования». Конкретная тема нашей лабора-

тории, обеспечившей выполнение этапа «Разработать методы выявления повреждающего действия вакцины АКДС и иммуноглобулинов на клетки для оценки качества профилактических препаратов».

В бытность П.Н.Бургасова Главным санитарным врачом страны, нам было предложено составить программу по расширенному изучению токсичности мертиолята. Мы отказались от составления этой программы, поскольку она предполагала проведение экспериментов на детях, т.е. изучение АКДС, приготовленной с мертиолятом, и без него. Дополнительным обоснованием отказа служили материалы по мертиоляту, давно известные из многочисленных публикаций. Нет смысла доказывать опасность солей ртути для грудных детей, когда широко известны последствия их воздействия на организм взрослого человека.

Но всё оказалось не так просто. Например, нами было установлено, что дозы химических веществ, содержащихся в конечной форме АКДС и других убитых вакцинах, не изучались на безопасность ни на одной биологической модели. Поэтому среди прочего «научная ценность ожидаемых результатов» моей четвёртой темы НИР (1989-1992) гласит: «В СССР “допустимые” концентрации химических веществ, входящих в состав готовых форм МИБП (медицинских иммунобиологических препаратов), не изучались на их безопасность ни на одной биологической модели». И это установлено после более чем тридцати лет применения этих пестицидов!

Контролеры ГНИИСКА упорно настаивают на том, что таковы рекомендации ВОЗ, но, в таком случае, зачем же существуют они – национальный контрольный орган России, если можно верить всем зарубежным фирмам на слово, не имея от них документов, доказывающих безопасность «такой-то» дозы при парентеральном поступлении в организм грудных детей?

Общеизвестно, что АКДС, «используемые в разных странах, отличаются по технологии производства... что обуславливает некоторые различия в результатах их применения». Замечательная фраза, дополнительно подтверждающая отсутствие «единой схемы» как в изготовлении вакцин, так и в последствиях их применения.

СОСТАВ отечественной АКДС согласно НАСТАВЛЕНИЮ по применению, действовавшему до конца 80-х:

«...Адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина представляет собой взвесь коклюшных микробов, убитых формалином **или** мертиолятом (напомним, соль ртути) и очищенных дифтерийного и столбнячного анатоксинов, адсорбированных на гидроокиси алюминия. Консервант – мертиолят в концентрации 0,01%».

Теперь обратимся к методическому документу по техническому изготовлению АКДС (МРТУ – 42 №262-68), действовавшему также до конца

80-х. Я уходила из ГНИИСКА в 1989 году, документ не менялся. Позже его превратили в фармстатью, но технология приготовления препарата не менялась. Читаем в разделе III, пункт 8, стр. 2, 2-я строка снизу: «В 1 мл коклюшной взвеси должно содержаться не менее... формалина – 0,05% и мертиолята – 0,01%», то есть 500 мкг/мл формалина и 100 мкг/мл ртутной соли» – **двух пестицидов!** Союзы «или» и «и» в двух последних абзацах выделены мною для того, чтобы подчеркнуть несоответствие состава АКДС в наставлении по применению и в МРТУ. Это существенно.

Как показали наши исследования, коклюшный «антиген» не является таковым, это компонент, содержащий оба пестицида во вполне определяемых количествах. Кроме того, в готовые, конечные формы АКДС, АДС-М, АДС и АД дополнительно вводится в качестве консерванта тот же мертиолят в концентрации 0,01%.

Если исходить «только» из состава такого химико-биологического конгломерата, именуемого АКДС- «вакциной», то можно предположить, что выбор этой инактивированной «вакцины» как модели не случаен, но были и другие предпосылки: «вакцина» является самой реактогенной (по числу и характеру пост-вакцинальных осложнений) из всех применяющихся в практике вакцин – по сведению многих отечественных специалистов, она нуждается в самом серьёзном усовершенствовании (огромное количество публикаций с момента её внедрения), однако продолжает свой путь массового охвата в нашей стране вот уже более 30 лет в том же самом неусовершенствованном виде; вводится детям парентерально трижды в первые 6 месяцев жизни на фоне не окончившейся реакции на БЦЖ...!

АКДС изучена нами вместе с генетиками и иммунологами. Часть полученных данных опубликована. Были использованы методы и модели, как мы уже говорили в первом разделе, известные не только из области генетики и иммунологии, но и из технологии приготовления и контроля вирусных, также формализированных вакцин (но не содержащих дополнительно мертиолят!), например, полиомиелитной, против клещевого энцефалита и др.

Полученные нами данные, анализ специальной информации и документов по АКДС, а также данные токсиколого-гигиенической литературы, позволили сделать выводы, обсуждавшиеся на учёных советах в ГНИИСКе, на заседаниях КВС на конференциях и симпозиумах, представленные в виде докладных записок в разные инстанции. Принимались разные решения, но ртутная соль не изъята из технологии приготовления АКДС и её модификаций, препараты применяются насильственно и сейчас в том же составе.

Как и в случае с противопоказаниями, никого из родителей и взрослых, направляемых и принуждаемых к прививкам, не ставят в известность о составе препарата. Сам подход к введению

АКДС- «вакцины», содержащей химические добавки, является нарушением международных правил: во-первых, на этикетке должны быть указания на содержание формальдегида и ртутной соли, во-вторых, право выбора – вводить или не вводить такой комплекс – должно быть за пациентом или родителями.

С какой целью добавляют ртутьсодержащую соль – антибактериальный пестицид – в некоторые инаktivированные вакцины?

А.И.Кондрусев (бывший главный государственный санитарный врач СССР): «Применяемый в производстве АКДС-вакцины мертиолят выполняет роль стабилизатора иммуногенных свойств (но их никто не изучал!) и подавляет реактогенность коклюшного компонента» (вместе с формальдегидом... подавляет реактогенность?) – «Комсомольская правда», 09.10.1988.

При таком ответе, естественно, возникает вопрос: зачем мертиолят вводят в АДС-М, АДС, АД, не содержащие «К» – коклюшного компонента? Или: почему мертиолят используют не на всех предприятиях, изготавливающих сывороточные препараты – иммуноглобулины? Некоторые производства, даже отечественные, не пользуются консервантами, однако производят сывороточные препараты в стерильном виде.

Т.А.Бектимиров (бывший директор ГНИИСКА, сейчас замдиректора):

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

2. Учитывая, что согласно НТД (нормативно-технической документации) на иммуноглобулины добавление мертиолята не является обязательным.

3. Возможен полный переход на выпуск иммуноглобулинов без мертиолята, одновременно улучшив производственные условия на предприятиях, выпускающих препараты с мертиолятом...

4. Разрабатывать технологии производства, позволяющие исключать консерванты из биопрепаратов.

5. При поступлении в КВС или ГИСК новых препаратов, содержащих мертиолят, просить авторов представлять обоснования включения консерванта в биопрепарат». (Из решения Ученого совета ГНИИСКА (ГИСКА), 30.01.87).

Следовательно, нельзя исключить мертиолят из сорбированных препаратов. Почему? Дополнительное разъяснение у других авторов, смотри ниже. И другое: не очень-то понятно, включать консерванты в биопрепараты или... разрабатывать новые технологии?

А.А.Сумароков (бывший председатель КВС, сейчас сотрудник ГНИИСКА): «...А также рекомендаций ВОЗ, согласно которым не только

допускается, но, применительно к отдельным препаратам, настоятельно рекомендуется использование мертиолята, что гарантирует **стерильность** препаратов как при их выпуске, так и в процессе применения». (Из протокола заседания КВС, 04.02.87)

Выходит, что в конце XX века ни производить, ни вводить медицинские препараты стерильно не научились?!.

Еще одно подтверждение этому – письмо в КВС 13.12.85 проф. А.Сумарокову от зав. лаб. гриппа и ОРЗ Н.И. Лонской. «Рассмотрев изменения № 5 к ТУ.42.14. 258-81 на вакцину гриппозную химическую адсорбированную убитую жидкую, представленные Уфимским НИИВС, лаборатория гриппа и ОРЗ ГИСК им. Л.А.Тарасовича считает представленные данные, обосновывающие исключение мертиолята, недостаточными для исключения консерванта из вакцины, так как **консервант добавляется для сохранения стерильности вакцины**. При этом следует иметь в виду, что наличие гидроокиси алюминия не допускает контроля вакцины по физическим свойствам, что может привести к необнаружению макропророста и введению при вакцинации значительного количества микробных клеток».

Удивительно! Предприятие гарантирует стерильность препарата без добавления консерванта, а контрольный орган требует наличия в нем ртутной соли.

Еще один документ из того же НИИВС, Уфа.

Директору ГИСК им. Л.А.Тарасовича т. Бектимирову Т. А., 03.07.86.
Р. Ш. Магазов, Я. С. Нейштадт, В. Г. Юсупов – Текст «Изменений к регламенту производства АКДС-вакцины» из «Объяснительной записки к «Изменениям к МРТУ-42 №262-68 на АКДС-вакцину (1968)»: «Исследования показали, что опытная АКДС-вакцина по своим свойствам отвечала требованиям МРТУ-42 №262-68 на АКДС-вакцину. Только в 4 случаях из 8 при проверке через 1 год и в 4 случаях из 8 при проверке через 1 год и 5 месяцев иммуногенность коклюшного компонента опытных АКДС-вакцины была ниже требований МРТУ, но это наблюдалось вне зависимости от наличия или отсутствия мертиолята. Представленные на утверждение «Изменения к МРТУ... на АКДС-вакцину содержат пункты, касающиеся возможности изготовления АКДС-вакцины с мертиолятом и без него».

Есть и другие документы, в которых написано, что при соблюдении асептических условий на производстве, опасными для жизни консервантами можно не пользоваться!

А теперь обратимся к некоторым рекомендациям ВОЗ, которая будто бы «настоятельно рекомендует использование мертиолята»: «...Упоминание некоторых компаний или продукции отдельных изготовителей не означает, что ВОЗ отдает им предпочтение по сравнению с другими,

не упомянутыми в тексте, или рекомендует их к использованию. Как правило, патентованные наименования выделяются начальными прописными буквами...». Я не встретила ни одного упоминания ВОЗ о патентовании мертиолята, отсутствуют и «настоятельные рекомендации» по его использованию (ВОЗ, серия технических докладов – СТД, 1960-1990 гг.).

Мертиолят – ртутьсодержащая соль, казалось бы, все ясно. Но мы никогда бы не узнали, какой именно мертиолят добавляется в детские вакцины и закупается (или закуплен на 40 лет вперед) нашим государством... за валюту, если бы не оплошность Ю. Я. Якушевича, директора ЦНИИВС им.И.И.Мечникова г. Москвы (Петрово-Дальнее). Он попросил разъяснения у ГНИИСКА по вопросу использования мертиолята (письма от 22.06.84 и 04.12.84): «В настоящее время препарат, поступающий в СССР из ФРГ и Швейцарии, имеет надпись – «только для лабораторных целей», а из США (фирма «Сигма») дополнительно – «не применять для лекарств». Требованиям приказа №31 препарат отвечает, однако эти надписи вызывают сомнения».

Эти надписи, трагичные для наших детей, вызывают у изготовителя вакцин, применяемых для грудничков, всего лишь сомнения. Мало этого, последние пять лет производственники и контролеры ГНИИСКА, а также некоторые руководители здравоохранения, пытаются доказать (без документов и экспериментальных исследований), что **доза-то... маленькая!**?

Для кого же она «ничтожно мала» и безопасна, если нет документов от фирм, а ГНИИСК не изучал ее на безопасность?

Нет никаких данных о комплексном влиянии мертиолята и формальдегида, никогда и никто не изучал этот конгломерат – АКДС со всеми химическими примесями – на отдаленные последствия в жизни пациента. Фирмы предупреждают, следовательно, не несут никакой ответственности.

Мы получили ответ из Союзхимэкспорта (25.12.86): **«В связи с ужесточившимися требованиями по охране окружающей среды, производство мертиолята в Европе запрещено, поэтому разместить Ваш заказ на этот препарат объединению не удалось (фирмы не приняли наш заказ)».**

«Ну и что», – сказал мне Ф.Ф.Резепов, – «а мы будем закупать его в Африке, теперь там строят новые заводы... пятьдесят лет производили такую АКДС и еще 100 будем готовить так же...». Тот самый Резепов, который является главным контролирующим начальником АКДС.

Ещё одна документальная реплика – из протокола заседания ученого совета ГНИИСКА. 16.04.84:

Ф.Ф.Резепов (о нашей работе). «Работа очень важна и интересна. Её следует одобрить и развить дальше. Мертиолят применяется 30 лет и рекомендован ВОЗ, но его следует по возможности изымать, и вопрос этот ставить более остро. Его, конечно, можно убрать, но потребуются

более чёткая работа производителей в отношении **стерильности** изготовления вакцин (выделено мною – Г.Ч.), иммуноглобулинов и т.д.».

В.В.Кечрикадзе: «Мы проводили опыты и установили, что мертиолят анафилакто-генен, усиливает ауто-иммунные реакции. Пора поставить этот вопрос на более высоком уровне для **выведения мертиолята** на производствах».

В.А.Фрадкин: «Направление заслуживает самого серьезного внимания, следует отказаться от узаконенных методов определения безвредности. Есть основания ставить вопрос об использовании на производствах всех условий выпуска стерильных препаратов. Нельзя ли снизить допустимые концентрации других химических веществ? Это также необходимо и пора пересмотреть. Нашему институту нужны союзники, например, институт пестицидов в Киеве. Он изучает действие пестицидов на организм человека. Следует заслушать эти исследования как проблему на Комитете вакцин и сывороток и Комитете перспективного планирования Минздрава СССР».

Б.Д.Быченко: «Дать только факты... направить материалы в Комитет перспективного планирования Минздрава СССР...».

Были выступления и других контролеров ГНИИСКА, а также заключения специалистов разных смежных областей, которые никогда и нигде не были учтены, поскольку маховик производства нестерильных вакцин, набравший обороты, крутится и по сей день.

В состав АКДС входят «допустимые, малые» концентрации двух известных по своим последствиям дезинфектантов-пестицидов. Казалось бы, так естественно, прежде чем допустить, нужно изучить и доказать безопасность допущенных «малых» доз. **Но ведь не изучали.** Почему же так получилось? «Так рекомендует ВОЗ», – ответ контролеров ГНИИСКА. Ну что ж, обратимся еще раз к рекомендациям ВОЗ:

«...Упоминание некоторых компаний или продукции... не означает, что ВОЗ отдает им предпочтение...»,

«...Если в процессе производства используются химические вещества, то они должны быть утверждены национальным контрольным органом...»;

«...По завершении процесса любой инактивирующий агент должен быть удален или нейтрализован... Используемый для этого метод должен быть одобрен национальным контрольным органом...»;

«...Нужно выбирать такую методику инактивации, чтобы в готовом материале не содержалось обнаруживаемых количеств химических веществ...»; (инактивирующий агент в АКДС – формальдегид, к тому же во вполне обнаруживаемых количествах!);

«...Особенно важно убедиться в том, чтобы готовый продукт не содержал веществ, в отношении которых известно, что они токсичны или вызывают аллергические реакции у человека...»;

«...Добавлять только те консерванты и другие вещества, которые одобрены национальным контрольным органом и которые, как должны свидетельствовать результаты соответствующих тестов, в применяемых концентрациях не снижают безопасность или эффективность вакцин...»;

«...Термин «национальный контрольный орган» или «национальная контрольная лаборатория», фигурирующие в тексте рекомендаций ВОЗ, всегда относится к учреждениям той страны, где производится вакцина».

Так что, вроде бы как и не резон ссылаться на «настоятельные рекомендации» этой зарубежной организации. За национальные приказы, постановления, требования и недоработки в составе вакцин должны отвечать наши здравоохранительные органы!..

В своём докладе мы часто пользуемся словом «известно». Но то, о чём мы говорим и пишем, на самом деле давно известно. О токсических и аллергогенных свойствах ртутных солей и формальдегида написано необъятное количество литературы, в том числе в отечественных изданиях. Объем материалов таков, что его нереально изложить кратко. Сведения приводятся в обзорах, справочниках, в публикациях ВОЗ.

В «Справочнике по пестицидам» под редакцией акад. Л. И. Медведя [Киев, 1977] сказано: «...Пестициды – общепринятое в мировой практике собирательное название химических средств... пест – вред, цидо – убиваю... Они обладают биологической активностью и могут вызывать нарушения жизнедеятельности не только живых организмов, против которых их применяют, но и других, в том числе животных и человека... Обладая биологической активностью, они потенциально опасны для живой природы и здоровья людей... Концентрации, способные уничтожать бактерии, могут быть опасны для здоровья человека». Читай – тем более для здоровья грудных детей при инъекционном поступлении комплекса химических веществ в дозах, не изученных на безопасность ни на одной биологической модели.

Из других источников известно, что:

...наибольшей тропностью соли ртути обладают к тканям плода (эмбриона), следствием чего явилось в г.Минамата (Япония) рождение большого числа детей с врожденными уродствами, с поражениями центральной нервной системы, включающими церебральный паралич, хорею, атаксию, судороги, умственную отсталость, редкими формами деформации скелета – все это вызвано потреблением ртуть-содержащей рыбы в рационе беременных. **Это – через плаценту, из... рыбы, а мы – инъекции грудному ребенку делаем!..**

...другая вспышка, с большим числом случаев отравлений и летальных исходов, была вызвана в Ираке употреблением контаминированного хлеба, выпеченного из зерна, обработанного алкил-ртутными фунгицидами;

...мертиолят – этил-ртуть-салицилат натрия – аналог гранозана – протравителя семян;

...есть даже такие данные, будто бы в СССР не разрешалось использовать консерванты для продуктов массового потребления (молока, масла, хлеба, свежего мяса)... особенно в продуктах детского питания.

Для физиологического поступления продуктов – консерванты не разрешены, а для инъекций грудным детям – пожалуйста!

Из «Энциклопедии неблагоприятных реакций» [пер. с англ., 1983]:

«...Алкил-ртутные соединения, метил и этил, не применяют в медицине... Это высокотоксичные соединения... Они, в отличие от большинства других соединений ртути, липофильны, медленно выводятся из организма и поэтому могут накапливаться в нервной ткани...». Именно такой мертиолят (этил-меркур-салициловую кислоту натриевой соли) – более трех десятилетий регулярно и «обязательно» (!) вводят в организм грудных детей, да ещё после вакцинации ослабленными микобактериями туберкулёза – БЦЖ.

Вместе с тем, не было поставлено ни одного опыта на животных в такой же последовательности: БЦЖ, потом трижды АКДС. Другими словами, условия проведения эксперимента и процесс вакцинации наших детей неравнозначны. Не изучена АКДС и по её влиянию на клетки иммунной системы, на иммуно-реактивность организма. Не может она называться ни биологическим, ни иммунобиологическим препаратом. Скажем, не могли изучить её влияние на иммунокомпетентные клетки в 50-60-е годы, но сейчас конец XX века, во всех странах (только не у нас в СНГ) методы иммунологических исследований считаются рутинными, на каждого гражданина с рождения составлен паспорт иммунологического статуса.

Поскольку в составе конечной формы отечественной АКДС находятся два пестицида в активно действующих дозах, то и требования к изучению её безопасности должны быть не только «вакцинными». Методы должны быть более жесткими, чем требования к любым лекарственным средствам. Совершенно обязательно при этом использование новорожденных животных. Ни на стадии разработки сорбированной АКДС, ни до сих пор не учтены другие очень важные, давно известные международные требования и рекомендации ВОЗ к еще одному химическому веществу – иммунологическому адъюванту – **сорбенту**. Напомним, что АКДС и все ее модификации сорбированы на **гидроокиси алюминия**.

ВОЗ, серия технических докладов [СТД] № 595, 1975: «ОСОБЫЕ ФАКТОРЫ, ПОДЛЕЖАЩИЕ УЧЕТУ ПРИ ОЦЕНКЕ ПРИГОДНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ АДЪЮВАНТОВ, ПРЕДЛОЖЕННЫХ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ НА ЧЕЛОВЕКЕ»:

...обычных тестов на острую и хроническую токсичность, применяемых для оценки безопасности лекарственных средств, здесь явно недостаточно. Ниже приводится ряд факторов, **заслуживающих экспериментальной проверки** перед решением вопроса об использовании адъювантов («А») на людях;

...вещества, используемые для адъювантных целей, должны быть химически чистыми, иметь четкий химический состав, который должен быть легко воспроизводим... Не должны содержаться химические вещества – канцерогены и посторонние примеси, способные вызывать побочные реакции;

...изучить био-расщепляемость с тем, чтобы можно было избежать: длительного раздражения, могущего привести к повреждению тканей, чрезмерной стимуляции иммунной системы, возможной индукции рака вследствие длительного «раздражающего» воздействия.

Более коротко «требования к безопасности адъювантов» сформулированы Национальным институтом аллергии и инфекционных болезней, г.Бетезда, США, 1978 (Экспресс-информация, пер. с англ., М., 1980):

...усиление иммунологической активности не должно быть чрезмерным, т.е. «А» должен максимально усиливать действие антигенов, но не влиять на собственные антигены хозяина;

...вакцина с «А» не должна содержать антигены, перекрестно реагирующие с антигенами человека, т.е., максимально должна быть уменьшена возможность аутоиммунных реакций;

... «А» не должен вызывать развития аллергической гиперчувствительности;

... «А» должен быть химически чистым с определенной химической структурой (ввиду сложности получения алюминиевых «А» с одинаковыми физико-химическими свойствами, возможны колебания в активности между различными сериями одних и тех же вакцин);

... «А» не должен быть канцерогеном или усиливать действие канцерогенов;

... «А» должен усиливать действие только вакцин и не оказывать других влияний на иммунную систему, таких, как трансформация лимфоцитов, высвобождение эндогенных пирогенов, простагландинов, интерферона и т.п.;

... «А» должен легко подвергаться биodeградации и элиминироваться из организма;

...вакцины с «А» должны быть безопасными при парентеральном введении и не вызывать побочных явлений (абсцессов и т.п.); (У «них» – не должно, а у нас – побочное действие рассматривается как «второе основное свойства вакцин»!!!);

... «А» не должен обладать пирогенными и тератогенными свойствами... Необходимо исследовать возможное тератогенное

действие «А», если его применение рассчитано на женщин детородного возраста».

Ни одно из этих требований у нас не выполняется!.. Создается впечатление, что наши врачи-контролеры официально соглашаются с возможностью воздействия на ребенка заведомо вредных и токсичных, не изученных, но очень опасных факторов!

Совершенно очевидно, что программа токсикологического изучения АКДС, её отдельных составляющих должна предусматривать проведение экспериментов на различных видах животных, в том числе на новорожденных и, наряду с грызунами, использовать негрызунов. Необходимы исследования по полной программе: **общетоксическое действие, тератогенное, мутагенное, канцерогенное и аллергогенное**. Должны быть предусмотрены все возможные тесты из требований по пестицидам и гидроокиси алюминия.

Нагрузка вредных факторов на организм наших детей умножилась. Последствия не всегда проявляются в немедленных реакциях. Реакции могут быть кратковременными и длительными, могут быть легкими и даже неуловимыми для привитого и для врача, но иногда оказываются и смертельными. Малые дозы – мины замедленного действия. Влияние малых доз обозначенных ксенобиотиков – ртутьсодержащей соли, формальдегида и гидроокиси алюминия – не изучено не только в плане отдаленных последствий, но и непосредственных реакций животных-новорожденных!..

В последние 30 лет возросли требования к проведению токсикологических исследований:

...Фирмам на Западе все сложнее получать разрешение на применение нового антимикробного вещества.

...Затраты на проведение токсиколого-гигиенических исследований очень большие.

...Регистрация лекарственных средств и химических дезинфектантов сопряжена со многими трудностями, в том числе с использованием в эксперименте животных и человека.

...Любые болезненные опыты на животных допускаются только в исключительных случаях, по специальному разрешению.

...Для подтверждения достоверности полученных данных учитывается даже количество болей, причиненных животному.

...Законодательством введены в действие специальные правила GLP (Good Laboratory Practice) по регламентации качества животных, используемых в доклинических испытаниях лекарств, пищевых добавок и т.д.

...При несоблюдении правил содержания и проведения экспериментов над животными, фирмы, изучающие и контролирующие качество продукции, могут быть лишены права проводить эти работы.

В США за последние десять лет истрчено более 70 млн. долларов на поиски альтернативных методов, заменяющих животных в эксперименте. Проблемой гуманизации научных исследований занимается и Конгресс США, образовавший «Комиссию по изучению возможностей замены экспериментальных животных». Едва ли есть основания предполагать, что в странах СНГ в обозримом будущем появится что-нибудь подобное, хотя это не только этично, но и экономично.

По нормам науки принято, что автор публикации обязан отвечать за приводимые результаты и выводы. В связи с этим представляется необходимым рассмотрение некоторых работ отечественных исследователей и контролеров вакцин. В них изложены материалы, подтверждающие не только наши данные – некачественность и нестандартность АКДС, но и отсутствие соответствующих подходов и принципов, гарантирующих безопасность убитых вакцин.

Ф.Ф. Резепов, Р.П.Чупрянина (1975): «....Проблемы усовершенствования АКДС- вакцины серии АКДС, приготовленные по единым техническим требованиям как в разных производственных, так и в условиях одного и того же института, **существенно отличаются по иммуногенной активности всех компонентов**, что зависит от нестандартности применяемых сред, способов обезвреживания антигена, качества сорбента и от многих других **трудно** учитываемых факторов...».

Увы, все эти «трудно» определяемые вредные факторы проявляются потом на детях!

Слово «иммуногенность» очень обязывает, однако известно, что АКДС не изучена иммуногенетиками, не использован ни один тест из этой области. Технология приготовления АКДС та же, не менялась и в 90-е годы, следовательно, «трудно учитываемые факторы» продолжаем наблюдать на детях.

Н.С.Захарова, М.В.Брицина, В.Ш.Фокина (1975): «...Довольно низкая иммуногенность и высокая реактогенность применяемой АКДС-вакцины побуждает исследователей продолжить разработку...».

Г.Н.Ширко, М.С.Захарова (1978): «...При введении мертиолятных вакцин наблюдалось отчетливо выраженное второе плато или явная тенденция к уменьшению прироста мышей на все дозы... Освобождение от токсических компонентов требует дополнительной обработки препарата, необходимость в которой может быть определена **только после испытания реактогенности предлагаемых препаратов на детях**»... Вот так у нас все просто и беззаботно. Снижение массы тела мышей говорило уже тогда о токсичности препарата, но на такую «малость» никто внимания не обращает и по сей день.

Н.В.Медуницын (1977): «...Существующие способы иммунологической оценки эффективности и безвредности большинства вакцинных препаратов весьма условны и нуждаются в совершенствовании... Оце-

нить иммунологический ответ на введение сложного неоднородного препарата очень трудно (**в эксперименте – трудно! а на детях при тотальном охвате – очень даже просто!**)... Целесообразно проводить максимальную очистку от антигенов, не участвующих в формировании специфического иммунитета... Широкое использование таких систем позволит правильно оценить препарат ещё на стадии его экспериментальной разработки, значительно упростить сравнительные испытания и **сократить контингенты людей, необходимые для проверки эффективности и безопасности применения вакцинных препаратов...** В настоящее время оценка иммунологической активности вакцинного препарата не может быть основана только на показателях гуморального ответа... Конечно, уровень антиоксических антител является одним из показателей иммунитета, вызванных токсигенными возбудителями (например, **дифтерии – Г.Ч.**), однако, согласно современным данным, антитела играют роль главным образом при инаktivации возбудителя в ранние сроки развития инфекции. Антитела **неэффективны** при таких заболеваниях, как туберкулёз».

Спрашивается, зачем вымучиваем детей диагностической туберкулиновой пробой – реакцией Манту? Антительная проба на детях при массовом введении дополнительного антигена, содержащего в качестве консерванта фенол. Между тем, ВОЗ постоянно обращает внимание на возможность ложно-положительной реакции в случае повышенной чувствительности человека к фенолу.

Н.В.Медуницын (ЖМЭИ, 10\1991): «...Побочным действием обладает сама вакцина и дополнительные субстанции, присутствующие в вакцине... К ним относятся адъюванты и вещества, необходимые для сохранения стерильности... формальдегид, мертиолят и другие всевозможные нежелательные примеси». Так пишет нынешний директор ГНИИСК.

Ему бы и карты в руки, но институт без современного оборудования, без клиники экспериментальных животных, отвечающих международным требованиям. **Поэтому не изученную на безопасность АКДС продолжают использовать для наших малышей.**

Б.Д.Брондз (1990), профессор, доктор медицинских наук, член Нью-Йоркской академии наук, почетный член Американской ассоциации иммунологов, наш соотечественник, пишет в «Медицинской газете» (23.11.90) – «...Жива ещё псевдонаука, у нас целые институты... вместо современной иммунологии Т-лимфоцитов занимаются только антителами, на уровне старой науки, и после этого авторы заявляют о «крупных научных и клинических достижениях», что не соответствует правде, поскольку сами по себе антитела, весьма полезные для диагностики, напротив, как правило, препятствуют развитию иммунитета, способствуя развитию иммунодефицита в ходе роста некоторых опухолей и вирусных инфекций...».

Н.А.Краскина (НИИЭМ им Г.И.Габричевского) в работе «Критерии оценки иммунологической эффективности и безопасности бактериальных вакцин» (М., 1976): «...Достижения иммунологии не нашли достаточного отражения при вакцино-профилактике и практически не учитываются при создании вакцинных препаратов... Разработка иммунологических критериев для оценки вакцин является **актуальной задачей**... Только глубоко продуманные воздействия на иммунную систему организма могут обеспечить безвредную и эффективную вакцинопрофилактику...». Это и по сей день актуально!..

Н.А.Краскина (НИИЭМ им Г.И.Габричевского, 1983г). в работе «Клеточные и молекулярные механизмы противоинфекционного иммунитета» (М., 1983): «...Для характеристики безвредности вакцин чаще всего используются показатели токсичности для животных (напомним, взрослые животные: две морские свинки, пять мышей – Г.Ч.) и реактогенности для людей, причем последняя оценивается по характеру местной реакции (гиперемии, инфильтратов и т.п.) и по температурной реакции. Для вновь создаваемых вакцин нередко проводится клиническое обследование иммунизированных лиц непосредственно после вакцинации... Для иммунизации **добровольцев** использованы... Представляется, что такая система не позволяет сколько-нибудь полно оценить безвредность вакцины, особенно её иммунологическую безвредность...».

Н.А.Краскина (НИИЭМ им Г.И.Габричевского, 10\1991г.): «...Показано, что введение всех изученных нами вакцин (в их числе АДС-М) как людям, так и животным, помимо антитело-образования вызывает неспецифические реакции, изменения в численности и функциональной активности различных субпопуляций лимфоцитов... Выраженность и длительность фазы стимуляции или угнетения иммунной системы могут значительно отличаться... **Полученные данные обосновывают необходимость детального изучения иммунологической безвредности вакцин и могут быть использованы для усовершенствования вакцинопрофилактики...**».

Актуально и сейчас – это отсутствие детального изучения безвредности вакцин!

А.А.Воробьев. С.С.Афанасьев. М.А.Воробьева [ЖМЭИ, 8\1982]: «...Оценка степени реактогенности вакцин проводится в опытах на животных и ограниченном контингенте **добровольцев**... При этом, в зависимости от объекта исследования, учитывают температурную реакцию, интенсивность местных реакций, изменение массы тела и число погибших животных, субъективные ощущения и тяжесть клинических проявлений... Однако эти тесты малоинформативны и, как правило, отражают не общую характеристику процесса, а его частные проявления... В перечне обязательных методик для оценки повреждающего

действия инаktivированных вакцинных препаратов на первом месте должны быть методы, количественно характеризующие фармакологическое и токсикологическое действие изучаемой вакцины, а также биологическую переносимость её различных доз на экспериментальном и клиническом уровнях... Анализируя характер и выраженность изменений в организме при длительной многократной поливакцинации, можно отметить определенные сдвиги у людей и менее заметные – у животных, что можно объяснить в какой-то степени более высокой чувствительностью человеческого организма...».

С момента публикации этой статьи прошло более 20 лет. Но... «малоинформативные» – остались, «должны быть» разработаны фармакологические и токсикологические методы – тезис тоже в прежнем состоянии, а вакцины и дети остались в процессе ожидания этого светлого будущего. Правда, есть и сдвиги, достижения, так сказать, которые отражают «частные проявления, характер и выраженность» действия АКДС

Л.В.Григорьева, М.Н.Озерецковская, А.Е.Чигиринский и др. (ЖМЭИ, 8\1989): «...Изучена коклюшная вакцина, приготовленная в соответствии с действующей нормативно-технической документацией на мышах» (взрослых, конечно! – Г.Ч.). Почти через 40 лет с начала применения этой вакцины авторы установили. «...Повреждающее действие коклюшных вакцин в условиях эксперимента – в органах иммунной системы, паренхиме лёгких и зоне инокуляции... оказывают выраженное повреждающее действие лимфоидных клеток тимуса и селезёнки, длительную интерстициальную реакцию в лёгких, деструкцию и воспалительные изменения в месте введения...».

Использовали, как всегда, неадекватную модель: взрослых мышей, не новорожденных; отсутствовала предварительная вакцинация БЦЖ. Если же учесть, что в конечном продукте вакцина используется адсорбированной на гидроокиси алюминия, то последний также необходимо включать в эксперимент. И, всё-таки, полученные данные очень важны. Что нужно ещё доказывать, чтобы убедить в явной опасности АКДС и снять её с производства?

Н.С.Захарова. С.Я.Ковальская. Н.А.Озерецковский и др. (ЖМЭИ, 6\1990): «... Коммерческая АКДС-вакцина оказывала большее повреждающее действие на центральную нервную систему... Установлено побочное действие корпускулярной коклюшной вакцины при парентеральном введении на детоксицирующую функцию печени и состояние нервной системы животных...».

Конечно, исследования проходили на одном виде животных: взрослых беспородных мышах. Остальные условия эксперимента также не равнозначны с применением АКДС на практике.

И последняя реплика.

А.И.Кондрусев (ЖМЭИ, 6\1990): «...В настоящее время качество вакцин и диагностикумов у нас низкое... Производство вакцин, соответствующих стандартам ВОЗ, является первоочередной и наиболее острой проблемой на сегодняшний день... Материально-техническая база предприятий-производителей не соответствует предъявляемым к ним современным требованиям... Серьезные претензии у нас и к НИИ стандартизации и контроля медицинских биологических препаратов им Л.А.Тарасевича, *который не обеспечивает качество... Руководство института нерешительно идет на изменение системы контроля*, в учреждении нет даже подразделения, которое бы разрабатывало научные основы организации контроля за качеством препаратов... Очевидно, что выборочный контроль систематически присылаемых предприятиями-изготовителями образцов **малозффективен**... Самым главным являются условия, при которых предприятию было бы экономически невыгодно производить некачественную продукцию...» (выделено мною – Г.Ч.).

А между тем нынешний состав Комитета санэпиднадзора уверяет, что все вакцины, в том числе АКДС, отвечают требованиям ВОЗ. Говорят во всеуслышанье в центральной прессе одно, а пишут другое.

Вот, например, Федеральная целевая программа Российской Федерации «Вакцинопрофилактика» на 1993-1997 гг., проект которой утвержден Советом Министров 13 июля 1993 г. В обосновании Программы читаем:

... «В 1992 г. охватили против дифтерии 72,6%», а следом, на этой же первой странице,

...речь идет о нестабильном качестве вакцин,

...о слабой материальной базе и

...о «недостаточной технической оснащенности предприятий по производству вакцин – иммунобиологических препаратов...

...На низком уровне осуществляется контроль качества выпускаемой продукции...

...Медленно внедряются современные технологии...

...Не созданы условия транспортировки и хранения вакцин...

...Недостаточно...неудовлетворительно... обеспечение современного уровня производства и контроля качества вакцин...

...Совершенствование информационно-аналитической системы за поствакцинальными осложнениями, достижение высокого уровня охвата детей...».

А потом, на стр. 5: «Обеспечение современного уровня производства и контроля качества вакцин». **Всё по-старому: вначале 100%-ный охват, а потом будем думать о качестве продукции, которой охватили грудных детей.**

Докладная записка

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

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

1. В АКДС-вакцине, кроме **мертиолята**, содержится второй бактерицид – **формальдегид**, что объясняется контролерами из спец-лаборатории следующим: инактивация коклюшных компонентов проводится формальдегидом, а «до-ин-активация» – мертиолятом (Резепов и Чупринина).

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

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

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

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

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

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

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

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

10. Проведенными нами исследованиями установлено: мертиолят в дозе, разрешённой для одноразового введения ребёнку, высокотоксичен в диплоидных клетках человека – фибробластах эмбриона, при введении его мышам массой 6-8 г. и новорожденным.

Из Приказа № 31 «частной фармакопейной статьей предусмотрено использование животных меньшей массы», однако в этом же разделе Приказа совершенно отсутствуют указания на какое бы то ни было количество животных, используемых в контроле; АКДС-вакцина, приготовленная без мертиолята, тоже обладает анафилактико-генными свойствами, но ни в одном случае при её введении животным мы не отметили ни образования некрозов, ни гибели животных; но это зато установлено в случае использования АКДС с мертиолятом или одного мертиолята. Некрозы можно рассматривать как сенсibilизацию замедленного типа, анафилаксию – сенсibilизацию немедленного типа (исследования проведены согласно требованию к изучению аллергенных свойств ядохимикатов – пестицидов – бактерицидов при установлении безопасности при кожном применении). В целом же то количество животных, которое было использовано нами для постановки опытов по токсичности и анафилаксии, конечно, было несравнимо большим, чем это предусмотрено Приказом №31, инструкциями этого приказа.

11. Речь идет в данном случае не об испытании нового вещества с неизвестными свойствами, которое предлагается для введения человеку, а **об изъятии из состава медицинских биологических препаратов (МБП) и, прежде всего, из АКДС, известного ядохимиката, аналога гранозана – протравителя семян, несущего потенциальную дополнительную опасность для организма ребенка.** Полученные нами экспериментальные данные только частично подтвердили имеющиеся сведения о токсичности и аллергических свойствах этого ртутьсодержащего вещества в так называемой «допустимой» концентрации.

Кто и когда допустил его для парентерального введения грудным детям? Должны быть документы либо от фирм, либо от разработчиков отечественной АКДС.

12. Примером «безмертиолятной» вакцины, но также формализированной и содержащей гидроокись алюминия, может служить вакцина против клещевого энцефалита. Вместе с тем, в отличие от АКДС и её аналогов, этот препарат используется по показаниям, не массово, группе лиц особого риска (можно предположить, что иногда введение этой вакцины осуществляется и в более асептических условиях, чем существующие в прививочных кабинетах Москвы, Ленинграда, Киева и

др. городов). Однако, в эту вакцину не вводят дополнительно бактерицид, «что гарантирует стерильность препаратов как при их выпуске, так и в процессе их применения» (см. выписку из протокола заседания КВС, 04.02.87).

Таким образом, из выше представленного следует, что из-за неумения асептически работать в условиях производства и в момент введения вакцин, мы преднамеренно сенсibilизируем детей этим ртутьсодержащим пестицидом: трижды вводим АКДС в первые полгода жизни ребенка (или АДС-М), а также с другими МБП, т.е., на протяжении детского и юношеского возраста, этот ядохимикат вводится человеку парентерально многократно.

Считаем совершенно недопустимым предложение о составлении Программы по изучению свойств этого бактерицида. О нём, как о ядохимикате, всё давно известно (в применяемой дозе он должен быть токсичен, поскольку бактерицид; аллергогенен – как ртутьсодержащее вещество). Мы опоздали с изучением свойств этого вещества не менее, чем на 35 лет. Для того, чтобы всесторонне изучить пестицид, с которым человек контактирует в той или иной форме, необходимы 6-8-летние наблюдения.

В связи с чем мы должны принять во внимание и использовать всю имеющуюся информацию по данному вопросу для немедленного изъятия мертиолята из АКДС и АДС-М, а также других МБП, вводимых в организм человека парентерально.

Стерильность таких препаратов (да еще при наличии в АКДС второго бактерицида – формальдегида, известного среди специалистов-токсикологов как канцерогенное вещество), не должна и не может решаться в конце XX века посредством введения в них дополнительных антибактериальных средств – антибиотиков и пестицидов.

МБП должны быть предельно освобождены и от тех химических веществ, которые используются в процессе их приготовления. Прототипом такой вакцины является инактивированная полиомиелитная, о которой известно из рекомендаций ВОЗ: «...Формальдегид в пробах вакцины, предназначенных для испытаний в клеточных культурах, может проявлять токсическое действие даже при разведении 1 мл вакцины 1:4...». Даже!! Сравнить с АКДС! Технология приготовления препаратов без содержания в них мертиолята (АКДС, грипп-вакцина и иммуноглобулины) разработана Уфимским ИВС. Следовательно, необходимо повысить культуру изготовления медицинских препаратов и на других предприятиях, и выпускать стерильными вакцины, необходимые здравоохранению, без дополнительного в них введения химических веществ «для создания стерильных условий».

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

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

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

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

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

...проведение наблюдений на детях, вакцинированных АКДС-вакциной с мертиолятом и без него (предложения сделаны на ученом совете Резеповым, Сумароковым и Озерецковским); препараты, вводимые в организм детей, должны совершенствоваться до наблюдений на детях. Кроме того, тридцатилетний опыт «наблюдений на детях» клиницистами нашей страны показал, что АКДС-вакцина и АДС-М высоко-реактогенны и вызывают обилие поствакцинальных реакций – осложнений разного характера (данные опубликованы);

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

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

Докладная была подана директору 08.04.1987 за подписью профессора А.Т.Кравченко и моей, а 15.04.87 мы получили от него ответ:

«Глубокоуважаемый Анатолий Тимофеевич!

В связи с Вашей докладной запиской, подготовленной совместно с Г.П.Червонской, относительно исключения мертиолята из АКДС-вакцины сообщаю следующее. Ученый совет ГИСК им. Л.А.Тарасовича рассматривал этот вопрос 30 января 1987 г. и рекомендовал продолжить изучение этой проблемы. Комитет вакцин и сывороток Минздрава СССР на своем заседании 4 февраля 1987 г. согласился с рекомендациями ГИСК. При отсутствии каких-либо дополнительных научных сведений не считаю целесообразными в настоящее время ревизовать решения вышеупомянутых компетентных органов. Полагаю, что принятие волюнтаристских решений только на основании Вашей докладной, хотя и проникнутой заботой о здоровье людей, может лишь нанести вред.

Как Вам известно, для изучения этой проблемы в ГИСК создан временный научный коллектив, на который возложена задача изыскания возможностей исключения мертиолята из биологических препаратов и, прежде всего, из АКДС-вакцины.

Поскольку Вы не согласны с решениями Ученого Совета ГИСК и КВС Минздрава СССР и полагаете, что проблема уже достаточно изучена, рекомендую Вам подготовить изменения к НТД и представить их в установленном порядке».

Директор Т.А.Бектимиров

Напомним, мы отказались от составления указанной программы. Во «временный коллектив» не были приглашены ни иммунологи, ни генетики, ни токсикологи, ни представители Фармкомитета, ни другие специалисты, знающие эту проблему.

Рекомендация по подготовке к НТД не имела никакой смысловой нагрузки и практического осуществления. Потраченное на это время, обернулось бы в «установленном порядке» отказом, подобно тому, который получил Уфимский НИИВС от контролера Донской (см. выше).

Таким образом, можно заключить, что национальный контрольный орган и «вышеупомянутые компетентные органы» одобрили и подтвердили разрешение на беспрепятственное многократное парентеральное введение грудным детям ртутьсодержащей соли в смеси с формальдегидом. И рекомендации ВОЗ здесь абсолютно ни при чем. Тем более, что фирмы всегда могут отказаться, поскольку их предупреждения гласят: «Не для лекарств... только для лабораторных целей».

Представленные заключения «компетентных органов», вместе с их ссылками на «настоятельные рекомендации ВОЗ», выглядят тем более странными, когда известно, что:

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

2. 43-я сессия Всемирной Ассамблеи здравоохранения (WHA 43-1990 (REC1) опубликовала свои решения, в их числе таблицу: «Перечень токсичных или опасных веществ, выбранных в качестве требующих первоочередного внимания», где «Ртуть и её соединения» занимают второе место по опасности после мышьяка;

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

4. существует решение Бюро отделения гигиены, микробиологии и эпидемиологии АМН СССР, протокол №15 от 17.11.1989 – «О ходе работ по усовершенствованию коклюшной вакцины»: «Рекомендовать НИИЭМ им. Н.Ф.Гамалеи АМН СССР ускорить исследования по разработке корпускулярной коклюшной вакцины, как монопрепарата при полном исключении мертиолята».

Я была приглашена на это заседание, выступала. Позже мне стало известно, что лабораторно-производственные серии были готовы, но их проверка застряла где-то... в «компетентных органах». А так принято ещё в одной из стран «всего мира» [«Фармакология и фармакотерапия», в 2-х томах, пер. с англ., Бомбей, 1983]: «...Предпочтительнее вакцинировать детей в возрасте до 5 лет препаратами, сорбированными не на гидроокиси алюминия, а на квасцах или фосфате алюминия... Вакцины, содержащие алюминий, могут иногда провоцировать полиомиелит и аллергические реакции...».

Бывший Главный государственный санитарный врач бывшего СССР Кондрусев отмечал недавно: «Цифры и факты, которые мы приводили в своих справках, были закрытыми. Видимо, от этого постоянного сдерживания наша «сабля» притупилась, кое у кого очерствела душа, ослабел голос». **Значит, ведают, что творят!...**

5. Осложнения после прививок – разновидность ятрогенной патологии

Под ятрогенной патологией следует понимать заболевания, которые возникают под влиянием медицинских воздействий, произведённых с диагностическими, лечебными или профилактическими целями. Проблема эта привлекает внимание разных специалистов, так как появились новые, чрезвычайные способы воздействия лечения и диагностики, что неизбежно приводит к невиданным ранее нежелательным последствиям, возможны и летальные исходы. «Ятрогенные повреждения» – от греческих слов «iatros» – врач, «genes» – порождаемый.

«Болезни прогресса в медицине: учение о ятрогенных заболеваниях» – эта книга Р.Мозера была опубликована в 1969 году. В монографии уже в те годы представлено описание более 5 тысяч побочных эффектов лекарств, отрицательного влияния на организм человека различных медицинских воздействий, порой самых обычных и повсюду применяемых лечебных процедур.

Логично предположить – от побочных действий **вакцин** никто не может быть застрахован. Но такого положения в СНГ как бы и не существует. В международной практике – да, есть побочные нежелательные эффекты, у нас их либо «значительно меньше», либо «от вакцины такого не бывает, никакого нарушения здоровья она не приносит» (из писем родителей о высказываниях участковых педиатров). Наряду с этим в отечественной специальной литературе **множество публикаций об осложнениях после прививок среди детей**. Именно поэтому, а также потому, что все **условия проведения прививок в любом государстве**, кроме нашего, **совершенно иные**: скрининг новорожденных на наследственную патологию с последующим составлением медико-генетической карты и паспорта иммунологического статуса, а вакцинация осуществляется под наблюдением домашнего доктора, в этом разделе нашего доклада мы будем ссылаться на публикации отечественных специалистов.

Думается, эта информация представляет большой интерес. И если уж зарубежные специалисты пишут о серьезном разрыве между практической деятельностью клиницистов и теми проблемами, с которыми приходится сталкиваться их домашнему врачу – с одной стороны, с другой – подходом далеких от практики академических ученых и специалистов от науки, то у нас с этим и вовсе **катастрофа**. Привожу два маленьких примера:

...Институт иммунологии не имеет никакого отношения к проблемам иммунопрофилактики,

...Государственный комитет по санитарно-эпидемиологическому надзору не имеет диагностических служб, следовательно, не осуществляет надзор за инфекционными болезнями.

Затронутая нами одна из проблем прививок – парентеральный путь введения вакцин, по нашему мнению, имеет значительно большее отношение к ятрогенной патологии, нежели другие способы вакцинации. Инъекция – самый чувствительный путь поступления любых ксенобиотиков, особенно для детского организма. Вопрос о недостатках, присущих подкожному способу вакцинации, и сложностях, возникающих при его использовании – серьезная проблема при проведении массовых прививок, этические моменты которой исчезли с горизонта отечественной медицины.

С положением в области прививок на Западе все ясно: осложнения могут быть, выплата компенсаций за нанесенный прививкой ущерб здоровью служит официальным признанием опасности вакцин; фир-

мы разоряются, выплачивая до 10 млн. долларов за серьезные поствакцинальные осложнения, и поэтому прекращают выпуск препарата, например, КДС.

У нас валовый продукт – АКДС – продолжают производить по технологии 45-летней давности и массово, с советско-российским размахом, применять, несмотря на обилие поствакцинальных осложнений (13). И ещё в СНГ **сверху участковым педиатрам предписывается не признавать осложнения после прививок:** «Вот и мыкаемся с больным ребенком, будто сами себе нарочно придумали диагноз «поствакцинальный энцефалит» (из письма родителей). **Располагаем огромным количеством писем подобного содержания!..**

В специальном разделе «Е» Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти (МКБ) некоторые способы «сохранения здоровья» современного человека отнесены к разряду «травм и повреждений». Среди прочих причин побочного действия лекарственных средств представлены и **ятрогенные повреждения, обусловленные введением вакцинно-сывороточных препаратов.**

Отсутствие методов изучения безопасности вакцин, оценки иммунологического ответа в эксперименте и на практике, в целом диагностических служб, следовательно, индивидуальной подготовки ребенка к прививке, естественно, имеет и свое более глобальное завершение: «...Обилие разнообразных патологических процессов в поствакцинальном периоде, которые наблюдались нами и другими авторами в поствакцинальном периоде у детей, иммунизированных АКДС... Если принять во внимание массовость проводимых вакцинаций, то даже небольшой процент поствакцинальных осложнений может составить значительную цифру...».

Говоря об обилии поствакцинальных осложнений после АКДС, было бы неэтично, пользуясь преимущественно материалами монографии В.П.Брагинской и А.Ф.Соколовой, не вспомнить и другое: эти авторы – клиницисты института педиатрии РАМН, вторыми после академика П.Ф.Здродовского, пропагандировали в нашей стране фразу «польза/вред прививок», «поставив на повестку дня вопрос о границах «полезного» и «вредного» в проблеме специфической профилактики».

Впервые так вопрос был поставлен ВОЗ в 1964 году в итоге всестороннего обсуждения важнейших разделов общей и прикладной иммунологии ведущими специалистами пяти комитетов экспертов ВОЗ. Вопрос заключался в наличии прививочных побочных реакций и осложнений. Этой проблеме было уделено особое внимание как «жизненно важному вопросу»:

«Не является ли непосредственно или потенциально вредным для организма человека применение все более интенсивных и длительных курсов прививок, проводимых с раннего детства до юношеского возраста?».

По рекомендации академика С.Д.Носова, монография Брагинской и Соколовой должна быть «настойной книгой врачей-педиатров». К сожалению, этого не произошло. Вместе с тем, в этой книге практически 35 страниц из 150 (до приложений) посвящено осложнениям после АКДС. Она написана на основе собственных клинических наблюдений авторов, анализа обширной литературы с предисловием о том, что «в период значительного улучшения эпидемиологической обстановки в стране на первый план выдвигается проблема отрицательных последствий иммунизации».

Разделяем полностью эти точку зрения клиницистов, хотя проблема «отрицательных последствий» среди детей и так остается всего лишь проблемой, обсуждаемой на страницах специальных журналов.

Письма от родителей подтверждают бесправность и безнравственность в проведении прививок и абсолютную безысходность положения с детьми, ставшими инвалидами, в основном, после АКДС. В дважды переизданной монографии обращается особое внимание на то, что до сих пор учёт и регистрация осложнений после прививок недостаточно полные. К ним же в клинику привозят, как правило, в наиболее тяжёлых случаях, когда родители «теряют ребенка на глазах» и отправляют его по «скорой» (из писем родителей).

И всё-таки попробуем сравнить данные с диагнозом – осложнения на АКДС, приводимые за один год по США и бывшему СССР.

...США (1985) – 50 госпитализировано (поэтому фирмы прекратили выпуск КДС);

...СССР за пять лет (1981-1985) – «по данным инфекционной клиники НИИ педиатрии АМН СССР (зав. проф. В.К.Ткаченко) и отделения специфической профилактики ЛНИИДИ (зав. проф. Е.А.Лакоткина) госпитализировано 944 ребенка».

Мы понимаем, что сравниваем опять совершенно несопоставимое, хотя бы потому, что там – по всем США, а у нас – всего по данным двух клиник. Но другая статистика отсутствует. И даже в этом случае совершенно очевидно, что **осложнений намного больше!**

Из справок, имеющихся у нас от бывших зам. министра здравоохранения СССР А.А.Баранова и Н.Н.Ваганова – педиатров: 1987-1989 – за два года зарегистрировано 108 осложнений от АКДС – одна версия; другая – за 1986-1988 – 84 осложнения с тремя летальными исходами...

В специальной литературе я читаю сообщения «к вопросам об осложнениях на АКДС и... БЦЖ», а также о проблемах совершенствования их качества, начиная с 60-х годов. За это время технология изготовления АКДС и БЦЖ не менялась и не совершенствовалась. Механическое уменьшение «антигенов» в два раза (АКДС-М, БЦЖ-М) не означает улучшение их качества.. Для кого-то такая «половинная» доза

может изначально показаться незначительной, у других она может вызвать немедленную парадоксальную реакцию. Всё это надо было изучить в эксперименте до «выявления риска прививок путем широкомасштабных иммунизации». Читала 25 лет назад, читаю и теперь об отсутствии доклинических испытаний вакцин на «адекватных лабораторных животных моделях». Всё так же перспективно и актуально, а, по заключению международных экспертов у нас нет ни одной биологической базы, которая бы отвечала международным требованиям по содержанию экспериментальных животных.

Таким образом, качественные вакцины отсутствуют, детский организм – ещё одно неизвестное, индивидуальный подход – проблема тоже нерешённая. Надо ли удивляться обилию негативных последствий после введения БЦЖ и АКДС – первых вакцин, с которыми сталкивается каждый ребенок в первые полгода жизни? Не оправданная ничем отечественная система прививок – серьезный ятрогенный фактор. В контексте сказанного, инъекция – дополнительный фактор риска, поскольку является самым чувствительным путем поступления в организм любых ксенобиотиков, особенно для ребенка.

Некоторые материалы об осложнениях на АКДС из диссертаций, статей, монографий....:

1. Необычные реакции и осложнения после иммунизации адсорбированной коклюшно-дифтерийно-столбнячной (АКДС) вакциной и некоторые пути их профилактики (Алексина С.Г. автореферат канд. дисс., М., 1975).

2. При проведении прививок АКДС-вакциной наиболее уязвимым контингентом в отношении поствакцинальных осложнений являются дети с исходно изменённой реактивностью и, в первую очередь, имеющие различные проявления аллергии. Число больных послеиммунизацией АКДС-вакциной за все 23 года наблюдений не имеет тенденции к снижению, характер поствакцинальных осложнений остаётся прежним, что говорит о том, что реактогенность применяющихся в практике АКДС-вакцин пока не уменьшилась.

3. В ряде случаев эта прививка ведет к патологическим реакциям и осложнениям, иногда принимающим форму тяжелых соматических заболеваний... Среди последних большое значение имеют осложнения и патологические реакции со стороны почек и мочевыделительной системы, начиная от преходящих альбуминурии до тяжелых форм нефрита... Встречаются также изолированные гематурии, лейкоцитурии и пиурии, в патогенезе которых, по-видимому, играет роль аллергический фактор (Е.А.Лакоткина, М.И.Якобсон «Педиатрия», 4\1971); **Как тут не вспомнить реакции организма на контакты с малыми дозами ртутных солей?!**

4. Для детей с аллергическими реакциями особенно остры и важны побочные действия от АКДС и АДС-М-анатоксинов, поскольку они являются сильными антигенами и вводятся многократно (В.П.Брагинская, Н.А.Озерецковский «Сборник трудов», Томск, 1981).

5. В экспериментах доказано, что АКДС повышает судорожную реакцию у животных... Следует отметить, что с возрастом и последующей прививкой число заболевших с неблагоприятным неврологическим преморбидным состоянием уменьшилось, а с аллергической настроенностью – возросло (Н.А.Озерецковский, С.Ф.Ковальская «Вакцинопрофилактика детских инфекций», Л., 1981).

6. После иммунизации детей АКДС среди необычных реакций и осложнений большой удельный вес имеют осложнения аллергического характера (сыпи, отёки, анафилактический шок, астматические состояния) (С.В.Чеботарева и др. ЖМЭИ, 1971. № 9).

7. Поражения центральной нервной системы относятся к наиболее тяжелым поствакцинальным осложнениям, ибо «...В части случаев оставляют после себя стойкие остаточные явления... Данные основаны на наблюдениях, проведенных в течение 1965-1975 гг. не только за непосредственными исходами заболеваний, но и за отдаленными последствиями... Наблюдалось около 2.000 детей с осложнениями после прививок оспы, кори и АКДС... Больные с поражением центральной нервной системы составляли в различные годы от 20 до 22... Наиболее часто – энцефалитические реакции, реже – энцефалиты... Среди детей с неотягощённым анамнезом были дети, у которых после первого введения АКДС развивались судороги, продолжение вакцинации увеличивало частоту припадков и приводило к формированию эпилепсии (Е.А.Лакоткина); – **Я совершенно не понимаю, кому нужно было «продолжение вакцинации» у ребенка с судорогами от первого введения АКДС?**

8. Наибольшее количество летальных исходов отмечено после введения противостолбнячной сыворотки, оспенной вакцины и коклюшной АКДС (П.Ф.Здоровский, «Педиатрия», 1\1975).

9. По степени очистки и иммуногенности дифтерийного компонента наши препараты находятся на уровне лучших образцов, выпускаемых зарубежными фирмами... Но есть существенные недостатки: отсутствие стандартности, качества сорбентов, а оценка коклюшного компонента не отражает его качества [Ф.Ф.Резепов «Сборник научных трудов: Стандарты, штаммы и методы контроля бактериальных визуальных препаратов». М. 1980-1981].

10. Необходимо усиленное внимание к отбору детей для вакцинации, которые часто или длительно болели перед прививкой; к тем, у которых в анамнезе указано на аллергический диатез – это связано с предупреждением очень тяжелых осложнений на АКДС [из сборника научных трудов – «Вакцинопрофилактика детских инфекций», Л., 1981].

11. В связи с осложнениями педиатры справедливо ставят вопрос о расширении противопоказаний к прививкам против коклюша – компонента, входящего в АКДС (С.Г. Алексина).

12. «...За ряд лет в контрольный институт поступили сведения о 20 детях, умерших после прививок АКДС, дифтерийно-столбнячным и дифтерийным анатоксинами... Это позволило провести клинко-анатомический анализ поствакцинальных осложнений... серии препаратов были использованы для прививок нескольких тысяч детей, в то время как тяжелые реакции отмечены лишь в единичных случаях...». (ЖМЭИ, № 9, данные контролеров ГНИИСКА):

13. М.Я.Студеникин (педиатр, академик РАМН, директор Института педиатрии РАМН) по материалам Брагинской, Соколовой и Таточенко, 1982,1987) пишет в КВС:»... Сотрудники института клиники НИИ педиатрии АМН СССР на протяжении многих лет (с 1965 г.) занимаются изучением поствакцинальных осложнений, поствакцинальной патологии. Клинические формы её разнообразны: от незначительных местных реакций до тяжелых аллергических и неврологических осложнений. Именно вакцина АКДС, в меньшей степени АДС-М-анатоксин, дают наибольшее число осложнений, нередко тяжелых... Большой процент детей освобождается от дальнейшей вакцинации из-за развития поствакцинальных реакций и тяжёлых осложнений...».

Группировка симптомов и синдромов местного и общего характера, возникающих после применения АКДС:

1. Местные реакции и осложнения: инфильтрат (свыше 2 см в диаметре); абсцесс (флегмона)

2. Чрезмерно сильные общие реакции с гипертермией, интоксикацией.

3. Реакции (осложнения) с поражением центральной нервной системы: упорный пронзительный крик; энцефалитическая реакция; судорожный синдром без гипертермии; судорожный синдром на фоне гипертермии; энцефалопатия (более длительные судорожные состояния, иногда с очаговой симптоматикой); поствакцинальный энцефалит.

4. Реакции (осложнения) с поражением различных органов (почек, суставов, сердца, желудочно-кишечного тракта и др.).

5. Реакции (осложнения) аллергического характера: местные реакции аллергического типа (отек и гиперемия мягких тканей); аллергические сыпи; аллергические отеки; астматический синдром, синдром крупа; геморрагический синдром; токсико-аллергическое состояние; коллаптоидное состояние; анафилактический шок.

6. Внезапная смерть

7. Сочетанное течение вакцинального процесса и присоединившейся острой интеркуррентной инфекции (взаимодействие двух факторов) с осложнениями и без них.

8. Обострения (или первые появления) хронических болезней и оживление латентной инфекции (провоцирующая роль прививки).

Каким же образом педиатр, невропатолог, нефролог и др. специалисты определяют то, на что осложнения у ребенка после инъектирования ему химико-биологического ртутно-формальдегидного конгломерата, именуемого «вакциной»?

Побочные реакции на БЦЖ, из рекомендаций ВОЗ: «...к наиболее тяжелым осложнениям при иммунизации БЦЖ относятся диссеминированная инфекция микобактериями туберкулёза и вызываемый ею остит. Наиболее распространенное осложнение – гнойный лимфаденит. Риск развития неблагоприятных реакций на БЦЖ зависит от штаммов, используемых различными фирмами – изготовителями, дозы, возраста и здоровья ребенка, метода иммунизации и квалификации вакцинатора.

Из публикаций отечественных специалистов:

...для производства БЦЖ используется советский субштамм;

...в Советском Союзе осложнения после вакцины БЦЖ отмечаются в значительно меньшем проценте случаев, чем в ряде других стран. Конечно, в меньшем, если «в ряде других стран» эта прививка вообще не используется.

... «Анализ осложнений приводит к таким выводам: возможное нарушение техники внутрикожного введения, места введения прививочного материала, перенесённые острые респираторные заболевания. Последнее уж совсем удивительно: прививку делают на полные третьи сутки, причем «вакцинации БЦЖ подвергаются все новорожденные, не имеющие противопоказаний». Когда они успевают перенести ОРЗ? Кроме того, пишут контролеры ГНИИСКА, причинами также могут быть повышенный аллергический фон как самого ребенка, так и матери.

...«Исследование причин поствакцинальных осложнений должно быть продолжено... Необходима отработка оптимальной дозировки коммерческих серий вакцины БЦЖ и совершенствование в этом плане схемы применения... Выборочные группы новорожденных... Установлено, что частота лимфаденитов соответствовала 21 случаю на 100000 привитых детей...» и т.д., и т.п. Наряду с этим, в ВОЗ подаются сведения о том, что осложнений в СССР нет, не зарегистрировано.

Группировка поствакцинальных осложнений после БЦЖ:

...усиленная местная реакция, иногда с некрозом кожи и образованием язвы;

...возникновение холодных абсцессов, региональных лимфаденитов с нагноением, келоидных рубцов;

...поражение глаз, костей, генерализация инфекции, вызванной микобактериями БЦЖ;

...возникновение волчанки на месте вакцинации;

...поствакцинальную реакцию оценивают как усиленную, если размеры папулы на месте введения БЦЖ превышают 10 мм (такая реакция может сопровождаться некротизацией тканей и образованием язв).

Холодный абсцесс – это плотный подкожный инфильтрат, который затем образует свищ с выделением жидкого гноя.

Региональные лимфадениты характеризуются увеличением лимфатических узлов, чаще подмышечных. В отдельных случаях также происходит нагноение узла с появлением свища и выделением гноя.

Келоидные рубцы приподнимаются над поверхностью кожи. В случае хирургического лечения наблюдается, как правило, их рецидив. Некоторые авторы усматривают причину возникновения келоидных рубцов в конституциональных особенностях кожи.

Генерализация инфекции, вызванная бактериями БЦЖ, является следствием резкого снижения иммунитета. В профилактике этих осложнений особая роль отводится клиническим противопоказаниям при вакцинации новорожденных.

Увы, для установления этих противопоказаний необходимы диагностические службы.

Поствакцинальные осложнения – патогенез, профилактика, лечение:

...редчайшие формы заболеваний в вакцинальном периоде, трактовка которых может представить значительные трудности, удастся выявить только в условиях массового многолетнего применения препарата... Полученные результаты по иммунизации 191 ребенка в возрасте 1-15 лет свидетельствуют о возможности иммунизации детей с аллергическими заболеваниями, а скрытый бронхоспазм не следует считать препятствием для проведения прививки при индивидуальном подходе к каждому ребенку...

...Гастроэнтерологическая патология, диспептические расстройства у детей первого года жизни, нередко обусловленные вторичной ферментопатией или нарушением биоценоза кишечника, достаточно часто побуждают педиатров воздержаться от введения всех вакцин...

...Эксперименты на трех группах детей показали... Патоморфологическое изучение секционного материала с поствакцинальной патологией показало, что инактивированные препараты могут обладать токсическим действием, примером такого препарата является коклюшный компонент АКДС... Широко применяемая АКДС вызывает побочные реакции, единственным путем снижения нежелательных реакций является усовершенствование АКДС... Ведутся исследования по замене гидроксида алюминия на новые перспективные адъюванты [Москва];

...достаточно обширные материалы по изучению влияния прививок на функциональное состояние организма человека не систематизированы, вместе с тем показатели свидетельствуют об ухудшении функционального состояния привитых в поствакцинальном периоде...

...Заболевания центральной и периферической нервной системы, иногда возникающие после прививок АКДС, которые различаются по тяжести неврологических расстройств... после прививки АКДС у некоторых детей с последующим диагнозом эпилепсии [Ленинград];

...наибольшее количество поствакцинальных осложнений выявлено после прививки АКДС:энцефалитические реакции, громкий крик, судороги, местные реакции и т.д. [Ташкент];

...широкая иммунопрофилактика туберкулёза у детей обусловила появление поствакцинальных осложнений – лимфаденитов, в клинике детской хирургии за период 1986 по 1990 гг. находилось на лечении 73 ребенка с поствакцинальными БЦЖ-лимфаденитами [Донецк];

...установлено, что временный иммунодефицит – компонент вакцинального процесса – зависит не только от природы вводимого препарата, но и от исходного состояния иммунной системы прививаемого и влияния экологических факторов [Свердловск];

...изучением осложнений после БЦЖ мы занимаемся на протяжении 20 лет, установлено, что БЦЖ-лимфадениты на 20-40% превышают число детей до 7 лет со всеми формами туберкулёза и в 11-20 раз число детей с истинными тублимфаденитами [Кишинев].

Эти материалы конференции изданы на 148 страницах – 146 страниц с перечнем поствакцинальных осложнений, среди них пять статей о «не всегда обоснованных, мед. отводах от прививок»

Напомним: «Если принять во внимание массовость проводимых вакцинаций, то даже небольшой процент поствакцинальных осложнений может составить значительную цифру» [1984].

12 октября 1993 года в одном из НИИ, принадлежащих Госкомитету по санэпиднадзору, по приказу директора проводилась вакцинация «против дифтерии». Правда, препарат почему-то состоял из двух анатоксинов – АДС. Из 170 человек на прививку явились 27. У семи были осложнения, причем три из них – очень тяжелые, с вызовом «скорой». В результате: весь институт числится в группе «охваченных», про осложнения рекомендовано забыть, поскольку они нигде не зафиксированы. Одной из заболевших выдан больничный лист с первичным диагнозом – «межрёберная невралгия, осложнение на АДС», с заключительным – «ОРЗ».

Известно, что дети в нашей стране не обладают хорошим здоровьем. Плохое питание, антисанитарные условия – всё это серьёзные дополнительные факторы риска, способствующие ослаблению иммунной системы и приводящие к парадоксальным реакциям на АКДС и АДС-

вакцины, а также к генерализации инфекции (заболевание туберкулёзом), вызванной микобактериями БЦЖ. Кроме того, в СНГ эффективность БЦЖ устанавливается исключительно на детях – по антительной пробе. Как пишет профессор В.К.Таточенко в газете «Первое сентября» (1992, №1-2): «...Свидетельством высокой степени невосприимчивости к туберкулёзу является развитие положительной реакции на введение туберкулина на коже (реакция Манту)». **Но это – абсолютно неверная трактовка!** К тому же давно известно, что антитела не приносят видимой пользы в защите против туберкулёза. Проба на детях – тотально-массовая, ежегодная! А ведь это – дополнительные аллергены, которые вводятся чрез кожно.

Вся система прививок как будто законсервировалась. Качество вакцин и сам процесс иммунопрофилактики продолжает пребывать вне иммунологии, вне генетики и наследственной патологии, вне иммуногенетики, вне токсикологии, вне патофизиологии, неврологии, нефрологии, вне экологии человека, вне этики и прав человека!..

Укол, инъекция – механическое насильственное повреждение кожи, антифизиологичное вмешательство в организм человека. Надо ли доказывать, что такая мера должна применяться при исключительных и очень важных показаниях. Конечно, обоснованность возражений против массового инъекционного вмешательства в человеческий организм зависит в большей степени от конкретных условий, но **в любом случае нельзя не признавать право человека на отказ от уколов.**

С точки зрения международного законодательства и прав человека, инъекция какого-либо лекарства добровольцу в эксперименте рассматривается как комбинация механического и медикаментозного воздействия комплекса методов.

Эпидемиолог Г.Н.Габричевский писал ещё в 1906 г. о том, что необходимость делать укол, болезненность на месте укола, сопровождающаяся сильной местной реакцией, возможностью образования абсцесса и т.д. – все это служит помехой для более широкого применения мер борьбы с заразными болезнями.

Парентеральное введение вакцин и без того совершается в обход эволюционно сложившихся путей поступления веществ. Ожидание укола – психологический стресс, укол – боль – стресс, введение ксенобиотика – стресс для всех систем (!) организма. Вместе с тем, как доказано ещё П.Ф.Здродовским (1929-1975) и его учениками, существует способность высокого вакцинирующего эффекта от пероральной иммунизации, в том числе АКДС, не уступающей таковому при парентеральном её введении: «...Все это вместе взятое, в свою очередь обосновывает вывод о том, что всякая прививка является ответственной биологической операцией, не терпящей вульгаризации...». Здродовс-

кий обратил внимание на парентеральный путь введения вакцин как на ответственную «биологическую операцию» в журнале «Педиатрия» в 1\1975, то есть, ровно сто лет спустя после высказывания немецких ученых (1875): «...Простой укол, производимый оспо-прививательным ланцетом, настолько же заслуживает внимание врача, насколько и все другие важные хирургические операции...». (Bohn «Handbuch der Vaccination», Leipzig, s. 344)

Но основная масса отечественных врачей продолжает не замечать этого, для них в уколе нет никакой «биологической операции», нет ничего предосудительного в недобровольном инъецировании вакцин.

Кроме всего перечисленного, а также глобального побочного эффекта – иммунологического дисбаланса, следовательно, широкой дороги к детской онкологии, существуют и мини-эффекты непосредственно от укола.

Грудной ребенок не может сказать об испытываемых ощущениях при уколах, нарушающих топографию точек кожи. У детей болевые точки лежат более поверхностно, чем у взрослых.

Специалисты считают, что требуется повышенная осторожность при введении иглы, поскольку детская кожа и сосуды более ранимы, особенно у детей до 2-х лет. «Простой» укол, не говоря о боли и повреждении кожи, оставляет в тканях кровоизлияние, и оно тем больше, чем больше поврежденных клеток и сосудов в месте инъекции.

У школьников и дошкольников примешивается состояние стресса – ожидание этой неприятной процедуры, насильственного её навязывания.

И для кого только специалисты пишут, например, о том, что кожа человека представляет собой сложную экологическую систему, тесно связанную с внутренней средой организма человека. Именно благодаря ей поддерживается надлежащий уровень иммунологических реакций, неспецифических факторов защиты и весь физиологический статус макроорганизма.

Атмосферные загрязнения ртутными солями, формальдегидом определены в качестве ведущих факторов, оказывающих неблагоприятное влияние на формирование растущего организма, на здоровье детей. Парентеральное поступление в организм ребенка химико-биологического конгломерата, именуемого АКДС-вакциной, приводит к дополнительному «метаболическому хаосу», начиная с клеток кожи, влияя на мембраны, которые являются структурной основой ферментативных процессов. При нарушении внутриклеточного метаболизма большое число антигенов, в том числе малые дозы ртутных солей и формальдегида, способны вызывать крапивницу на поверхностный, кожный контакт (без инъекции). Механическое повреждение кожи с

одномоментным поступлением химических веществ ведет к различным токсикодермиям и другим заболеваниям.

Вице-президент Российской Академии наук Р.В.Петров, будучи директором Института иммунологии, писал еще в 1986 г.: «...Используемые в повседневной практике вакцины – это малоконтролируемая сверхкомплексная смесь с огромным количеством балластных, в том числе высокотоксичных, загрязняющих компонентов... Для создания иммунитета необходимо 12 антигенных детерминант, а в **организм вводится сотня сложнейших комплексов**. Отсюда тяжелые реакции, осложнения, аллергизация прививаемых...».

К сожалению, признания в научной литературе никак не соотносятся с реальной опасностью применения подобных «вакцин» в детской практике здравоохранения. «Метод проб и ошибок» -наблюдения за широкомасштабными поствакцинальными осложнениями, продолжается в нашем государстве на детях.

Как-то по радио «Эхо Москвы» выступал начальник Главного управления здравоохранения Москвы А.Н.Соловьев. Были к нему вопросы и по насильственным прививкам. Ответ: «Никто не имеет права принуждать делать прививки насильно, врачи не имеют права угрожать... не выписывать» и т.д. Это – по радио. А на практике, в жизни на участках врачей лавиной обрушились всякие приказы и постановления: «охватить!».

Тот же Р.Петров издает «Распоряжение» по РАН: «Предложить всем руководителям институтов и организаций РАН... **не принимать на работу лиц, относящихся к контингентам риска, не привитых против дифтерии в течение последних 10 лет (работники торговли, общественного питания, сферы обслуживания, транспорта, связи, социального обеспечения, детских дошкольных учреждений, школ, ПТУ, техникумов, вузов, медицинские работники)**... Оказывать активную помощь медицинским работникам в организации и проведении иммунизации сотрудников...». И ни слова об организации предварительной диагностики для выявления группы риска, например, среди работников общественного питания. Распоряжение, можно сказать, главного иммунолога РФ.

Вот поистине преступное нарушение прав и свобод человека главарём от науки!.. Однобокое стереотипное мышление и поклонение устоявшимся догмам, давно устаревшим представлениям – «от вакцин только польза», пагубно сказались и продолжают сказываться на здоровье не одного поколения граждан разных национальностей нашей страны.

Национальность в прививках играет очень большую роль, например, при выработке антитоксинов против дифтерийного и столбнячного анатоксинов.

Но... «от Москвы до самых до окраин, с Южных гор до Северных морей» – один препарат с 16-ю противопоказаниями – **«для всех полезно!»** Международная же практика в области вакцинопрофилактики, как мы уже говорили, очень разнообразна.

В спорах нас обвиняют в том, что мы вроде бы против прививок, убеждая, что вакцинопрофилактика принесла немалую пользу. Но мы никогда не ставили под сомнение необходимость иммунопрофилактики, рассказывая всего лишь о многолетнем опыте цивилизованных стран мира. Вакцинопрофилактика важна и продолжает быть помощницей в борьбе с инфекционными болезнями, но... должна помогать, а не считаться панацеей от так называемых «управляемых» инфекций: дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита, кори, туберкулёза, гриппа, паротита и т.д. Отечественная же система прививок является не чем иным, как одной из форм затянувшегося глобального эксперимента при отсутствии индивидуального подхода, при полном незнании организма прививаемого, при отсутствии гарантированной безопасности «вакцин» типа АКДС, её уменьшенных доз и т.д.

На основе изложенного приходится ли удивляться существованию «Инструкции по взятию материала для патоморфологического изучения летальных случаев поствакцинальных осложнений», изданной первоначально в 2.000 экземпляров, а затем в составе монографии ещё в количестве 25.000? Это к профилактическим-то препаратам? А нас чинуши убеждают в отсутствии смертельных исходов после использования отечественных вакцин...

6. «Для проведения исследований были отобраны практически здоровые дети...»

«Обязательное согласие лица, подвергающегося опыту, со времени принятия Нюрнбергского кодекса считается одной из главных предпосылок для проведения медицинского эксперимента. Требования о добровольном согласии лица, подвергающегося опыту Нюрнбергский кодекс формулирует в ст. №1, Хельсинкская декларация в ч. II ст. №1, а Токийская и Венецианская декларации – в ч. 1, ст. 92.

Как известно, испытания новых лекарственных средств, в том числе лекарственных иммунобиологических средств, на человеке во всем мире является непростой этической проблемой.

Учёные, а тем более фирмы, которые занимаются созданием новых препаратов в цивилизованном мире, знают, насколько трудно найти добровольцев для участия в подобных экспериментах. Во многих странах разработан статус добровольца для участия в научном эксперименте. За соблюдением требований этого документа следят государственные и негосударственные учреждения.

Известно, что в России не существует Комитета по этике, который бы имел право запретить проведение экспериментов с участием здоровых детей.

Отсутствует и статус добровольца в научном эксперименте, который регламентировал бы права детей и взрослых, участвующих в подобных исследованиях. Однако эксперименты на людях, в том числе на здоровых детях, проводят в нашей стране достаточно широко.

Из международной практики и рекомендаций ВОЗ по изучению безопасности вакцин: «К испытанию биологических препаратов на людях следует приступать лишь после проведения разносторонних лабораторных тестов для определения их безопасности и эффективности. Существенно важно не привлекать к испытанию неграмотных лиц или лиц, которые в силу своей ограниченности не способны полностью понять степень риска, связанную с испытанием; особую осторожность следует проявлять в отношении получения согласия от лиц эмоционально неуравновешенных или умственно отсталых; лиц, находящихся в специальных учреждениях или находящихся под надзором, а также от заключенных, военнослужащих, учащихся и других подобных групп населения, правомерность которых давать согласие может быть поставлена под сомнение... Особого внимания требуют случаи включения в исследование детей, когда требуется получение согласия на это их родителей или опекунов... Публикация результатов испытаний на человеке в изданиях ВОЗ разрешается только при условии, что эти испытания проводились в полном соответствии с этическими нормами страны, где осуществляется данное испытание... В любом сообщении, которое представляется для публикации, должно содержаться четкое заявление о том, что испытания на людях проводились по принципу строгой добровольности и что лица, включенные в исследования, получили достаточную информацию».

Прежде всего, напомним о том, что провести разносторонние лабораторные исследования на животных у нас достаточно сложно: отсутствуют стандартные виварии, хороший корм и т.д., то есть все то, что обуславливает стандартную биологическую модель. Тесты т уйго при изучении бактериальных вакцин не используются, равно как и другие альтернативные модели. Нормальное содержание экспериментальных животных у нас в стране – проблема совершенно неразрешимая, просто тупиковая, поскольку решать её никто и не пытается. Однажды глава представительства торгово-посреднической фирмы Японии К.Оямада сказал: «Чтобы экспортировать лекарства, нужна отличная база для проведения биологических испытаний, т.е. виварий. На этот счёт существуют жесткие международные стандарты. У вас такого центра нет, поэтому выход советских лекарств на мировой рынок затруднён». И что изменилось? Читаем о том, что у нас полностью

отсутствует адекватный контроль лекарственных средств, нет стандартных животных, отсутствуют высокочувствительные альтернативные модели и методы. Как «вакцина» АКДС может отвечать требованиям ВОЗ, если даже в Федеральной целевой программе Российской Федерации «Вакцинопрофилактика» на 1993-1997 гг. сказано: «На низком уровне осуществляется контроль качества вакцин»? Следовательно, дать полную информацию добровольцам, согласившимся участвовать в эксперименте, учёные-испытатели просто не могут. У них у самих этой информации нет.

Как в этом случае найти добровольцев для проведения изучения безопасности вакцин? Очень просто. **Создатели и контролеры лекарственных биологических препаратов – вакцин и сывороток – изучают свои творения... на детях.** В условиях российского правового невежества риск того, что родители зададут учёным малопривлекательные вопросы по части уголовной ответственности, практически сведён к нулю, поскольку это делается под флагом «положенной вакцинации».

Я уж не говорю о школах-интернатах, где совершенно спокойно изучается любая вакцина, как, например, в Петербурге, где изучалась «безвредность, реактогенность, иммунологическая активность вакцины против гриппа». Авторы А.В.Слободенюк, Р.А.Андреевская, А.С.Шадрин, Н.Налександрова сообщают: «Взяли в опыт две группы практически здоровых детей: 200 человек 7-10 лет и 200 человек 11-15 лет». В каждой группе половину детей прививали вакциной ИЦТВ, а половину – плацебо (в данном случае – физ.раствор). Реактогенность вакцины оценивали по результатам ежедневного медицинского осмотра детей в течение 5 дней после прививки. На этой основе врачи-экспериментаторы делают вывод: «Материалы проведенных исследований дают возможность приступить к изучению эпидемиологической эффективности вакцины в расширенных государственных испытаниях».

Следовательно, не надо теряться в догадках в поисках ответа: кто даёт разрешение на проведение таких исследований? В статье ответ: «расширенные государственные испытания», то есть само государство и разрешает! Статья опубликована в «Журнале микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии» [ЖМЭИ, 1987, №11].

Далее представляем выдержки из документов – публикаций, которые цитируются с сохранением особенностей, характерных для каждой из них. В.П.Брагинская. С.Г.Алексина. С.В.Чеботарева и др. [ЖМЭИ, 1978, №8] «Применение АДС – анатоксина с уменьшенным содержанием антигенов для иммунизации детей, имеющих противопоказания к введению АКДС-вакцины. Иммунизация детей с поражением центральной нервной системы»: «...Настоящее исследование было предпринято в соответствии с рекомендациями Министерства здравоохранения РСФСР (1975 г.)... Предварительно нами была изучена документация на прививки де-

тей с поражением ЦНС в 5 специализированных детских учреждениях Москвы и Московской области... дома-интернаты... Под наблюдением находились 379 детей... Большинство страдало органическим поражением ЦНС в форме детского церебрального паралича, проиммунизировано 299 детей... Для сравнительного изучения... Большинство детей находилось на длительной антисудорожной терапии (фенобарбитал, цитраль, сульфат магнезии и пр.), на фоне которой и проводили исследование... Реактогенность препаратов была незначительной... Полученные результаты позволяют рекомендовать АДС-М-анатоксин для иммунизации детей с поражением ЦНС при условии строгого индивидуального подхода, консультации специалистов и тщательного наблюдения за детьми в поствакцинальном периоде...».

Можно представить, как наблюдают за такими детьми, если в «нормальных» школах отсутствуют всяческие предварительные обследования и последующие наблюдения!

Г.Н.Ширко, М.С.Захарова [ЖМЭИ, 7\1978] «Токсические свойства вакцины»: «... Освобождение от эндотоксических компонентов требует дополнительной обработки препарата, необходимость в которой может быть определена только после испытания реактогенности предлагаемых препаратов на детях... Доступность метода... позволяет рекомендовать эти препараты для испытания в ограниченных наблюдениях на детях».

В.Ф.Попов. Л.А.Сохин. Л.В.Салмин и др. [ЖМЭИ, 2\1981], «Безвредность, антигенная активность и эпидемиологическая эффективность живой паротитной вакцины...»: «...В настоящем сообщении представлены результаты исследований... у детей, привитых вакцинами 3 серий (40000, 20000, 5000 ГАДЕ-50), различающихся содержанием вирусных частиц... Эффективность различных серий вакцин – живой паротитной, изучали путем сопоставления заболеваемости паротитом в опытной и контрольной группах детей в течение 1,5 лет с момента вакцинации...».

Р.И.Васильева. М.А.Вичурина. Э.А.Фридман и др. [ЖМЭИ, 4\1982], «Оценка в наблюдениях на детях школьного возраста безвредности, реактогенности и антигенной активности гриппозной инактивированной хроматографической вакцины»: «Мы поставили перед собой задачу оценить безвредность и реактогенность... В наблюдениях на детях школьного возраста... 365 детей в возрасте 7-15 лет... Доза для детей 7-10 лет составила... 11-15 лет составила... О безвредности вакцины судили по результатам гематологических (клинический анализ крови, лимфоцитограмма и биохимических)... У подавляющего большинства детей выраженные лихорадочные реакции и клинические симптомы... отсутствовали, самочувствие детей в основном не нарушалось... Вместе с тем средние и сильные лихорадочные состояния-реакции были зарегистрированы во всех группах... Анализ результатов изучения по-

казал местные реакции на прививку в виде гиперемии и инфильтрации кожных покровов чаще наблюдались у детей 11-15 лет, вакцинированных шприцевым методом....».

А.А.Демина, Л.П.Девяткина, К.Б.Олзей-оол и др. [ЖМЭИ, 11\1984], «Оценка реактогенных и иммунных свойств менингококковых вакцин: «...Представлены материалы изучения... Исследования были проведены на школьниках, из них 309 были привиты менингококковой полисахаридной вакциной (МПВ) и 229 – АДС- анатоксином... Полученные данные позволяют рекомендовать при оценке реактогенности и иммунных свойств вновь конструируемых профилактических препаратов, учитывать предшествующее иммунологическое состояние прививаемого...».

Л.А.Митинская. Л.И.Котова «Проблемы туберкулёза», [ЖМЭИ, 3\1986] «Профилактика осложнений вакцинации БЦЖ у новорожденных»: «...В наблюдениях на детях... Внедрение в практику препарата с уменьшенной дозой позволит уменьшить частоту лимфаденитов в 3,3 раза...».

Если учесть, что по данным Т.Б.Яблоковой. Д.Т.Леви и др. [30], в числе которых в 1976 году была и Л.А.Митинская, частота лимфаденитов у первично привитых детей соответствует 21 случаю на 100 тыс. привитых (!), то «повышенное число осложнений» после введения БЦЖ пора бы и снизить!

Т.С.Селезнева. Е.А.Баева и др. (ЖМЭИ, 7\1986), «Изучение противокклюшного иммунитета»: «...Работа проведена на базе детских поликлиник в Риге и взрослой поликлиники Москвы... Были обследованы дети, привитые коммерческими и испытываемыми сериями АКДС... В первой группе было 80 человек, во второй – 91... Из числа привитых испытываемыми сериями... серологически обследовали через 1-1,5, 6, 9, 10 месяцев и более после 3-кратного курса иммунизации...».

А.А.Сумароков. Н.А.Озереиковский. Н.И.Донская и др. [ЖМЭИ, 2\1986] – «Основные итоги комиссионного испытания новой вакцины грипповак СЕ-АЖ»: «...Дети 3-6 лет в Москве, посещающие 106 детских учреждений Свердловского и Бабушкинского районов, которые в соответствии с числом испытываемых препаратов были разделены на 4 группы – 2 опытные и 2 контрольные... Выводы: низкие показатели профилактической эффективности изученных серий грипповак СЕ-АЖ не позволяют использовать препарат для профилактики гриппа».

М.А.Астабациян. В.М.Болотовский и др. [ЖМЭИ, 6\1986], «Реактогенные свойства и иммуногенность коревой и паротитной вакцин при различной тактике их применения»: «...Несомненный интерес представляет изучение эффективности раздельного введения этих препаратов... чаще два шприца в различные части тела.. 1244 детям в возрасте 15-18 месяцев... что позволило сформировать 6 равноценных групп: 219 детей, 198 детей, в одном шприце 202 ребенка, в разных

шприцах 228 детей... У всех включённых в исследование детей перед каждой прививкой и спустя 28-30 дней брали кровь из пальца...».

Р.Л.Васильева. Н.И.Донская. М.А.Бичурина и др. [ЖМЭИ, 3\1987], «Итоги изучения новых препаратов гриппозных инактивированных вакцин»: «...Настоящее сообщение является первым в нашей стране исследованием по использованию гриппозных инактивированных вакцин для защиты детей от гриппа... В задачу исследования входила оценка безвредности, реактогенных свойств и антигенной активности... с выбором оптимальных доз для введения их практически здоровым детям школьного возраста... Испытаны серии вакцин с разной активностью на детях 11-14 лет и на детях 7-10 лет... Всего 1177 практически здоровых детей... школьников... Оба препарата вводили внутривенно... Безвредность оценивали с помощью ряда гематологических и биохимических тестов... Для оценки местной реакции учитывали размеры эритемы и уплотнения... жалобы на болезненность... При отработке дозы руководствовались принципом «необходимо, но достаточно», выдвинутым комиссией экспертов ВОЗ...».

Л.Ф.Бердникова. Р.И.Васильева. Г.Н.Хлябич и др. [ЖМЭИ, 4\1987], «Изучение адсорбированной гриппозной химической вакцины при иммунизации школьников»: «...Исследования проводили в несколько этапов... Возрастные группы детей: 11-14, 7-10, 5-6 и 3-4 года... Изучение свойств препарата начинали в старшей возрастной группе... Для проведения исследования были отобраны практически здоровые дети... Изучали различные дозы и объёмы препарата... всего 820 школьников: 403 в возрасте 11-14 лет и 417 – 7-10 лет... Контрольной группе вводили физиологический раствор... однократно подкожно с помощью шприца... Заслуживает внимания дальнейшее изучение АГХ-вакцины при иммунизации детей 3-6 лет и в эпидемиологических наблюдениях при вакцинации детей 7-14 лет».

Т.Ф.Чернышева. Н. Я. Покровская. Л. И. Рюсс и др. (ЖМЭИ, 5\1987), «Безвредность, реактогенность и иммунологическая активность менингококковой полисахаридной вакцины группы А для детей 1-4 лет»: «...Цель работы – изучение безвредности, реактогенности... Дети 1-4 лет с определением оптимальной вакцинирующей дозы... Были изучены 2 дозы вакцины... подвергали детей в возрасте 1-4 лет, посещавших детские дошкольные учреждения... На проведение прививок было получено разрешение их родителей (? – Г.Ч.)... Перед вакцинацией детям измеряли температуру... Реакции на прививку отмечали в специально разработанной карте... Учёту подлежали: температура, измеряемая через 6, 12, 24 и 72 ч., далее ежедневно до 14-го дня наблюдали за ребёнком, состояние кожи (зуд, сыпь) и сосудов (симптома жгута), характер аппетита, тошнота, рвота, головная боль, головокружение, данные аускультации сердца и легких, пальпации печени и селезенки, показа-

тели крови и мочи, исследование которых проводили до вакцинации и через сутки после неё. Местную реакцию определяли по состоянию кожи и подкожной клетчатки (?! – Г.Ч.) на месте введения вакцины и регионарных лимфатических узлов... Иммунологические сдвиги изучали... Для этого брали из пальца кровь у детей до вакцинации и через 30 дней и 3 месяца после неё... Всего 122 ребенка... Ощущение боли возникло позже, через 8-10 часов, но это не отразилось на их общем состоянии... Общие реакции заключались в небольшом повышении температуры (37,8-38,2)... местная реакция в покраснении кожи на месте введения вакцины у 80% привитых...».

Н.М.Максимова. Н.Л.Сухорукова. М.П.Фринкель [ЖМЭИ.5\1987], «Иммунологическая эффективность второй ревакцинации против дифтерии, проведенной с интервалами, удлиненными до 7-10 лет»: «...Применяемые в настоящее время схемы иммунизации перегружены с точки зрения как числа вакцинации, так и концентрации антигена в прививаемом препарате... Цель работы – сравнительное изучение... Под наблюдением 228 школьников в возрасте 6-14 лет Ленинградского района Москвы... У детей брали кровь из пальца до ревакцинации и после неё ежегодно в течение 5 лет... Результаты исследования идентичны результатам, полученным в ГДР... На основе полученных данных предложено проводить вторую ревакцинацию в возрасте 11 лет, что найдет отражение в новом календаре прививок».

Р.И.Васильева. Н.И.Донская. Н.А.Озерецковский. А.А.Сумароков и др. [ЖМЭИ. 3\1988], «Итоги государственных испытаний гриппозных инактивированных вакцин для детей»: «...Задачи исследования... оценка реактогенных свойств вакцин по характеру, частоте, интенсивности и продолжительности общих и местных реакций, изучение безвредности... при однократном парентеральном введении... Материалы и методы – государственные испытания в школах, ПТУ и техникумах в Ростове-на-Дону, Таганроге и Новочеркасске с применением двойного слепого метода... Использовали подростков 11-14 лет... Все препараты вводили внутривенно... Опытные и контрольные группы формировали у школьников – класс, у подростков – группы... Всего 13.355 детей и подростков, из которых 9.962 были привиты, контрольную группу составили 3.393 человека, которым также внутривенно вводили раствор хлорида натрия (плацебо) с помощью безыгольного инъектора (как и вакцину)... Установлена безвредность...».

М.Г.Гарасеферян. В.М.Болотовский. Л.П.Шатрова. Н.С.Титова [ЖМЭИ, 4\1988]: «Поскольку в настоящее время живую паротитную вакцину (ЖПВ) выпускают с разным содержанием вируса в прививочной дозе, определенный интерес составляло изучение... у детей, привитых ЖПВ разных серий... в опытных группах детей... 473 сыворотки... Показано, что иммунологическая эффективность не зависит от

возраста, но резко снижается при использовании ЖПВ с содержанием вируса менее... В Армении впервые выборочная вакцинация паротита была проведена в 1967-1969 гг. в городах Кировакане и Дилижане».

А.К.Юлпашев. А.М.Иванова. Ш.Х.Ходжаев и др. [ЖМЭИ, 5\1988], «Изучение профилактической эффективности реаферона при вирусном гепатите А и острых респираторных инфекциях у детей»: «...Эпидемиологическому наблюдению предшествовало исследование безвредности и переносимости препарата, для взрослых (осуществлено НИИ гриппа Минздрава, Э.П.Корнеева и соавт.) и для детей школьного возраста (Узбекский филиал Института вирусологии им. Д.И.Ивановского АМН; Ш.Х.Ходжаев и соавт.)... В соответствии с программой исследования были охвачены дети от 2 до 6 лет... всего 2.178 детей... Небольшое число детей ясельного возраста (250-300) не позволило получить статистически значимую разницу в снижении заболеваемости гепатитом А... Не отмечено его положительного эффекта в группе детей 4-6 лет... Оценка профилактической эффективности при гепатите А перорального применения реаферона 2 раза в неделю у детей 2-6 лет в целом дало отрицательный результат... Профилактика детей ясельного возраста вызвала статистически достоверное снижение (в 1,7 раза) заболеваемости острыми респираторными вирусными инфекциями у детей...».

Л.Г.Руденко. Э.Б.Гурвич. Н.И.Донская и др. [ЖМЭИ, 5\1988], «Итоги изучения живой интра-назальной вакцины при иммунизации детей 3-15 лет»: «...Детей в возрасте от 3 до 15 лет... Оценка количественных показателей реактогенности, иммуногенности и безвредности этой вакцины... В школах – класс, в детских садах – группа... Выборка была проведена среди детей, не имевших противопоказаний к прививкам... Были сформированы 2 группы детей общей численностью 10.970 человек, из них 3.445 детей в возрасте 3-6 лет и 7.526 – 7-15 лет... Для углубленного изучения вакцин и их безвредности проводили гематологические и биохимические исследования... Взятие материалов проводили 5 раз: до вакцинации, через три дня и месяц после первой, а также через 3 дня и месяц после второй прививки... Реактогенность и безвредность изучена... Иммунизацию проводили в детских учреждениях (школы, детские сады) Калининграда... Нельзя было ожидать эффекта от проведения прививок: эпидемия в Калининграде, как и в целом в СССР, была вызвана вирусом гриппа типа А (H3N2), вакцинация осуществлялась вакциной А (H1M1)... Определить профилактическую эффективность живой гриппозной вакцины не удалось из-за несоответствия эпидемического и вакцинного штаммов вирусов...». Следовательно, экспериментаторы смогли изучить только безвредность этого препарата.

Р.П.Чупринина [VI Всероссийский съезд микробиологов, эпидемиологов и паразитологов, Нижний Новгород, 1991, т. 11]: «...С 1989 года в

СССР введена в практику здравоохранения АКДС-М вакцина... Полевое испытание шифрованных серий АКДС и АКДС-М вакцин показало, что после введения последней количество общих и местных реакций снижается в 1,8 раза... Снижена интенсивность их проявления...».

Мало того, что контролер ГНИИСКА Р.Чуприна своим сообщением подтверждает наличие поствакцинальных осложнений на АКДС, но «полевое испытание» – не что иное, как **эксперименты на детях**. Дальше в этом труде она пишет: «Кардинальное решение проблемы коклюша – введение в практику новой, более безопасной, чем АКДС, вакцины (**это ещё одно подтверждение опасности введения существующей отечественной АКДС; другое – почему проблема коклюша решается через введение АКДС, то есть анатоксинов против дифтерии и столбняка? – Г.Ч.**)... В настоящее время необходимо направить объединённые усилия педиатров, эпидемиологов и микробиологов на защиту детей от коклюша с помощью существующих средств – качественной АКДС вакцины» [там же, с. 207].

Е.В.Русакова. В.И.Васильева и др. [ГЖМЭИ, 7\1991], «Сравнительная оценка иммунологической эффективности АКДС-вакцины и АДС-М-анатоксина при иммунизации детей против дифтерии и столбняка»: «... Несмотря на плановую массовую вакцинацию, в этой проблеме ещё много нерешенных вопросов... Из всех применяемых вакцин наиболее реактогенной является АКДС... Обследован 741 ребенок от 1 до 7 лет в организованных коллективах открытого типа (детские комбинаты) и закрытого – детский дом... В группы были включены как клинически здоровые дети, так и дети с выраженными нарушениями состояния здоровья (в детском доме), имеющие главным образом разные формы патологии ЦНС... Несмотря на многочисленные отводы разной степени из-за наличия патологии ЦНС, большинство в этом коллективе получили профилактические прививки против дифтерии и столбняка... Исследования показали...».

К.В.Юминова. В.А.Ляшенко и др. [Вопросы вирусологии, 4\1991], «Проверка безопасности, реактогенности и антигенных свойств живой паротитной термостабильной вакцины из штамма Ленинград-3»: «...Были сформированы группы детей в возрасте от 2 до 5 лет: 1 гр. – 58 детей – серия 1012, 2 гр. – 66 детей – серия 1013, 3 гр. – 29 детей – контрольные... Изучение свойств вакцины показало полную её безвредность».

Редакция журнала «Вопросы вирусологии» может гордиться выпущенным ею № 5 за 1991 год. Большого количества «добровольцев» в эксперименте не удалось продемонстрировать ни одному научному журналу. Вот некоторые из них.

А.Н.Слепушкин. Н.П.Обросова-Серова, Н.И.Лонская и др. [«Вопросы вирусологии» 5\1991], «Сравнительное изучение прививочных свойств живой рекомбинантной и инактивированной гриппозных вакцин

из штамма А (Филиппины/2/82/Н3111) у детей 8-15 лет»: «...Живая гриппозная вакцина (ЖГВ)... Инактивированная хроматографическая гриппозная вакцина (ИГВ)... ЖГВ прививали двукратно с помощью распылителя в каждый носовой ход, ИГВ и контрольный к нему препарат вводили подкожно однократно... Вакцинацию проводили осенью 1987 года в школе-интернате Москвы среди детей 8-15 лет... Дети были разбиты на три группы: детям 1-ой группы были введены интраназально ЖГВ и подкожно плацебо к ИГВ, детям 2-ой – подкожно ИГВ и интраназально плацебо к ЖГВ, детям 3-й группы ввели плацебо к обоим препаратам... Парные сыворотки крови, взятой из пальца до вакцинации и спустя 25 дней после введения препаратов были исследованы... Плацебо к ЖГВ – аллантоисная жидкость незараженных куриных эмбрионов (**чужеродный яичный белок – Г.Ч.**), к ИГВ -физиологический раствор... В этом наблюдении были получены сравнительные данные... У детей не возникало серьезных общих реакций... Реакции слабого типа были отмечены на месте введения инактивированной вакцины, они сохранялись не более 1-2 дней... Реактогенность обеих вакцин была слабой и не превышала допустимых границ...».

Исследования проводили по программе, утвержденной Минздравом СССР, рассмотренной и одобренной Главным управлением здравоохранения Мосгорисполкома (приказ № 563 от 21.08.87). Внизу первой страницы цитируемой статьи сделана сноска следующего содержания: «Это исследование было проведено в соответствии с программой советско-американского сотрудничества по проблеме «Грипп и вирусные гепатиты» по рекомендации Всемирной Организации здравоохранения».

Все бы хорошо, но только почему это «советско-американское сотрудничество» представлено экспериментами только на наших детях, живущих, кроме того, в школах-интернатах? Небезынтересен и ещё один факт: «Авторы выражают глубокую благодарность доктору А. П. Кендалу, В. М. Хэрмону и Т. Тороку (отделение гриппа Центров по контролю заболеваний, Атланта, США) за содействие и помощь в планировании и выполнении настоящего исследования».

Следующая статья в этом номере [с. 375] также посвящена изучению гриппозных вакцин в «2-х школах-интернатах Москвы». В обсуждении результатов читаем: «...Относительно невысокая эффективность вакцин связана, прежде всего, с естественной изменчивостью вируса гриппа А... В таких условиях выявить преимущество какой-либо из применяемых вакцин не удалось... что будет задачей последующего более обширного наблюдения...». **И опять благодарности доктору А.П. Кендалу «за ценные советы при обсуждении результатов настоящих исследований» [там же, с. 377], проведённых на наших детях...**

Взрослые «волонтеры», они же «добровольцы», также, ни сном, ни духом не ведают о том, что они – «экспериментальные модели». Мы не будем делать выборку по этим исследованиям. Скажем только, что среди их авторов очень часто присутствует фамилия *А.Д. Сумарокова*.

«Сравнительное изучение безвредности и реактогенности различных дозировок бруцеллезной химической вакцины при ревакцинации людей» [ЖМЭИ, 1\1985; среди авторов – *Сумароков*]: «Сформировано 6 групп... Установлена безвредность и слабо выраженная реактогенность...».

Наблюдения за «добровольцами» при изучении безопасности и отработке доз бруцеллезной вакцины продолжаются десятилетиями. Наряду с этим, специалисты, которые не смогли «прорваться» со своим мнением на страницы научных журналов, пишут: «...Вакцинация создает кратковременную «мнимую гарантию», снижает внимание к ведущим методам профилактики бруцеллеза, направленным на разрыв эпидемической цепочки (источники, факторы и пути передачи инфекции)... Вакцина создает ложное чувство безопасности у привитых, а также у ответственных чиновников, действующих по инструкции «сверху»... Имеются все условия для улучшения общих противобруцеллезных мероприятий... Вакцинация людей должна быть отменена», – написано в «Медицинской газете [05.02.1993].

Д.И.Абрилович. Л.В.Серебровская и др. [ЖМЭИ 3\1988], «Влияние реаферона на функциональную активность лимфоцитов и нейтрофилов периферической крови добровольцев»: «Представляется интересным и важным исследовать особенности влияния препарата на иммунную систему здоровых людей... Испытания провели на 25 добровольцах (23 мужчины и 2 женщины) от 18 до 35 лет... Даже спустя 7 дней после окончания курса не наблюдалось восстановления нормального уровня большинства показателей...».

В.П.Грачев. А.Д.Сумароков и др. [ЖМЭИ, 1\1984], «Определение оптимальной прививочной дозы культуральной инактивированной вакцины для профилактики японского энцефалита»: «...Цель исследования – изучение безопасности и выбор оптимальной дозы... Препарат вводили двумя методами – подкожно и струйным методом... Отобранный контингент состоял из лиц мужского пола молодого возраста... По условиям быта и роду деятельности существенных различий между контингентом групп не было... Всего 436 добровольцев...».

А.С.Прилуцкий. А.А.Сохин и др. [ЖМЭИ. 4\1988]: «Иммунизация доноров адсорбированным столбнячным анатоксином – основной источник получения сыворотки противостолбнячного гамма глобулина... Данный способ используется в Донецкой области с 1984 года...».

С.А.Иванова. А.С.Шадрин и др. [ЖМЭИ, 4\1986]: «Задача настоящего исследования – изучение динамики показателей гуморального противогриппозного иммунитета у рабочих машиностроительного пред-

приятия, многократно иммунизированных инактивированной гриппозной вакциной... Наблюдение за выборочной группой рабочих (200 человек) с их многократными (не менее 3-4 раз в год) серологическими исследованиями...».

Продолжать перечисление нет смысла, поскольку едва ли не вся страна – полигон для экспериментов с «включением в опыт практически здоровых детей» и других «добровольцев». Количество взятых в опыт детей и взрослых «добровольцев» окажется значительно большим при знакомстве с содержанием многочисленных кандидатских и докторских диссертаций, выполненных под грифом «для служебного пользования».

Правильность проведения исследований биопрепаратов в процессе их разработки с использованием человека следует рассматривать не только с научной, но, прежде всего, с этической, правовой и социальной точек зрения. При проведении любого испытания следует учитывать много различных аспектов в отношении соответствующего надзора за безопасностью и эффективностью препарата, подтвержденных до эксперимента на человеке.

В любом цивилизованном государстве участие добровольцев в изучении биопрепаратов предусматривает строгое соблюдение этических кодексов, рассмотрение протоколов опытов, решение о приемлемости методов и плана проведения эксперимента, надзор этических комитетов за проведением опытов и получением сознательного согласия добровольца.

Протоколы испытаний должны подвергаться критическому рассмотрению независимой группы экспертов для определения научного качества испытания, его безопасности и соблюдения требований, предусматривающих уважение к правам человека и его неприкосновенности.

Юридические процедуры, связанные с апробацией вакцин в разных странах, существенно отличаются. Но они есть, они известны и давно опубликованы даже в рекомендациях ВОЗ которая, кстати, и рекомендует проведение экспериментов на детях в нашей стране [Вопросы вирусологии, 1991, №5].

Если бы врачи России получали элементарную, но грамотную подготовку по медицинской этике, у них не возникало бы мысли о возможности экспериментов, подобных описанному ранее, начиная с насильственного «блага» – прививок, поскольку такой подход к индивидуальности, к личности просто аморален.

На Западе все условия проведения эксперимента на человеке являются прежде всего гарантом уважения к правам человека, лица, включенного в опыт. Совершенно необходимо и в России создание независимого комитета наблюдателей, включающего представителей общественности и неспециалистов. В комитете должны быть представлены все социальные и экономические слои населения.

Представленные факты по использованию «добровольцев» отечественными врачами-экспериментаторами говорят о том, что опыты проводятся в «полном соответствии с этическими нормами страны, где осуществлялось данное испытание». Однако эти «нормы» не имеют ничего общего с общечеловеческими ценностями и с мировой практикой, принципами и положениями, изложенными в статье 1 Нюрнбергского кодекса, а также в части 2, статье 1 Хельсинкской декларации и части 1, статье 9 Токийской и Венецианской деклараций.

Мировая общественность долгие годы вводилась в заблуждение дезинформацией, заведомо ложными заявлениями о том, что: «В соответствии с Советским законодательством подобная практика в СССР недопустима», или: «В СССР, в отличие от многих других стран, испытания новых препаратов... не могут проводиться на здоровых добровольцах, поскольку это не оправдано с этической и научной точек зрения...».

7. Обращение к Президенту Российской Федерации Б.Н.Ельцину

Копии направлены:

Советнику Президента по экологии и здравоохранению
А.В.Яблокову

Министру здравоохранения РФ Э. А. Нечаеву

Президенту РАМН В.И. Покровскому

Начальнику Главного управления здравоохранения г. Москвы А. Н.
Соловьеву

Приложения:

Перечень поствакцинальных осложнений после проведения прививок отечественными вакцинами АКДС, БЦЖ и др.

Сводка – «Ложь про эпидемию дифтерии, которую нельзя ликвидировать только прививками».

Господин Президент!

В апреле 1991 года Верховный Совет Российской Федерации принял закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». Закон введен в действие Вашим указом, стоит Ваша подпись. Однако статья 24 п. 5 этого закона «Об обязательных прививках» принята поспешно, без предварительного обсуждения в печати, и многие специалисты, прежде всего иммунологи, генетики и др., были лишены возможности высказать своё мнение.

Депутаты, которые проголосовали за тотальный охват прививками, по-видимому, не знают о стратегии и методологии иммунопрофилактики в других странах, а также о составе некоторых отечественных вакцин, предназначенных для системы поголовного охвата детского населения нашей страны.

Разумные, грамотные возражения других депутатов не были учтены. Между тем, все модификации отечественной вакцины против коклюша, дифтерии и столбняка (АКДС, АКДС-М, АДС-М, АД) содержат формальдегид и ртутную соль – мертиолят (последняя с предупреждением от фирм «не для лекарств») – пестициды во вполне определяемых количествах, опасных для взрослого. И такая «вакцина» вводится инъекционно грудным детям трижды в первые полгода жизни.

Известно, что технология приготовления и состав АКДС в разных странах различна. Известно и другое: дети, прошедшие полный курс вакцинации отечественной АКДС, тем не менее, болеют и коклюшем, и дифтерией... Такое же положение и с вакцинацией против туберкулёза.

Мы располагаем материалами, неопровержимо доказывающими, что введение этого химико-биологического конгломерата, именуемого «вакциной», вызывает большое количество осложнений, в значительной степени повышает чувствительность организма ребенка к существующему интенсивному загрязнению окружающей среды. Послепрививочные реакции на АКДС неоднозначны и обильны. Иногда её введение вызывает внезапную смерть ребенка.

Вакцинация в нашей стране проводится абсолютно неграмотно, без предварительного диагностического обследования, а, следовательно, и без учета противопоказаний, которых к введению АКДС – 16, БЦЖ – 9 и т.д. В других странах, на опыт которых так любят ссылаться функционеры от управления медициной, каждый гражданин с рождения обследован на иммунологический статус, имеет паспорт иммуностатуса и генетическую карту, которые позволяют грамотно ответить на вопросы: можно ли и нужно ли вводить любую вакцину каждому конкретному ребенку. Другими словами, эффективная вакцинопрофилактика зависит не только от качества препарата, но и от качества организма. Что же касается здоровья наших детей в стране, переживающей социальные и экономические потрясения, к тому же на фоне тяжелейшей экологической обстановки, об этом и говорить не приходится. А ещё отсутствует контроль за качеством жизнеобеспечивающих систем организма ребенка. К этому добавим бесправное, насильственное инъектирование вакцин, без разрешения родителей, начинающееся с роддомов!

Минздравовские чиновники пользуются абсолютной юридической неграмотностью населения и ставят заслон инфекционным болезням исключительно организмами детей. Это неправильно и преступно! Вместе с тем, перед организованным силовым, приказным давлением родители бессильны: детей не принимают в ясли, детские сады, не выписывают рецепты на детское питание, чинят и другие насилия.

Сейчас стало известно, что Верховный Совет намерен принять закон «О вакцинации», который должен ещё более жестко закрепить требование поголовного охвата прививками. Система массовости в этой области медицины со многими неизвестными в здоровье каждого ребенка, тем более в нынешних условиях, это – вакцинальный Чернобыль. Такой подход к проведению профилактических прививок – профилактического мероприятия, оказывает негативное воздействие, нарушающее физическую, психическую и социальную целостность человека.

Мы считаем, что принятию закона «О вакцинации» в нашей стране должны предшествовать положения:

- ...о проведении обязательного диагностического обследования ребенка, чтобы ответить на вопросы: нужно ли и можно ли прививать конкретного ребенка;

- ...о неукоснительном соблюдении всех противопоказаний к введению любой вакцины: дошли до полного абсурда – противопоказания перечисляются, а диагностики нет;

- ...о праве отказа родителей от прививок в случае, если их ребёнок не обследован, т.е., неподготовлен к проведению этой медицинской процедуры;

- ...об установлении юридической и материальной ответственности врача, производящего введение препарата (или другого медицинского работника), за причинно-следственные осложнения, вызванные непосредственным воздействием или провоцируемые прививкой, а также ответственности государства;

- ...о выплате денежной компенсации за нанесенный иммунизацией ущерб здоровью ребенка или взрослого.

Мы просим Вас, господин Президент, воспользоваться Вашим правом и добиться принятия представленных нами положений, которые узаконены в любом другом государстве. Иначе система тотальных прививочных кампаний, проводимых в нашей стране, как была, так и останется четкой демонстрацией нарушения «Хельсинкской декларации прав человека» и «Конвенции о правах ребенка».

Призываем Вас остановить своей властью действие статьи 24, п. 5 закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», на том основании, что этот пункт не доработан, представлен очень односторонне и, следовательно, не обеспечивает благополучия населения.

*Академик, педиатр Колосов Д.В. генетик,
Кандидат биологических наук, старший научный сотрудник
ВНМГЦ Подугольникова О.А.*

*Руководитель лаборатории клеточной фенотипики
Кухаренко В.И.*

*Зав. лабораторией клинической иммуногенетики, МОНИ-
КИ, д.м.н. Федорова К.И.*

Вирусолог, кандидат биологических наук Червонская Г.П.

Микробиолог, профессор Кравченко А.Т.

Врач-гигиенист Планкина И.В.

Онкоиммунолог, профессор Городилова В.В.

Правовед, доктор юридических наук Левченко В.И.

Обращение составлено на основании многочисленных писем, поступающих на радио, телевидение, в центральную прессу от специалистов разных дисциплин медицины; от родителей, дети которых стали инвалидами или умерли после применения отечественной АКДС-«вакцины». Письмами располагаем.

Ответ 1

Д.В.Колесову, академику, педиатру В.И.Кухаренко, руководителю лаборатории О.А.Подугольниковой, ст.н.с., к.б.н. К.Н.Федоровой, д.м.н., лаборатория клинической иммуногенетики МОНИКИ А.Т.Кравченко, микробиолог профессор д.м.н. Г.П.Червонской, вирусологу, к.б.н. И.В.-Планкиной, санитарному врачу В. В. Городиловой, онкоиммунологу, профессору, д.м.н. В.И.Левченко, юристу, правоведа, д.юр.н.

Уважаемые заявители,

Ознакомившись с направленной в мой адрес копией Вашего обращения к Президенту России по вопросу профилактической иммунизации населения страны, полагаю, что содержащиеся в нём предложения следует учесть при подготовке проекта закона «О проведении иммунизации» и нормативных документов в этой области. Ваши предложения переданы мной Министру здравоохранения Российской Федерации Э.А.Нечаеву и Председателю Госсанэпиднадзора Е.Н.Беляеву, разрабатывающим проекты соответствующих документов.

Советник Президента РФ по вопросам экологии и охраны здоровья, А.Яблоков Москва, Кремль, 15 марта 1993 г. №А6-9-913

Ответ 2

Г.П.Червонской, члену Российского национального комитета по биэтике и международного движения «ЖИРАФ».

Уважаемая Галина Петровна,

Благодарю Вас за телеграмму и письмо, в которых поднимаются вопросы вакцинопрофилактики в России.

Представляется, что ответом на эти Ваши обращения может быть моё письмо в журнал «Огонек» в связи с публикацией материала «Прививка или жизнь» № 19-20 журнала, поскольку в упомянутом материале приводится мнение группы авторов, в которую входите и Вы, по вопросам вакцинопрофилактики. Эти предложения перекликаются с содержанием Ваших телеграммы и письма.

Кроме того, направляю Ваши предложения в Минздрав России, Госсанэпиднадзор России и РАМН с просьбой рассмотреть их при разработке нормативных документов в области вакцинопрофилактики, и рассмотреть возможность привлечения Вас и других авторов материала «Прививка или жизнь» к участию в рабочих группах по вопросам вакцинопрофилактики, формируемых Минздравом России и Госсанэпиднадзором России.

Полные тексты названных писем, направленных А.В.Яблоковым, мы воспроизводить не будем, обратимся лишь к некоторым выдержкам из них. «Полагаю, что Минздраву России и Госсанэпиднадзору следует уделить больше внимания обеспечению осознанного, мотивированного участия населения в программах иммунизации, поскольку законодательная обязательность вакцинаций сама по себе не является гарантией успеха работ в этой области. Что касается конкретных предложений, высказанных Д. В. Колосовым с соавторами в упомянутом материале, они должны быть рассмотрены при подготовке соответствующих законодательных и нормативных документов. Два заключительных предложения уже сейчас могут быть реализованы в соответствии с «Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»... Считаю, что текущая дискуссия среди специалистов в средствах массовой информации свидетельствует о наличии проблем в области профилактической иммунизации детей в России, нуждающихся в разрешении...».

Наши обращения к Нечаеву, Покровскому и Соловьеву оставлены без внимания, поднимаемые нами вопросы с нами не обсуждались, не предложено и участие в рабочих группах по проблеме вакцинопрофилактики в России.

Наряду с этим сотрудники Минздрава и Госсанэпиднадзора продолжают давать такие интервью: «Вводя полную иммунизацию детей, мы брали на себя большую ответственность: нигде в мире тогда такого не было. Приоритет здесь принадлежит СССР... Материальная и техническая оснащенность предприятий (*производящих вакцины* – Г.Ч.) чрезвычайно неудовлетворительные... Они настолько не соответствуют международным требованиям, что за рубежом отказываются верить своим глазам и результатам анализов...», или, здесь же [Медицинская газета, 05.11.93]: «...Отмечено, что причинами... грустной действительности стали неоправданно широкие противопоказания к проведению прививок, непонимание их важности специалистами педиатрической службы... Целое поколение специалистов... стали относиться к прививкам, как к процедуре, требующей большой осторожности... Как правило, это медики, получившие образование после 60-х годов... Вакцинация стала восприниматься не как защита от тяжелейших заболеваний, а как процедура, от которой надо защитить ребенка...». И, наконец:

«...Неразработанность правовой базы создаёт сейчас самые большие трудности... Конечно, закон должен предусматривать право отказа от прививок, но это право не должно быть чрезмерным, абсолютным, неаргументированным...».

Продолжая призывать к борьбе с дифтерией «только прививками», они сами настаивают на признании плохой работы бесчисленных санитарно-эпидемиологических служб. Службы-то как таковой нет, есть ведомства, объявляющие, что в 1993 г. заболели в России (данные на 4 декабря 1993 г): дифтерией 7628 человек (или, как выразился ответственный сотрудник Госсанэпиднадзора Чибураев в одном из интервью по радио, «около 10 000». Сотней большей, сотней меньше – по «его» статистике всё едино), венерическими заболеваниями – 30 000, краснухой – 143 000 и т.д. Нетрудно подсчитать, что в данном случае следует отнести к эпидемии...

8. Вместо послесловия. Вакцинопрофилактика – только ли медицинская проблема?

Наш соотечественник, эколог, «непонятый из шестидесятых», академик В.П.Казначеев считает, что на сегодня ещё можно приостановить опасные процессы, происходящие с «отрицательной эволюцией человека». Он пишет: «...В понимании целостности живого, его сущности мы не то, что отстаем – мы продолжаем оставаться на лысенковской позиции... Догматизм даже усиливается, а не уменьшается... Когда я читаю и вижу, что у нас все больше проникает в экологию идея ПДК, ПДВ «допустимых» загрязнений, я думаю, что это нас и убьёт».

Из писем читателей:

«Я – юрист и всё-таки... моему сыну в возрасте 2,5 лет в детсады, когда подошел этот пресловутый срок вакцинации, не уведомив родителей, конечно, без обследования, следуя преступным инструкциям Минздрава, медсестра ввела АКДС. Сын умер. Возбудил уголовное дело, но амнистия... их освободили... Изложенные Вами факты о составе АКДС и противопоказаниях, которые нигде и никем не учитываются, образуют состав должностного преступления. Чиновники от медицины осуществляют принудительную вакцинацию малолетних детей заведомо токсичной, с шестнадцатью противопоказаниями, АКДС-вакциной. Знают это и делают. **Это подлость и преступление!** Иной квалификации содеянного ни в правовом, ни в моральном аспектах быть не может... Всю жизнь занимаюсь правовой работой и с полной ответственностью заявляю, что Ваши материалы должны привлечь внимание прокуратуры...».

А вот другие письма. От родителей, на наши выступления по радио и в центральной прессе: «Вы просите откликнуться, я это делаю, чтобы вы все знали, как проходят прививки в нашей школе (не лучше и в дру-

гих). Сын отказался от прививки, заявив, что делать укол будет только в присутствии мамы.. Тогда медицинская сестра школы, её зовут..., дала указание ребятам старших классов привести сына на прививку принудительно... Его схватили в коридоре, где он прятался, за ноги, за руки и принесли медицинской сестре. Он сопротивлялся, плакал... Возбужденный, пришел домой, слег с температурой... попал в больницу... Я спрашиваю, кто за это ответит?».

«Какие предупреждения, обследования? Сгоняют всех, как скотину, угрожают и делают уколы всем подряд, когда им нужно... когда пришло время выполнять их план... План есть, сама видела».

Ещё письмо, рассказывает мама третьеклассницы, как её дочери делали прививку: «Чтобы скорее, одному ряду медсестра делала, другому – учительница». Всё так. Писем много. Но тысячу раз прав американец Генри Торо, который сказал более ста лет назад: «Восходит лишь та заря, к которой пробудились мы сами». А сами мы продолжаем молчать и безотказно подчиняться.... отправляясь целыми коллективами на «полезные» прививки».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изложенное в докладе позволяет, как представляется, зафиксировать две главные проблемы, которые возникают в связи с проводимой ныне политикой в области профилактики инфекционных заболеваний. Каждая из них, помимо специально-технического, имеет и очевидное социально-этическое и юридическое содержание. Именно этим и объясняется обращение РНКБ к теме вакцинопрофилактики.

Первая проблема – качество вакцин, применяемых для массовой иммунизации населения. Характерно, что в федеральной программе «Вакцинопрофилактика» **на 1993-1997 гг.** отмечается низкий уровень контроля за качеством выпускаемых вакцин, крайне неудовлетворительное состояние материальной базы и технического оснащения предприятий, производящих иммунобиологические препараты. Немало конкретного материала по этому поводу представлено и в докладе.

Очевидно, что низкое качество вакцин является фактором риска, обуславливающим вероятность ятрогенных патологий при проведении прививок. Дело специалистов – определить, соизмерить статистику риска распространения инфекционных заболеваний, с одной стороны, и ятрогений, обусловленных низким качеством вакцин, – с другой. Можно допустить, что руководители служб здравоохранения и санэпиднадзора владеют статистикой, убедительно показывающей, что величина первого из названных факторов риска неизмеримо меньше величины второго (хотя, судя по разбросу приводимых в тексте Г.П.Червонской статистических данных о заболеваемости дифтерией, в это поверить

трудно). Но, в таком случае, соответствующие службы должны были бы максимально широко информировать население об этих данных. Отказ или нежелание делать это является очевидным нарушением норм этики, а с введением в действие «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан», в статье 19 которых зафиксировано право граждан на информацию о факторах, влияющих на здоровье, и нарушением юридических норм.

Ещё более серьёзным нарушением норм этики и права будет в том случае, если сколько-нибудь убедительной статистики такого рода у соответствующих служб нет. Вообще говоря, хотя федеральной программой «Вакцинопрофилактика» на 1993-1997 гг. и предусмотрены меры по улучшению качества вакцин, очевидно, что эти меры дадут эффект, в лучшем случае, через несколько лет, тогда как кампания по массовой вакцинации против дифтерии развернулась уже сейчас.

Вторая острая проблема, поставленная в докладе – проблема индивидуального подхода при проведении прививок. Наличие большого числа противопоказаний, в частности, к противодифтерийным вакцинам, само по себе подтверждает риск, которому подвергается каждый прививаемый. Этот риск, очевидно, тем более велик, что установить основания для отвода от прививок по некоторым противопоказаниям технически очень непросто, особенно – в условиях кампании по массовой вакцинации, и детей, и взрослых.

Но и эта проблема вовсе не является только технической. Этическая её сторона связана с тем, что, в конечном счёте, именно гражданин, которому предлагается вакцинация, подвергается двоякому риску – либо согласиться на прививку, с определённой вероятностью более или менее серьёзных поствакцинальных осложнений, либо, отказавшись от прививки, он будет рисковать заразиться дифтерией больше, чем если пройдет вакцинацию. Представляется, таким образом, неэтичным отказывать самому гражданину в праве на выбор, притом – на выбор информированный. И, опять-таки, после вступления в силу «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан», в соответствии со ст. 30, пп.7,8,9 и ст.32, это право приобрело и юридическую силу.

В этой связи важно иметь в виду следующее обстоятельство. Сейчас нередко приходится читать и слышать ностальгические суждения по прошедшим временам, когда государство через посредство своих служб здравоохранения якобы эффективно обеспечивало эпидемиологическое благополучие населения, пусть даже это и достигалось преимущественно принудительными мерами.

Более того, на уверенность в исключительной эффективности государственно-патерналистских мер в борьбе с инфекционными болезнями неявно, а порой и явно опирается и нынешняя политика принудительной массовой вакцинации.

Мы не можем вдаваться сейчас в обсуждение того, в какой мере эта политика действительно была эффективной в прошлом (а сомнения в этом возникают как вследствие недоверия к легко манипулировавшей статистике прошлых лет, так и из-за отсутствия сколько-нибудь четких критериев оценки её эффективности). Подчеркнем лишь то, что сегодня, после принятия ряда новых законов в области здравоохранения и новой Конституции, в ходе тех преобразований субъектов практики здравоохранения, которые уже произошли и продолжают происходить, и о которых пишет в настоящем докладе П.Д.Тищенко, продолжение такой политики представляется, по меньшей мере, бесперспективным.

Главное здесь заключается в том, что **государственные службы здравоохранения и санэпиднадзора ныне попросту не в состоянии оставаться единственной инстанцией, директивно формирующей и монопольно осуществляющей политику в этой области.**

Как показывает настоящий доклад, реализация установки на принудительную массовую вакцинацию населения фактически создает питательную почву для взяток и поборов, и открывает дорогу массовому же очковтирательству – как в завышении процента реально прошедших вакцинацию, так и в том, что таким образом стимулируется искажение информации о поствакцинальных осложнениях.

Особенно безнравственным в этой связи представляется экономическое стимулирование местных служб за массовый охват прививками и факты взимания платы с граждан за проведение прививок.

Совершенно иным становится и статус населения, граждан во взаимодействии со службами здравоохранения и санэпиднадзора. Гражданин получает возможность из позиции объекта, подчинённого этим службам, перейти в позицию и юридически, и фактически независимого субъекта, принимающего решение и действующего в соответствии со своими собственными интересами. А это значит, что реалистическая политика должна основываться не столько на принуждении (о нём может идти речь лишь применительно к чётко оговоренному и ограниченному кругу ситуаций), сколько на убеждении.

Меняющиеся взаимоотношения сторон, далее, позволяют в полной мере осознать и оценить то обстоятельство, что, скажем, Госсанэпиднадзор – это ведомство, имеющее и отстаивающее, помимо всех прочих, и свои специфические ведомственные интересы, которые далеко не автоматически и не всегда соответствуют интересам граждан и отдельных групп населения.

Рассмотрим – ради иллюстрации – такой сценарий, который можно воспринимать как чисто гипотетический. Ведомство широко оповещает об эпидемиологической опасности, возникающей в связи с распрост-

ранением некоторого инфекционного заболевания. После соответствующей пропагандистской обработки и населения, и властных структур – а успех этой обработки будет предопределен в той мере, в какой ведомство монопольно владеет и распоряжается статистикой по данному вопросу – само же ведомство предлагает программу выхода из кризисной ситуации. Естественно, на реализацию этой программы оно запрашивает – и получает – определенный объем полномочий и ресурсов – финансовых, кадровых и иных. По прошествии какого-то времени ведомство сообщает о несомненных успехах в реализации программы, о преодолении кризиса и пр. Опять же монопольное владение статистической информацией позволяет сделать это достаточно просто. В результате же ведомство убедительно демонстрирует как властям, так и обществу и свою незаменимость, и свою эффективность.

Подчеркнем, что возможность действовать по такому сценарию определяется не злокозненностью руководителей ведомства, а той объективной ситуацией, в которую оно поставлено. И именно это объективное положение дел будет побуждать ведомство в каких-то случаях ставить свои специфические интересы выше интересов тех, кого оно по идее должно обслуживать, т.е., граждан своей страны.

Единственный возможный способ предотвратить перерастание этих ведомственных интересов в самодовлеющие – **это эффективный контроль над ведомством со стороны общества**. А такой контроль предполагает,

...во-первых, наличие независимой от ведомства и достоверной статистики и,

...во-вторых, независимую от ведомства оценку целей, средств реализации и эффективности предлагаемой программы. Иначе говоря, ведомство должно быть подчинено обществу, а не наоборот.

Таким образом, обществу, отдельным слоям и группам населения надлежит стать самостоятельными участниками процесса выработки и реализации политики в области здравоохранения. И, опять-таки, вполне естественно, что ведомство в силу своих специфических интересов не очень-то склонно идти на участие общества в принятии решений, которые, по существу своему, являются политическими, хотя, по видимости, и относятся к очень далекой от сегодняшних политических баталий сфере медицины и здравоохранения. Ведомству проще продолжать действовать в духе традиционного для стран СНГ государственного патернализма по отношению к гражданам, чем идти на равноправный диалог с общественностью, который ведь может оказаться острым и нелицеприятным.

Самый очевидный и обычно используемый аргумент в пользу этого – то, что неспециалисты не поймут технических вопросов, связанных с политикой вакцинопрофилактики.

Но, не менее, очевиден и контраргумент, который мы уже приводили: ...коль скоро именно граждане подвергаются тем или иным рискам при вакцинации, они имеют полное право – и моральное, и юридическое – знать об этих рисках и делать осознанный выбор;

...тем более, что частью общественности являются сами врачи и другие медицинские работники, способные независимо, заинтересованно и профессионально отстаивать свои собственные права как пациентов.

В современных условиях ведомство уже не в состоянии тотально контролировать информацию о негативных последствиях вакцинирования; не лучшей будет и тактика игнорирования материалов об этом, появляющихся в средствах массовой информации.

При этом не лучшей она будет с точки зрения интересов (не сиюминутных, а долгосрочных) самого же ведомства, поскольку такое игнорирование неизбежно повлечет за собой – и уже **влечет – падение доверия к ведомству со стороны населения**. И коль скоро ведомство не может дальше полагаться исключительно на методы тоталитарного контроля и принуждения, уровень общественного доверия становится важным параметром, определяющим позиции и реальные возможности ведомства.

Следует также учесть, что новые «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан», и, в частности, статьи 66 (часть первая) и 68, закрепляют права граждан на возмещение вреда, причинённого их здоровью, и ответственность медицинских работников за нарушение прав граждан в области охраны здоровья. По мере того, как эти законоположения будут входить в реальную жизнь, ведомство при игнорировании прав граждан начнет нести не только моральный, но и материальный ущерб. В конечном счёте, таким образом, установление равноправного диалога соответствует коренным интересам и общества, и ведомства, хотя, надо сказать, сегодня в обществе ещё не оформились те структуры, которые могли бы стать достаточно авторитетным партнером (со стороны общества) в этом диалоге.

В целом, по материалам данного доклада РНКБ считает необходимым сформулировать следующие рекомендации.

...В России пока что не создана в полной мере правовая база, необходимая для надежной защиты прав человека при проведении вакцинопрофилактики – безусловно, самой массовой формы медицинского вмешательства.

...В частности, требуют пересмотра те нормы закона РФ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии», которые противоречат и «Основам законодательства РФ об охране здоровья граждан», и новой Конституции РФ, а, может быть, и вся концепция этого закона.

...Нет ни чётких оснований, ни законного порядка для принятия решений о недобровольной вакцинации.

...Серьёзным фактором, препятствующим выработке такой политики в области вакцинопрофилактики, которая защищала бы права человека и одновременно обеспечивала бы эпидемиологическое благополучие населения, является отсутствие надёжной и достоверной статистической информации.

...Более того, и объективное положение дел, и ведомственные интересы толкают на искажение статистики в сторону недоучета заболеваемости, вызываемой поствакцинальными осложнениями.

...Представляется важным привлечение к проблемам вакцинопрофилактики внимания со стороны структур, занимающихся медицинским страхованием.

...Создание надёжной статистической базы, объективная оценка соотносительных рисков для граждан являются необходимым условием их деятельности, и потому именно со страховыми компаниями можно связывать надежды на изменение характера взаимоотношений между ведомствами и гражданами.

...В соответствии с требованиями вновь принятых законов должна быть проведена специальная работа по определению объёма и содержания той информации, которую в обязательном порядке надлежит сообщать гражданам перед проведением вакцинации.

Как свидетельствуют приводимые в докладе данные, односторонний акцент на массовый охват населения прививками ведёт к тому, что службы санэпиднадзора уделяют недостаточное внимание работе по локализации очагов инфекции и контролю состояния тех, кто находится в контакте с заболевшим.

Факты негуманного обращения с людьми как объектами биомедицинских экспериментов, свидетельствуют об актуальности создания независимой от исследователей федеральной этической-правовой экспертизы научных проектов. РНKB мог бы взять на себя ответственность за координацию работы по подготовке пакетов документов для организации подобного рода системы.

В докладе сообщается об экспериментах на людях, в том числе на детях, проводимых с нарушением этических, а после принятия новых законов – и юридических норм.

РНKB считает необходимым в этой связи создание банка данных о таких экспериментах и проводящих их авторах.

Предполагается сделать сведения, содержащиеся в этом банке данных, доступными для фондов и иных структур, финансирующих биомедицинские исследования.

Особенно настораживают содержащиеся в докладе сведения, касающиеся качества вакцин, которые поставляют в Россию зарубежные

фирмы, и сообщения об участии западных ученых в экспериментах, проводимых в России с нарушением этических норм.

РНКБ считает необходимым в этой связи привлечь к таким фактам внимание международных биоэтических организаций.

Имеет смысл и проведение независимой экспертизы с участием зарубежных специалистов по вопросу о качестве импортируемых в Россию вакцин, а также разработка эффективных механизмов этического и правового контроля международных научных проектов, использующих человека и животных в качестве объекта экспериментов или клинических испытаний.

Литература к Докладу РНКБ:

1. Конвенция о правах ребёнка, Генеральная Ассамблея ООН, 20.11.1989.
2. Материалы конгресса педиатров России а) Новые технологии в педиатрии; б) Экология и здоровье ребёнка, М., 1995.
3. Таболин В.А.: а/ Недоноски цивилизации МК., 07.02.97; б/ Круглый стол «Дискуссионные проблемы вакцинации новорожденных», Центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, 17.02.1097; в/ О костных осложнениях при вакцинации БЦЖ новорожденных (по материалам судебного процесса), Педиатрия, 1\1998.
4. О положении детей в Российской Федерации. Государственные доклады за 1993-1996 гг. Межд. Изд. дом «Синегерия», М., 1997.
5. Милунский О. Знайте свои гены. Пер. с англ., М., «Мир», 1981.
6. Иммунологические аспекты инфекционных заболеваний. Пер. с англ. под ред. Дж. Дюкса, М., Мед., 1982
7. Публикация ВОЗ: Клеточный иммунитет и устойчивость к инфекции. Серия техн. докл. 519\1974; б). Всемирный. форум здравоохранения, 4\1889, т.9, 1989-1990, т. 10, №3-4. д). «Действие служб общ. здоровья в чрезвычай. ситуациях, вызванных эпидемиями. 1986-1990» Бюлл. 1\1988, т. 66. ж). Международная служба по ликвидации заболеваний, М., 1990-1992; з). Руководство по контролю за дифтерией в Европейском регионе, М., 1994; и). Предупреждение в детском возрасте состояний, приводящих к заболеваниям у взрослых. М., 1980 -1982; к). СПИД. Эпидемиология, клиника, уход за больными, пути передачи, профилактика и программа борьбы. Серия техн. докладов №1,2,3,—1990.
8. Носсел Г. Антитела и иммунитет. Пер. с англ., М., Мед., 1973.
9. Говелло В.И. а). Парадоксы иммунологии, М., Знание, 1983; б). Почему мы не похожи друг на друга. М., Знание, 1984.
10. «Вакцинопрофилактика и права человека». РНКБ РАН, М., 1994.
11. Дроговец Я., Холлендер П. «Современная медицина и право». Пер. со словац. М., Юрид. литература, 1991.
12. «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан». 24.12.1993
13. «Медицинская биоэтика». Под ред. Покровского В.И. М., Мед., 1997.
14. Дженнер Э. «О происхождении прививания оспы». Пер. с англ.. Казань, 1798
15. Губерт В. «Прививание телячьей и гуманизированной оспы». Казань, 1887.
16. Гундобин Н. «Научное и практическое значение оспопрививания». Цикл лекций. СПб., 1893.
17. Вароян О. В. А). он и Портер Дж. Р., «Междунар. и нац. аспекты совр. иммунологии». М. Мед., 1975; б). «Закономерности и парадоксы. Раздумья об эпидемиях и иммунитете, о судьбах ученых и их труде». М., 1986.

18. Комаров Ю. М. «Ситуация в здоровье и здравоохранении России». Медицина для Вас, № 18, 9\1996.
19. Заридзе Д. «Борьба за здоровье или голоса?» М., 1996.
20. Агаджанян Н.А, Торшин В.И., «Экология человека», М., КРУК, 1994
21. «XIV съезд эпидемиологов, микробиологов и инфекционистов». М., Медицина, 1964 -1966.
22. «Дьявол в крови». Интервью. Рос. Газете, 18.11.92
23. Федоров А.М., «Вакцинопрофилактика. Наш малыш», 4\1996.
24. «Вакцинопрофилактика». Под ред В.К.Таточенко, Н.А.Озерецковского. М., Арико, 1994
25. Лахова Е.Ф. интервью «МГ», 02.10.1992.
26. Чазов Е.И. «Сотни воителей стоит один врачеватель». Огонек, 1988, № 42
27. «Независимый психиатрический журнал». Вестник НПА. 1994.
28. Сафронова Н.И. «Сенсация? Нет, хорошая наука». Интервью Мед. вестнику, 2\1998.
29. Азаров А Я. «Права человека», Новое знание. М., 1995
30. Червонская Г.П., Кравченко А.Т., Гринберг К.Н. и др. «Цитотоксическое действие хим. веществ, содержащихся в виде примесей в мед. иммунобиологических препаратах», ЖМЭИ, 12\1998.
31. Червонская Г.П., Миронова Л.Л. «Этика медицинского эксперимента в доклинических исследованиях». Материалы IV Российского конгресса «Человек и лекарство», 1997.
32. Закон Советской Федеративной Социалистической Республики «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». М., 4\1991.
33. «Туберкулёзное шествие туберкулёзной бациллы». Итоги, 9\1997.
34. «VII съезд общества эпидемиологов, микробиологов и паразитологов России». М., 1997, тт. 1-2.
35. Здродовский П.Ф. а). «Вопросы проф. прививок и роль аллергии в вакц. процессе у детей». Л., 1969. б). «Проблема прививочной патологии». Журнал «Педиатрия» 1\1975.
36. Носов С.Д., а). «Влияние профилактических прививок на детский организм». М., 1966. б). «Инфекционные болезни у детей в прошлом и настоящем». М., Медицина., 1980
37. Брагинская Б.П. Соколова А.Ф. «Активная иммунизация и профилактика поствакцинальных осложнений у детей». М., Мед., 1977, 1984, 1990
38. Бургасов П.Н., а). «Итоги выполнения рекомендаций XVI Всесоюзного съезда микробиологов и эпидемиологов», ЖМЭИ 1984, №7. б). «Состояние и перспективы дальнейшего снижения инфекционной заболеваемости в СССР». М., Мед., 1987.
39. Тымчаковская И. М., Ясинский А. А. «Что там – эпидемия?», «МГ», 11\1993.
40. Семёнов В.Ф., а). «Перспективы развития иммунопрофилактики инфекционных болезней в конце XX века». М., ВНИИМИ, 1996. б). «6 съезд эпидемиологов...», М., 1997, т. 2.
41. Петров Р.Б. а). Он, Кабанов В.А., Хаитов Р.Г. «Искусственные антигены и вакцины». Иммунология, М., 1\1966. б). «Я или не Я – иммунологические мобили», М, Молодая гвардия, 1987
42. Покровский В.И., Крюков В.И., Болотовский В.М. «Современные аспекты эпидемиологии и профилактики дифтерии», М., ВНИИМИ, 1986., ЖМЭИ, 1990, №12.
43. Сухановский В.П., а). «Вопросы развития туберкулёзной инфекции и механизмы защитных реакций при ней». Педиатрия, 7\1994. б). «О костных осложнениях от вакцинации новорожденных», Педиатрия, 1\1998.
44. Авербах М.М., Литвинов В.И., «Иммунобиологич. основы противотуберк. вакцинации» М., Медицина., 1970.

45. «Справочник неонатолога». Под ред. В.А.Таболина, Н.П.Шабалова. М., Мед., 1984
46. «Неонатология». Учебная литература. Под ред. Н.П.Шабалова, М., Мед., 1988
47. Аршавский И.А., а). «Физиолог. механизмы и закономерности индивидуального развития». М., Медицина., 1982. б). «Ваш малыш может не болеть». М., Сов. Спорт, 1990.
48. А. Коток, Беспощадная «иммунизация», М., 2003.
49. А. Коток, «Прививки в вопросах и ответах для думающих родителей», М., 2002.
50. «Словарь латинских крылатых слов». Под ред. Я.М.Боровского. М., Русский язык, 1988
51. Кравченко А.Т., Червонская Г.П., Миронова Л.Л. «Использование диплоидной линии клеток человека для выявления токсичных компонентов в медицинских иммунобиологических препаратах» Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 4\1986.
52. Червонская Г.П. «К проблемам экологии человека (пестициды в медицине)», С/х биология, 5\1989.
53. Умнов В.В. «Ну, подумаешь – укол...», «КП», 15.09.88.
54. Минкин А.В. «Упорный пронзительный крик. В группе риска – все новорожденные», М., 33-39\1991.
55. Мартынова Е.В. «Прививка больше, чем жизнь. В стране, подписавшей Конвенцию о правах ребенка, нарушают её на государственном уровне» // Совершенно секретно, 7\1993.
56. Левенбук И.С., Чеботарева С.В., Черткова Ф.А. «Клинико-анатомический анализ некоторых после-прививочных осложнений у детей» // ЖМЭИ, 9\1977.
57. Медуницын Н.В. «Перспективы совершенствования иммунологических показателей эффективности и безвредности вакцинных препаратов» //ЖМЭИ, 1\1977.
58. «Поствакцинальные осложнения: патогенез, профилактика, лечение». Материалы Всесоюзной научно-практической конференции, М., 1991.
59. Публикации ВОЗ (1960-1992 гг.): а). Бюллетень ВОЗ б). Всемирный форум здравоохранения в). Действия служб общественного здравоохранения в чрезвычайных ситуациях. Практическое руководство. 1986-1990 гг. г). Серия технических докладов (СТД) Комитета экспертов ВОЗ по стандартизации биологических препаратов д). Хроника ВОЗ е) Общественное здравоохранение в Европе Национальная политика в области лекарственных средств, 1982.
60. Сумароков А.А., Салмин Л.В. «Прививочное дело», М., 1983.
61. «Дьявольское упорство (Размышления о кампании массовой вакцинации)» – Франция, 1989
62. Онищенко Г.Г. «Официальное письмо №154-17/А-16», 30.01.89.
63. «Закон о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», 19.04.91.
64. «Вопросы проф. прививок и роль аллергии в вакцинальном процессе у детей». Л., 1969.
65. Мозер Р. «Болезни прогресса в медицине; учение о ятрогенных заболеваниях» М., 1969.
66. Здродовский П.Ф. «Предохранительные прививки против инфекционных заболеваний и проблема прививочной патологии» // Педиатрия, 1\1975.
67. Смолякова Т. «Прививка от невежества и цинизма» // Российская газета, 29.01.93.
68. Драонец Я., Холлендер П. «Современная медицина и право». М., Юридич. лит., 1991.
69. Кормейн Р.Х., Асгар С.С. «Иммунология и болезнь кожи». М., Медицина, 1983.
70. Петров Р.В., Кабанов В.А., Хаитов Р.М. и др. «Искусст. антигены и вакцины» // журнал «Иммунология», 1\1986.

71. «Инструкция по взятию материала для патоморфологического изучения летальных случаев поствакцинальных осложнений», М., 1980.
72. Наджаров А. «Наш Минздрав – несостоятельный убийца» // «Куранты», 15.09.1992.
73. «Международный симпозиум по стандартизации медицинских биологических препаратов». М., 1976.
74. «Биозтика: проблемы и перспективы». М., 1992.
75. Казначеева В.П. а) «Проблемы экологии человека». М., Наука, 1986; б) «Эволюция со знаком «минус»» // «Свет», 5\1991.
76. Яблоков А., Эдберг Р. «Трудный путь к воскресению». М., Прогресс, (Тезисы докладов VI Всеросс. съезда микробиологов, эпидемиологов и паразитологов. Нижний Новгород – Москва, 1991).
77. Кашубе В. Н. «Очерки о гигиене». М., 1989.
78. Хмелик Н. «Всю страну – на принудительное лечение!» // еженед. «Экспресс-хроника», 8-15.03.93
79. «Психическая энергия и здоровье», М. МЦР, 1996.
80. Дотто Л. «Планета Земля в опасности». М.: Мир, 1988.
81. Яблоков А.В. «Пока не поздно», М. «Молодой коммунист», 4\1989.
82. Лесков Л.В «Космическое будущее человечества», М., ИТАР-ТАСС, АЭН, 1996.
83. А.Н.Дмитриев «Планетофизическое состояние Земли и Жизнь», МИКА. Новосибирск, 4\1997.
84. А.Н.Дмитриев «Огненное пересоздание климата Земли», Новосибирск, 1998.
85. В.П.Гоч, «Причина и Карма», Севастополь, 1994.
86. С.Гроф, К.Гроф, «Неистовый поиск себя», М., 1996.
87. Е.А.Файдыш «Карма и психотравмы» АЛМИН, М., 1995.
88. Л.М.Гиндилис «Научное и сверхнаучное знание», Алтай, 1995.
89. К.Коротков «Свет после жизни», С.-Пб., 2000.
90. Э.К.Бороздин, «К вопросу о сущности сознания», М., журн. «Созн. и физ. реальность», 2\1999.
91. А.Г.Шипов, «Современная физика и космическая эволюция человека», журн. «СФР», М., 1999.
92. Б.Т.Чувин, Н.П.Доронина, «Мышление и сознание человека», журн. «СФР», М., 6\2001.
93. О.Платонов «Терновый венец России» «RUS-SKY», М., 1999.
94. О.Платонов «Загадка Сионских протоколов», «RUS-SKY», М., 1999.
95. Иоанн Снычев «Битва за Россию», Саратов, 1993.
96. Достоевский Ф.М., «Дневник писателя», М., 1877.
97. Нилус С.А. «Протоколы собраний сионских мудрецов», М., 1911.
98. Рене Генон «Протоколы сионских мудрецов», Рим, 1925.
99. Чжуд-Ши, Новосибирск, «Наука», 1988г.
100. Наука и здоровье (Основы эволюционной валеологии)», Томск, 1997г.
101. Абу Али Ибн Сина, Канон врачебной науки (в 3-х частях), М. – Ташкент, 1994г.
102. Петр Бадмаев, «Основы врачебной науки Тибета Жуд-Ши», М. «Наука», 1991г.
103. Т.Я.Свищева, «Трихомонада – возбудитель рака», М., 1998г.
104. «Инфаркт – это рак сердца», М. 1999г.
105. Т.Я.Свищева, «Таинственный убийца» (9 книг), М. С-Пб, «Диля», 1999-2000гг.
106. «Медицина и здоровье», М. «Сфера», 1999г.
107. Э.Шротт, «Молодость и здоровье благодаря системе Аюрведа», М. Ростов-на-Дону, «Сигма – Пресс», «Феникс», 1997г.
108. Ю.А.Захаров, «Золотые рецепты индийской медицины», М. «Прессверк», 2001г.
109. «Аюрведа», С-Пб. «ОВК», 2002г.



ВАКЦИНО- ПРОФИЛАКТИКА И ПРАВА ЧЕЛОВЕКА

***Доклад Российского
Национального комитета
по биоэтике***